

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**O SUPORTE SOCIAL E A PERCEÇÃO DO  
ESTADO DE SAUDE NA MATERNIDADE NA  
ADOLESCÊNCIA**

**Daniela Baptista Maia Azêdo**

**Porto, 2010**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**O SUPORTE SOCIAL E A PERCEÇÃO DO  
ESTADO DE SAUDE NA MATERNIDADE NA  
ADOLESCÊNCIA**

**Daniela Baptista Maia Azêdo**

**Porto, 2010**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**O SUPORTE SOCIAL E A PERCEÇÃO DO  
ESTADO DE SAUDE NA MATERNIDADE NA  
ADOLESCÊNCIA**

Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa pela mestranda **Daniela Baptista  
Maia Azêdo** para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na  
área de especialização em Psicologia da Saúde e Intervenção  
Comunitária, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

**Porto, 2010**

**RESUMO:** O presente estudo de carácter exploratório, transversal, centra-se sobre a problemática da maternidade na adolescência e a sua relação com o suporte social e a percepção do estado de saúde. Procurou-se analisar a relação entre a maternidade na adolescência, com a satisfação com o suporte social, designadamente, com os amigos, intimidade, família e as actividades sociais desenvolvidas. Foi avaliado uma amostra constituída por 108 mães adolescentes, divididas em dois grupos: mães adolescentes institucionalizadas e mães adolescentes não institucionalizadas. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos de idade (N=108; M= 19,5 DP= 4,2 ). As mães adolescentes responderam a um Questionário Sócio-Demográfico, à Escala de Satisfação com Suporte Social e à Escala de Percepção sobre o Estado de Saúde (SF-36), após consentimento informado por parte do responsável legal ou do próprio se maior de 18 anos. A análise dos dados permitiu constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo - jovens que vivem com a família e jovens institucionalizadas - quanto à satisfação com o apoio social e à percepção de saúde. Assim, as jovens que vivem em família demonstraram uma maior satisfação com a família do que aquelas jovens que vivem em instituição. Em relação à percepção do estado de saúde os resultados sugerem que as jovens mães que viviam numa instituição apresentaram uma melhor percepção do estado de saúde, relativamente às dimensões: Desempenho Físico, Funcionamento Social e Desempenho Emocional.

**ABSTRACT:** This exploratory, transversal study focuses on the problem of teenage motherhood and its relationship with social support and perceived health status. We sought to examine the relationship between adolescent motherhood, satisfaction with social support, in particular, with friends, intimacy, family and social activities developed. We assessed a sample of 108 adolescent mothers, divided in two groups: institutionalized adolescent mothers and not institutionalized teenage mothers. Participants were aged between 14 and 21 years ( $N = 108$ ,  $M = 19,5$   $SD = 4,2$ ). Mothers answered a Socio-Demographic Questionnaire, a Satisfaction Scale with Social Support and a Scale of Perception of Health Status (SF-36), after informed consent by the guardian or by the individual himself (over 18 years). Data analysis revealed that there are significant differences between the two study groups – people living with the family and youth – institutionalized – concerning the satisfaction with social support and the health perception. Thus, young people living in families showed greater satisfaction with the family than those who live in institutions. Regarding the perception of health status, the results suggest that young mothers who lived in an institution had a higher perception of health status regarding the Physical, Social and Emotional Performances.

**RÉSUMÉ:** Le présent étude exploratoire se concentre sur le problème de la maternité à l'adolescence et ses relations avec le soutien social et état de santé perçu. Nous avons cherché à examiner la relation entre la maternité adolescente, satisfaits de l'appui social, en particulier, avec des amis, l'intimité, la famille et les activités sociales développées. Nous avons évalué un échantillon de 108 mères adolescentes, divisées en deux groupes: les mères adolescentes institutionnalisées et les mères adolescentes qui ne sont pas institutionnalisées. Les participants étaient âgés entre 14 et 21 ans (N = 108, M = 19,5, ET = 4,2). Les mères ont répondu à un questionnaire socio-démographique, à l'échelle de satisfaction avec le soutien social et à l'échelle de perception de l'état de santé (SF-36), après consentement du tuteur ou de la personne âgée de 18 ans ou plus. L'analyse des données a révélé qu'il existe des différences significatives entre les deux groupes d'étude – les jeunes vivant avec la famille et les jeunes, institutionnalisées – en ce qui concerne la satisfaction avec le soutien social et la perception de la santé. Ainsi, les jeunes filles vivant dans des familles ont démontré une plus grande satisfaction avec la famille que celles qui vivent dans des institutions. En ce qui concerne la perception de l'état de santé les résultats suggèrent que les jeunes mères qui vivaient dans une institution avaient une perception plus aiguë de l'état de santé en relation avec les dimensions: performance physique, fonctionnement social et rôle affectif.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre me proporcionaram ao longo de toda a minha vida...pela educação, valores e princípios que sempre me inculcaram e que eu tanto valorizo....

O meu agradecimento, à minha orientadora Doutora Isabel Silva, pelos seus ensinamentos, dedicação, disponibilidade, paciência, exigência, e compreensão, que sempre me dirigiu....

Agradeço ao meu marido pelo apoio, paciência e carinho que me fez ultrapassar os momentos mais difíceis...

Às instituições, bem como a todas as jovens mães que se disponibilizaram para participar no estudo, sem as quais não seria possível a sua realização.

E a todos aqueles que directa ou indirectamente estiveram envolvidos na elaboração desta Tese de Dissertação de Mestrado...

A todos muito obrigada!

## ÍNDICE GERAL

RESUMO-----	i
ABSTRACT-----	ii
RÉSUMÉ-----	iii
AGRADECIMENTOS-----	iv
ÍNDICE GERAL-----	v
ÍNDICE DE ABREVIATURAS-----	vii
ÍNDICE DE ANEXOS-----	viii
ÍNDICE DE QUADROS-----	ix
INTRODUÇÃO-----	1
PARTE I-----	4
CAPITULO I – ADOLESCÊNCIA-----	4
1 – ADOLESCÊNCIA-----	4
1.1 – Adolescência: Perspectiva Histórica-----	4
1.2 – Contextos de Desenvolvimento-----	6
1.3 – Desenvolvimento Cognitivo-----	8
1.4 – Desenvolvimento Afectivo e Moral-----	10
1.4.1- Autonomia e Adolescência-----	11
1.5- Problemáticas Contemporâneas-----	13
CAPITULO II - GRAVIDEZ E MATERNIDADE-----	15
2- GRAVIDEZ E MATERNIDADE-----	15
2.1- Enquadramento Social da Maternidade-----	15
2.2- Desenvolvimento Psicológico e Maternidade-----	18
2.3- Maternidade na Adolescência-----	23
2.3.1- Aspectos Culturais associados à Maternidade na Adolescência-----	24
2.3.2- Consequências da Maternidade na Adolescência-----	28
2.3.2.1- Consequências Físicas-----	28
2.3.2.2- Repetição da Gravidez-----	31
2.3.2.3- Consequências Psicossociais-----	32
2.3.3- Factores de Risco para a Gravidez na Adolescência-----	38
2.3.4- O apoio Social-----	45
2.3.5- A Percepção do Estado de Saúde-----	52

2.3.5.1 – A Percepção do Estado de Saúde e Maternidade na	
Adolescência-----	54
2.3.6- Institucionalização-----	56
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO-----	60
CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO-----	60
3.1-OBJECTIVOS DO ESTUDO-----	60
3.2- PARTICIPANTES-----	61
3.3-MATERIAL-----	62
3.3.1- Questionário Sócio-Demográfico-----	63
3.3.2- Escala de Satisfação com o Suporte Social-----	63
3.3.3-Escala de Percepção Estado de Saúde-----	66
3.4-PROCEDIMENTO-----	67
3.5-RESULTADOS-----	69
3.6-DISCUSSÃO-----	78
3.7-CONCLUSÃO-----	82
BIBLIOGRAFIA-----	84
ANEXOS-----	92

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ESSS – Escala de Satisfação com Suporte Social

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da aplicação das escalas -----	93
Anexo 2 – Questionário Sócio-Demográfico-----	96
Anexo 3 – Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)-----	99
Anexo 4 – Escala de Percepção Estado de Saúde (SF-36)-----	101
Anexo 5 – Consentimento Informado-----	104
Anexo 6 – Pedido de Aplicação de Questionários: Centro da Mãe-----	106
Anexo 7 - Pedido de Aplicação de Questionários: Lar Nossa Senhora do Bom Conselho-----	108
Anexo 8- Pedido de Aplicação de Questionários: ADAV Coimbra-----	110
Anexo 9 - Pedido de Aplicação de Questionários: ADAV Leiria-----	112
Anexo 10 - Pedido de Aplicação de Questionários: Ajuda de Mãe-----	114
Anexo 11 - Pedido de Aplicação de Questionários: Associação S. José-----	116
Anexo 12 - Pedido de Aplicação de Questionários: Associação Socorros Médicos O Vigilante-----	118
Anexo 13 - Pedido de Aplicação de Questionários: Cáritas Diocesana da Guarda-----	120
Anexo 14 - Pedido de Aplicação de Questionários: Casa de Protecção e Amparo de Sto António-----	122
Anexo 15 - Pedido de Aplicação de Questionários: Centro de Apoio à Vida Valongo-----	124
Anexo 16 - Pedido de Aplicação de Questionários: Centro de Apoio à Vida de Vila Real-----	126
Anexo 17- Pedido de Aplicação de Questionários: Lar do Divino Salvador-----	128
Anexo 18 - Pedido de Aplicação de Questionários: Lar Luísa Canavarro-----	130
Anexo 19 - Pedido de Aplicação de Questionários: Ponte de Apoio à Vida-----	132

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Nados vivos de mães adolescentes (Nº) por idade da mãe (adaptado do INE, 2007)-----	2
Quadro 2 - Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério (adaptado de Canavarro, 2001)-----	21
Quadro 3 - Número e percentagem de bebés nascidos com baixo peso, por idade da mãe. (Adaptado de Instituto Nacional de Estatística, 2004)-----	29
Quadro 4 - Consequências para a rapariga (adaptado de Roque, 2003)-----	36
Quadro 5 - Consequências para o filho (adaptado de Roque, 2003)-----	38
Quadro 6 - Características sócio-demográficas da amostra-----	62
Quadro 7 - Comparação entre a consistência interna da escala original (escala ESSS na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo-----	64
Quadro 8 - Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre as dimensões da satisfação com o suporte social-----	65
Quadro 9 - Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e as dimensões da satisfação com o suporte social-----	65
Quadro 10 - Comparação entre a consistência interna da escala original (escala SF-36 na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo-----	67
Quadro 11 - Características sócio-demográficas da amostra (com quem vive, há quanto tempo vive na instituição, se já esteve em alguma instituição, quanto tempo esteve na instituição, se recebe algum apoio de alguma instituição)-----	70
Quadro 12 - Características sócio-demográficas da amostra (que idade tinha quando nasceu a criança, que idade tem a criança, o pai da criança assumiu a paternidade, o pai da criança costuma visitá-la)-----	71
Quadro 13 - Estatísticas descritivas e % de casos “concordo totalmente” (itens ordenados por ordem crescente da média por sobrecarga), relativas à escala de satisfação com o suporte social (ESSS)-----	72
Quadro 14 - Estatísticas descritivas (dimensões ordenadas por ordem decrescente da média), relativas aos índices da escala de satisfação com o suporte social (ESSS)-----	73

Quadro 15 - Comparação dos valores da média (desvio padrão) das quatro dimensões escala de satisfação com o suporte social (ESSS) de acordo com as variáveis sócio-demográficas-----	74
Quadro 16 - Estatísticas descritivas (dimensões ordenados por ordem decrescente da média), relativas às dimensões da escala SF-36-----	75
Quadro 17 – Comparação dos valores da média (desvio padrão) das dimensões do estado de saúde (SF-36) de acordo com as variáveis sócio-demográficas-----	76
Quadro 17 (continuação) – Comparação dos valores da média (desvio padrão) das dimensões do estado de saúde (SF-36) de acordo com as variáveis sócio-demográficas-- -----	77
Quadro 18: Correlações entre as dimensões da Escala ESSS e as dimensões da Escala SF-36-----	78



## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado propõe-se estudar a maternidade na adolescência, procurando explorar a relação entre a satisfação com o suporte social e a percepção do estado de saúde em jovens mães adolescentes que vivem em instituição e mães adolescentes que vivem com as suas famílias.

A gravidez na adolescência pode ser definida como aquela que ocorre durante os dois primeiros anos ginecológicos da mulher e/ou quando a adolescente mantém a dependência económica e social da família (Amazarray, 1998). Esta definição comporta aspectos biológicos e sócio-familiares, o que a torna bastante abrangente. No entanto, por uma questão de definição operacional e de possibilidade de comparação com os resultados de outros estudos, serão consideradas mães adolescentes, aquelas que tiverem dado à luz antes de completar os 20 anos de idade. Essa opção fundamenta-se na divisão de Baumrind (1997), na qual a adolescência estaria compreendida entre os 11 e os 21 anos. A dimensão desta problemática em Portugal é importante. Um relatório da UNICEF (2001) coloca Portugal no 7º lugar, a nível mundial, dos países ricos com maior percentagem de mães entre os 15 e os 19 anos, com base em dados de 1998. À sua frente, nesta tabela, encontram-se apenas os EUA, o Reino Unido, a República Eslovaca, a Hungria e a Islândia. O mesmo relatório estima a incidência desta situação no nosso país em 9%. Portugal é ainda um dos países em que a gravidez em jovens entre os 15 e os 17 representa a maior percentagem do total de mães adolescentes – 11,8%.

Com base em dados do Instituto Nacional de Estatística, foi possível analisar a evolução do número de nados vivos de mães adolescentes, por idade (quadro 1), entre 2003 e 2007. Para Portugal é possível constatar que a maioria das adolescentes que dão à luz encontram-se nas idades mais elevadas do intervalo considerado. O número de mães adolescentes tem vindo a decrescer lentamente.

Quadro 1 - Nados vivos de mães adolescentes (Nº) por idade da mãe (adaptado do INE, 2007)

<b>Idade das mães</b>	<b>Ano de 2003</b>	<b>Ano de 2007</b>
	<b>Nados vivos</b>	<b>Nados Vivos</b>
11	-	-
12	-	-
13	15	12
14	61	58
15	266	227
16	625	526
17	1166	867
18	1727	1394
19	2284	1760

Estes dados ganham maior relevância quando se analisa a percentagem do total de nascimentos que correspondem a mães adolescentes em cada ano, uma vez que o total de nascimentos tem vindo a diminuir no mesmo período, pois a diminuição do número de mães adolescentes poderia não significar uma diminuição da sua proporção face ao total (INE, 2007).

Os dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística referem-se a 2007. Nesse ano, houve 70 nascimentos junto de jovens com menos de 15 anos e 4774 nascimentos junto de jovens entre os 15 e os 19 anos, para um total de 4844 (INE, 2007).

A maternidade na adolescência impõe-se, assim, como uma problemática actual e importante ao nível nacional sendo a sua prevenção uma das metas fundamentais da Educação Sexual. No entanto, esta problemática é ainda pouco conhecida e estudada.

Para além do desenvolvimento das trajectórias desenvolvimentais próprias da adolescência - que serão apresentadas detalhadamente na fundamentação teórica desta dissertação -, há que ter em conta as trajectórias desenvolvimentais da gravidez e da própria maternidade nesta fase crucial do crescimento humano.

Afigura-se pertinente apurar rigorosamente acerca da percepção/satisfação destas jovens institucionalizadas, relativamente ao suporte social proporcionado por instituições em paralelo com as redes de apoio externa (por vezes fracas ou inexistentes), comparativamente ao contexto das mães adolescentes inseridas no seio da sua família. Para complementar pretende-se também aferir acerca da percepção que estas jovens têm do seu estado de saúde, sendo que o mesmo poderá ser condicionado pelo seu meio de inserção.

Em suma, o presente estudo tem como objectivo geral identificar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com o apoio social e percepção do estado de saúde entre mães adolescentes institucionalizadas e mães inseridas no meio familiar.

A reflexão teórica em torno da questão da maternidade adolescente não pode, nem pretende esgotar a análise de todos os trabalhos e todas as perspectivas sobre a temática. Antes incide particularmente sobre teorias que trazem uma visão desenvolvimentista, quer da adolescência, quer da maternidade, sempre com particular atenção à contextualização sócio-cultural dos comportamentos e inclusivamente a uma produção discursiva e social da forma como nos posicionamos face aos acontecimentos, como pensamos e nos sentimos em relação a eles. Assim, mesmo conceitos biológicos como a maternidade ou a gravidez são significados com base num referencial sócio-cultural, que tentamos não perder de vista.

Passaremos a expor a estrutura seguida no presente trabalho: no capítulo I, será apresentado um enquadramento teórico, organizado em direcção a uma especificidade crescente. Assim, num primeiro tópico serão analisados aspectos históricos e desenvolvimentais da adolescência, bem como as tarefas de desenvolvimento que caracterizam esta fase da vida. Posteriormente, no Capítulo II apresentar-se-á uma revisão da literatura actual relativa à maternidade na adolescência, à sua construção social e às tarefas desenvolvimentais que essas experiências propõem. Por fim, o foco de análise recairá sobre diferentes perspectivas teóricas sobre a maternidade na adolescência, os factores de risco que a literatura aponta para essa problemática e aos factores associados ao suporte social e à percepção do estado de saúde.

No capítulo III, serão apresentados os aspectos metodológicos do trabalho desenvolvido, a discussão dos resultados e, por fim, as reflexões conclusivas do estudo, as suas implicações práticas e futuras direcções que a investigação pode seguir de modo a completar e esclarecer os resultados da presente dissertação.

## **PARTE I**

### **CAPITULO I**

#### **1. A ADOLESCÊNCIA**

A adolescência é uma fase desenvolvimental de crescimento físico rápido e intenso e de profundas mudanças psicológicas. Perante um corpo, emoções, intelecto, valores, relações sociais e familiares em mudança, o adolescente tem que encontrar uma forma de se adaptar a uma nova circunstância, novos papéis e uma participação mais activa na sociedade (Grady & Bloom, 2004).

As tarefas de desenvolvimento na adolescência englobam o desenvolvimento da auto-estima, a aceitação das mudanças físicas e emocionais, a independência, a intensificação e reformulação das relações com os pares e o estabelecimento de relações íntimas.

Perante o objectivo de compreender as adolescentes, ou mais concretamente, as mães adolescentes e as suas vivências, é antes de mais fundamental conhecer melhor as características dessa fase das suas vidas. Este trabalho radica numa perspectiva desenvolvimentista da adolescência, associada a uma visão dos determinantes sócio-historicos e culturais da nossa compreensão actual deste período do desenvolvimento humano.

##### **1.1 Adolescência: perspectiva histórica**

A adolescência surge, enquanto uma fase longa do ciclo de vida, de modo progressivo, a partir do séc. XVIII. A transição para a idade adulta, antes pautada por rituais iniciáticos que facilitavam a separação da família de origem e a aquisição do estatuto de adulto, foi gradualmente substituída por uma longa moratória entre a puberdade e o reconhecimento do estatuto adulto (Fleming, 1993).

A atenção sobre a adolescência evoluiu paralelamente a uma série de acontecimentos sociais - o aumento da escolaridade e a escolarização de massas, a industrialização tecnológica das sociedades, as alterações sociais e familiares (Lourenço, 1998).

Na transição para o séc. XX, quer a adolescência quer os adolescentes, nos quais assentam as teses que foram produzidas e as representações sociais que foram elaboradas, eram representativos de uma pequena minoria de indivíduos - aqueles que, sendo burgueses e de sexo masculino, eram escolarizáveis. As raparigas, e mesmo os rapazes de outras classes sociais não se encaixavam na ideia de adolescência que então foi construída; nesses grupos, a passagem da infância à vida adulta ocorria directamente, sem uma moratória de preparação. O alargamento da adolescência, não só às mulheres, mas também a uma maioria da população, é, assim, ainda mais recente que o nascimento do conceito, reportando-se à democratização do ensino (Prazeres, 2002).

No entanto, o modelo actual de adolescência é manifestamente elitista e masculinizado, pelo que muitos jovens são enquadrados num conceito que não lhes adequa perfeitamente (Prazeres, 2002). Também Lourenço (1998, p.20) sublinha que “no nosso país, até há bem pouco tempo a grande maioria das raparigas terminava a infância, deixava a escola e era «empurrada» para o trabalho e/ou para o casamento. Esta é também uma realidade (...) noutras sociedades e sub-culturas.”

A permanência no seio familiar tornou-se mais longa e a transição para a autonomia ganhou uma nova densidade psicológica (Fleming, 1993). Prazeres (2002,p.19) refere que:

os marcos que estão associados, habitualmente, à aquisição do estatuto adulto têm sofrido transformações notórias. A maioria dos indivíduos atinge o final da escolaridade mais tarde, os caminhos da profissionalização estão cada vez mais bloqueados, a independência sócio-económica é protelada e o casamento e a reprodução (...) mais tardios.

Na medida em que, nas sociedades desenvolvidas actuais, há atribuições incongruentes em relação ao adolescente, que é maduro do ponto de vista biológico, mas psicossocialmente imaturo, o fenómeno da sexualidade adolescente reveste-se de grande ambivalência (Menezes, 1990). A sociedade tornou-se mais permissiva com o comportamento sexual e os jovens iniciam mais cedo a sua actividade sexual (Roque, 2001). No entanto, pela própria forma como o sistema educativo e o mercado de trabalho se organizam, uma gravidez precoce pode acarretar maiores consequências do que em poucas gerações atrás.

## 1.2. - Contextos de desenvolvimento

Se bem que, em todas as culturas, existe uma passagem de um estado de dependência para a autonomia, que de resto é indispensável à sua subsistência, as características dessa transição dependem de factores sociais, familiares e individuais, (Fleming, 1993). Prazeres (2002,p.18) alerta para o perigo de generalizar abusivamente quando falamos da adolescência e dos adolescentes, salientando que “se existe alguma característica comum a todos os adolescentes, ela chama-se diversidade”. Diz ainda que é necessário um novo discurso sobre a adolescência que tenha em conta que ela é, em certa medida, uma abstracção – Se bem que a puberdade é uma constante no desenvolvimento de todos os seres humanos, e pelas mudanças físicas que implica, acarreta adaptações em termos psicológicos e sociais, cada sociedade, cada tempo e cada contexto apresentam adolescências com características adequadas às suas necessidades e possibilidades.

Cabral (2002) apela à contextualização sócio-cultural dos próprios conceitos de jovem, adolescente ou adulto, alertando que a sua atribuição a certas idades pode ser inadequada em alguns sectores da sociedade. A juventude seria, então, uma categoria socialmente construída e que não se refere a um conjunto homogéneo de pessoas, podendo no mesmo grupo etário encontrar indivíduos muito díspares. Assim, mais do que uma perspectiva geracional que atribui a pertença a grupos com base na idade, a autora subscreve, uma concepção de juventude enquanto processo, que se focaliza nos modos de transição para a idade adulta.

Existe uma noção de continuidade dentro dos grupos sociais, independentemente da faixa etária; mais do que um fosso entre gerações, os membros jovens e mais velhos de um grupo experienciam o mundo de forma diferente, embora partilhem uma herança comum. Embora existam diferenças geracionais, existe continuidade dentro de grupos étnicos, classes e sexos, que unem as gerações em comportamentos comuns. Esta perspectiva de reinterpretação da herança cultural pelos jovens, opõe-se assim a uma visão da adolescência como «*storm and stress*» e uma rejeição pelos jovens do legado dos seus predecessores (Fleming, 1993).

Tradicionalmente, a gravidez é mais precoce nas camadas em que o acesso a um trabalho menos diferenciado e a interrupção da escolaridade são igualmente mais

precoces, o que interrompe a moratória da adolescência, característica das classes mais abastadas. Gillis (1981) afirma assim que:

A redefinição de expectativas em torno da juventude no que tange o processo de escolarização, a entrada para o mundo do trabalho e a idade adequada para ter filhos desempenham um papel central na configuração de «precocidade» em relação à trajetória social do jovem (Cabral, 2002,p.16).

Ferreira, Mota & Seabra, salientaram a importância de abandonar o conceito de “criança eterna”, em favor do conceito de “criança histórica”, uma vez que o desenvolvimento ocorre sempre em condições sociais e históricas particulares (2006). Bruner (1990, 1996) com a perspectiva da Psicologia Cultural, aborda o desenvolvimento enquanto um processo situado numa dada cultura, na qual os significados são partilhados e se constroem narrativas comuns.

Bronfenbrenner (1979) sistematizou a maneira como o ambiente é perspectivado e como este se relaciona com a pessoa em desenvolvimento de forma inovadora. Para o autor, o próprio desenvolvimento é uma mudança duradoura no modo como o indivíduo percebe e lida com o seu ambiente; ambiente esse que é composto por um conjunto de estruturas concêntricas, cada uma das quais está contida na seguinte: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema.

De acordo com Bronfenbrenner (1979), o microsistema é composto pelo contexto em contacto directo com a pessoa em desenvolvimento, pelas pessoas que com ela lidam em primeira-mão e pelas relações entre pessoas e contexto. O mesossistema refere-se às relações que existem entre contextos de vida em que a pessoa participa (ou seja, relações entre micro-Sistema). O exossistema diz respeito aos contextos em que a pessoa pode nunca entrar, mas que afectam o que acontece no seu ambiente imediato. Por fim, o macrosistema refere-se aos padrões generalizados de ideologia e organização de uma dada cultura ou sub-cultura Assim, segundo Bronfenbrenner (1979), a compreensão do desenvolvimento requer que se tenham em conta contextos para além do imediato.

Esta visão do desenvolvimento apresenta o indivíduo como uma entidade activa, dinâmica, que reestrutura e significa o ambiente em que reside, e não como uma mera vítima das condições contextuais – A relação entre indivíduo e contexto é percebida como bi-direccional. O autor citado anteriormente focaliza a atenção nas qualidades que

o indivíduo percebe, e não nas suas propriedades objectivas, interessando-se, assim, pela perspectiva dos actores.

Esta perspectiva dá relevo às transições ecológicas como motor do desenvolvimento. Uma transição ecológica é uma mudança de papéis e/ou contextos. Estas transições ocorrem ao longo de toda a vida, estando ligadas a acontecimentos relativamente quotidianos (entrar para a escola, o nascimento de um filho, uma mudança de residência ou uma promoção) e associadas a alterações em termos das expectativas de comportamento que correspondem a determinadas posições na sociedade. Frequentemente, a transição ecológica é simultaneamente a causa e a consequência de processos de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979).

### **1.3. - Desenvolvimento cognitivo**

Do ponto de vista cognitivo, a principal tarefa da adolescência é a conquista do pensamento formal (Elkind, 1982). O carácter hipotético dedutivo do pensamento formal constitui-se a partir dos 11-12 anos, ao passo que a lógica das preposições, classes e relações só atinge o equilíbrio por volta dos 14-15 anos (Inhelder & Piaget, 1976). O desenvolvimento do pensamento formal, que permite aos jovens pensar sobre o seu pensamento (metacognição) e efectuar operações reversíveis entre o que é real e o que é possível, ocorre ao longo da adolescência. Esta nova capacidade leva os adolescentes a não se contentar em resolver os problemas do momento, ficando motivados para ocupar um lugar no mundo dos adultos. O adolescente é capaz de construir teorias sobre o mundo, de pensar em termos abstractos, de planear as suas acções futuras integradas num projecto e começa a pensar em si no mesmo plano que os adultos. Estas aquisições não são independentes do contexto social e cultural em que ocorrem, tomando diferentes aspectos em jovens escolarizados ou não (Inhelder & Piaget, 1982).

O desenvolvimento destas estruturas de pensamento e a sua aplicação na vida real ocorrem simultaneamente – a lógica exprime as coordenações operacionais necessárias à acção. No entanto, o alargamento do campo cognitivo pela estrutura do pensamento formal traz consigo (como de resto ocorre noutros momentos do desenvolvimento cognitivo) uma forma de egocentrismo, muito persistente no tempo.

Este egocentrismo deriva da adopção de papéis adultos, uma vez que o adolescente não só procura adaptar o seu pensamento à realidade, mas também presume adaptar a realidade ao seu pensamento. O jovem atravessa uma fase em que atribui um poder ilimitado ao seu pensamento (Inhelder & Piaget, 1982). O egocentrismo caracteriza-se pela incapacidade do adolescente acreditar nas possíveis consequências dos seus comportamentos, sentimentos de invencibilidade e até mesmo a crença de não ser governado pelas mesmas leis naturais que regem os outros (Grady & Bloom, 2004).

A capacidade recém adquirida do adolescente pensar sobre o que os outros pensam, leva-o a considerar que estes se preocupam com o mesmo que ele – isto é, ele mesmo – assim crê que os outros em geral se preocupam com o seu comportamento e a sua aparência. O adolescente vê-se, assim, a agir perante uma audiência imaginária que critica ou aplaude o seu desempenho. O desejo de privacidade e a relutância em se auto-revelar pode, até certo ponto, advir da sensação de estar continuamente a ser observado. Do mesmo modo, a reacção afectiva que mais preocupa os adolescentes é a vergonha (que implica uma audiência) e não a culpa (Elkind, 1982).

Ainda que o adolescente tenha dificuldade em diferenciar os seus sentimentos daqueles dos que o rodeiam, hiperdiferencia os seus. Considera os seus sentimentos especiais e únicos. Esta convicção de que é especial chega a conduzir à construção de uma fábula pessoal, uma história que conta a si mesmo, na qual perpassam sentimentos de invulnerabilidade e imortalidade. O egocentrismo começa a diminuir por volta dos 15/16 anos. Esta diminuição ocorre, no plano cognitivo, através de uma diferenciação gradual entre as suas preocupações e os pensamentos dos outros, e no plano afectivo, pela integração gradual dos sentimentos dos outros, com as suas emoções, o que ocorre com o estabelecimento da intimidade (Elkind, 1982).

Inhelder e Piaget (1976) alertam para o facto de a lógica adolescente não resumir tudo o que ocorre em termos de desenvolvimento nesta fase. Chamam a atenção para o facto do critério definidor para a adolescência não deve ser a puberdade – um invariante em todas as culturas, mas sim a transição social que leva à integração no mundo dos adultos. Evitam também uma associação linear entre puberdade e pensamento formal, descartando uma posição maturacionista do desenvolvimento, considerando-o como o resultado quer de factores biológicos, quer sociais, e atribuindo ao indivíduo um papel activo na construção do seu conhecimento.

Como veremos adiante, as características do pensamento adolescente, em particular a fábula pessoal, o egocentrismo e a dificuldade de prever as consequências

futuras do seu comportamento, são apontadas por alguns autores como variáveis relacionadas com a gravidez na adolescência.

#### **1.4. - Desenvolvimento afectivo e moral**

As alterações cognitivas ocorrem em concordância com alterações afectivas, como a aquisição de sentimentos relativos a ideais (e não apenas interindividuais) e o desenvolvimento de uma personalidade relacionada com os papéis sociais e valores que emergem da interacção social (Inhelder & Piaget, 1982).

Kohlberg (1982) desenvolveu uma teoria do desenvolvimento moral através de estruturas gerais e formas de pensamento moral, que podem ser definidas independentemente das decisões morais particulares. A sua tipologia contém três níveis de pensamento moral, dentro dos quais existem dois níveis relacionados. Estes níveis e estádios, podem ser consideradas filosofias e visões do mundo sócio-moral distintas.

Embora a teoria não especifique balizas etárias para a definição dos estádios, os adolescentes (enquanto grupo etário), dentro da sua variabilidade pessoal, deverão estar distribuídos maioritariamente no primeiro estádio do nível convencional, ou nos últimos anos da adolescência, no segundo estádio do mesmo nível. Neste nível, os indivíduos consideram que cumprir as expectativas e as regras da sua família ou grupo de pertença tem valor por si mesmo; há assim uma preocupação não só em conformar-se à ordem social, mas também em manter, apoiar e justificar essa ordem (Kohlberg, 1982).

Dentro do nível convencional, o estádio três é caracterizado por uma orientação para o ser bom rapaz ou boa rapariga. O bom comportamento é aquele que é aprovado pelos outros e lhes agrada. Esta visão é acompanhada por uma compreensão estereotipada do que é o comportamento maioritário ou natural. Há ainda uma valorização do comportamento com base na intenção («é bem intencionado»). Neste estádio, a conformidade visa evitar a desaprovação e o desagrado dos outros. No estádio quatro, os indivíduos são orientados pela autoridade, pelas regras estabelecidas e pela manutenção da ordem social. O comportamento correcto consiste no cumprimento do dever, respeito de autoridade e manutenção da ordem social; assim os indivíduos mostram conformidade para evitar ser censurados pelas autoridades legítimas e o sentimento de culpa (Kohlberg, 1982).

Naturalmente, o facto de o bem e o mal serem definidos em função da conformidade ou do desejo de agradar podem colocar os jovens numa posição de vulnerabilidade. Certamente, os jovens podem debater-se com a questão de quais as normas a que devem conformar-se ou a quem devem procurar agradar, uma vez que muitas vezes os grupos de presença não coincidem quanto a estes pontos. O que agrada ao grupo de pares pode frequentemente colidir com o que agrada aos pais. Como veremos adiante, o grupo de pares assume nesta faixa etária uma importância crescente.

#### **1.4.1. - Autonomia e adolescência**

Apesar da notável variabilidade intercultural do comportamento adolescente (Mead, 1970) e da larga disparidade que existe na conceptualização da adolescência, as várias abordagens convergem num ponto comum: autonomia, ou noutros termos, a separação de pais e adolescentes, é a tarefa desenvolvimental mais importante da adolescência. (Fleming, 1993,p.15).

A autonomia é uma tarefa desenvolvimental, que, embora esteja presente desde a infância, passa por períodos de intenso crescimento, entre os quais, se destaca a adolescência. Esta tarefa diz respeito ao processo de individualização, separação e formação da identidade, pelo que se encontra no âmago da reflexão sobre a adolescência (Fleming, 1993).

A perspectiva da teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson (1982) conceptualiza o desenvolvimento da personalidade através de vários estádios, caracterizados por uma crise ou conflito dominantes e cuja resolução, mais ou menos eficiente, permite o acesso ao estágio seguinte. O indivíduo desenvolve-se através desses degraus de preparação, envolvendo-se de formas cada vez mais diferenciadas num meio social de amplitude crescente, movimento esse que é apoiado pela sociedade circundante. É necessário esclarecer que o termo «crise», na acepção que lhe é dada pelo autor, não significa catástrofe, mas sim, ponto de viragem; um período de vulnerabilidade aumentada, mas também de grande potencial, que permite o ajustamento às novas situações de vida.

Na adolescência, o conflito dominante seria precisamente entre a formação da identidade vs. difusão da identidade podendo levar ao surgimento da fidelidade. O surto de crescimento rápido e a puberdade, bem como o conforto crescente com as tarefas

adultas leva o adolescente a procurar um sentido de identidade e de continuidade nas percepções de si, bem como a encontrar forma de se enquadrar nos protótipos disponíveis na sua cultura. Neste período há uma procura por uma coerência de valores, que leva idealmente ao desenvolvimento da fidelidade – a oportunidade de cumprir as suas potencialidades de modo coerente consigo mesmo e com os outros significativos; a capacidade de escolher livremente lealdades, apesar das contradições inevitáveis de qualquer sistema de valores (Erikson, 1982).

A procura de identidade leva o adolescente a libertar-se da autoridade parental e a procurar outros contextos psicossociais de referência (pares, escola, etc).

Assim, a formação da identidade requer uma separação psicológica e uma certa distância física em relação aos pais, que se traduz em comportamentos de autonomia e experimentação, comportamentos esses que permitem ao adolescente ensaiar papéis e formular opções (Fleming, 1993).

Os grupos de pares permitem aos jovens apoiar-se mutuamente e ultrapassar a insegurança através de um estereotipo dos seus ideais, de si mesmos e dos seus inimigos, podendo no reverso hostilizar aqueles que são diferentes de si, ou até mesmo da sociedade em geral (Erikson, 1982).

A autonomia é conceptualizada por Fleming (1993) como um construto multidimensional: pode ser funcional, comportamental ou de valores. O primeiro refere-se ao abandono da ligação infantil aos pais; O segundo à capacidade de tomar decisões auto-orientadas; O terceiro à capacidade de desenvolver uma visão pessoal em que um quadro valorativo se desenvolve, não de forma acrítica, mas após uma ponderação de alternativas.

A autonomia comportamental é perspectivada pelos próprios adolescentes, num estudo realizado por Fleming (1993) com uma amostra de 7264 adolescentes no concelho de Matosinhos, de idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, como estando representada num conjunto de comportamentos, que remetem para a conquista de um espaço próprio no seio da família, do próprio corpo, da capacidade de exploração do meio sem a supervisão directa dos pais e de um espaço mental que permite a tomada de decisão e a responsabilidade individual. A capacidade de realização da autonomia comportamental é tanto maior quanto mais encorajadores da autonomia são os pais (Fleming, 1993).

A autonomia não é uma forma de cortar uma vinculação segura com os pais, mas antes de a reconfigurar numa relação mais paritária; a base segura constituída pelos pais

permanece essencial para o desenvolvimento dos adolescentes. Ao mesmo tempo, a integração do grupo de pares é um primeiro grande passo em relação à autonomia. A cultura juvenil chega a ser definida por alguns autores como uma invenção do séc. XX para fazer frente ao stress gerado pela contradição entre um prolongamento da dependência e a necessidade de atingir a autonomia (Fleming, 1993).

Assim, a necessidade de autonomia pode exprimir-se em comportamentos de experimentação, apoiados e enquadrados pelo grupo de pares, que podem em alguns casos passar por comportamentos de risco, muito embora não seja essa a norma e os pais se mantenham como figuras de vinculação na reserva, às quais os jovens recorrem sempre que sentem necessidade.

### **1.5. - Problemáticas contemporâneas**

Nas sociedades orientais e contemporâneas, a adolescência é uma fase de paradoxos. Não só se enaltece a autonomia e a independência individuais, como é igualmente esperado que se mantenham fortes laços familiares por toda a vida. Esse paradoxo está também patente no grande hiato entre a aquisição da capacidade reprodutiva e a independência sócio económica (Fleming, 1993).

O prolongamento da juventude a que temos assistido, em virtude das alterações sócio-culturais e económicas que têm ocorrido nos países desenvolvidos, caracteriza-se pela inexistência de marcadores sócio-culturais claros ou fronteiras nítidas que assegurem um processo irreversível de passagem à idade adulta (Cabral, 2002). Temos tendência para pensar na adolescência como uma fase de preparação exigente para o futuro (a vida adulta e a cidadania), esquecendo que é, antes de mais, um “presente”-crescer passa por uma aquisição gradual da capacidade de autodeterminação e de gestão das interdependências que geramos com os outros e com as instituições (Prazeres, 2002).

Ser-se adolescente hoje é forçosamente diferente, em muitos aspectos, do que seria há alguns anos atrás. Um recurso acrítico às teorias clássicas, sem um esforço de contextualização e de avaliação da sua pertinência em termos sócio-históricos, pode levar-nos a subestimar as vivências actuais dos adolescentes.

Este argumento pesa a favor de um esforço de investigação que contextualize em permanência a adolescência e os adolescentes nos seus contextos sócio-culturais e

históricos, em sociedades pluralistas e em constante mudança. É arriscado tomar como verdades acontextuais e ahistóricas os dados que temos sobre a adolescência, aplicando-os indistintamente aos adolescentes, pelo que necessitamos de rever, actualizar e contextualizar estes dados ciclicamente. A este propósito Bertold Brecht afirma que “...do rio que arrasta tudo diz-se que é violento, mas ninguém chama violentas às margens que o comprimem” (Prazeres, 2002,p.7).

No que concerne à gravidez na adolescência, esta pode ser voluntariamente procurada por alguns jovens como meio de aceder a um estatuto adulto. A maternidade é, em muitas culturas, uma (ou a única) identidade socialmente valorizada para as mulheres, pelo que se compreende que, na ausência de outros projectos de vida acessíveis (nomeadamente através da escola ou do trabalho), algumas jovens desejem recorrer à maternidade como modo de sinalizar a transição – que como vimos está mal demarcada nas sociedades ocidentais – para a maturidade (Prazeres, 2002).

O apelo à contextualização diz respeito também a este aspecto em particular, uma vez que a moratória que caracteriza a adolescência pode estar consideravelmente reduzida em certos grupos, pelo que a entrada num papel adulto ocorre mais cedo, tornando normativa e esperada uma gravidez que poderíamos ter tendência a classificar como precoce. Não podemos esquecer que, quer o prolongamento da adolescência, quer o adiamento do casamento e da maternidade, se deveram em larga medida ao alargamento da escolaridade e sua “universalização”, bem como a uma maior necessidade de especialização laboral, em virtude das alterações do mercado de trabalho, e da integração das mulheres neste mercado. Nesta medida, as jovens que não se revêem no sistema escolar, tendo insucesso ou abandonado a escola, e não perspectivam acesso a um posto de trabalho qualificado podem não ter motivos para adiar a parentalidade. (Prazeres, 2002).

## **CAPITULO II**

### **2 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE**

A gravidez é um período de grandes alterações físicas, mas que as ultrapassa largamente. Esse momento, é não apenas belo e especial, mas também carregado de angústias, é perpassado por vivências psicológicas enquadradas num contexto social. Esse período apresenta um desafio à maturidade e personalidade da mulher, potenciando a vulnerabilidade psicológica, em especial no caso de uma primeira gravidez (Lourenço, 1998).

Passaremos a analisar a gravidez e a maternidade, quer explicitando o carácter social produzido e contextualizado desses acontecimentos, que são simultaneamente pessoais e sociais, quer em termos das tarefas de desenvolvimento e desafios que coloca às jovens. A compreensão destes desafios é necessária à compreensão do impacto dessas mesmas tarefas no contexto de uma gravidez e da maternidade durante a adolescência.

#### **2.1. - Enquadramento Social da Maternidade**

Monteiro (2005) inserindo-se numa perspectiva interacionista, perspectiva a maternidade como um processo, no qual confluem representações e práticas de ordem pessoal, familiar e social. Consequentemente, defende que a experiência da maternidade pode ser melhor compreendida, não enquanto parte natural da vida das mulheres, mas enquanto experiência pessoal de mulheres integradas em diferentes contextos sócio-culturais, económicos e familiares, que é mediada por sistemas de representações socialmente construídos e partilhados e que contribui para o processo de formação identitária. Ter um filho é um acontecimento considerado de modo diferente em diferentes civilizações, pelo que a forma de a viver se associa, quer a características individuais da mãe, quer ao meio cultural em que ocorre: uma abordagem histórica e antropológica não permite identificar um comportamento universal e necessário por parte da mãe, mas sim uma grande variabilidade na expressão da maternidade (Correia, 1998).

Segundo Correia (1998), embora a maternidade esteja em grande medida adstrita a um plano pessoal, ela encerra significados socialmente construídos – ser mãe é social, porquanto ocorre no seio de uma cultura da maternidade. Tal não implica que a mulher seja uma receptora passiva desses significados, ela é uma produtora de significados, pelo que a sua experiência pessoal é também única. Canavarro (2001,p.18) insere-se na mesma linha de pensamento, ao afirmar que “ a forma como o tempo, a cultura e a sociedade percepciona a maternidade tem grande impacto na experiência da gravidez e maternidade da mulher como uma pessoa única”. A maternidade ocupa um papel na sociedade, com expectativas que lhe são inerentes; quer a mulher se oponha a essas expectativas ou lhes adira, não tem como ignorá-las (Stern & Bruschiweiler-Stern, 2000). Esta posição é ilustrada pela observação de Margaret Mead (Cordeiro, 1987) de que a própria sintomatologia associada à gravidez é determinada, em parte por expectativas culturais – se nalgumas culturas é frequente as grávidas relatarem enjoos matinais durante os primeiros meses de gravidez, noutras esse fenómeno não acontece, ou acontece apenas entre as primíparas. Até mesmo a experiência do parto é culturalmente determinada, tendo sofrido grandes variações temporais e de sociedade para sociedade, mesmo nos países desenvolvidos (Correia, 1998; Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

“ Em cinquenta anos, os avanços tecnológicos, a investigação psicológica e as dinâmicas sociais em torno, por exemplo, da anticoncepção ou da profissionalização das mulheres, alteraram radicalmente e por várias vezes a concepção de ser mãe” (Leal, 1992,p.230). O próprio momento do parto, considerado tendencialmente como um acto biológico, recebe múltiplas influências, quer do funcionamento psicológico da mãe, quer de um ambiente cultural. O parto associa-se frequentemente a representações da dor e sofrimento e a estreita ligação entre a vida e a morte é um tema central que enforma este acontecimento de modo quase universal (Correia, 1998).

Ser mãe ocupa um lugar central na visão social do feminino. Permite o acesso a uma identidade social, qualidades e sentimentos, até aí inacessíveis, que se atribuem à identidade feminina. Ter filhos representa também a criação de relações duradouras e próximas (num contexto social em que os vínculos pessoais são cada vez mais instáveis); e os filhos fornecem um tipo de amor, proximidade e intimidade que podem ser, por si só, gratificantes (Monteiro, 2005). O modelo de maternidade socialmente vigente nas sociedades ocidentais, denominado por Sharon Hays como modelo de *maternalização intensiva*, encara a maternidade como uma relação de intensa

emocionalidade, numa lógica de cuidados intensivos, em famílias nucleares em que a criança é o centro, assentando no mito do amor materno (Monteiro, 2005). Este conceito é de autoria de Elisabeth Badinter, segundo a qual o amor maternal não se encontra inscrito na natureza feminina, como se pensou desde o século XVIII. Para esta autora, o amor maternal é um fenómeno complexo, que longe de ser instintivo é influenciado por múltiplos factores, como a história pessoal de cada mulher, a oportunidade da gravidez, o desejo desta criança, a relação com o pai da criança e factores sociais, culturais e profissionais (Correia, 1998).

A adesão a esse modelo regula o acesso das mulheres a certos atributos identitários, ao ponto de não ser mãe, ou ser uma mãe inadequada por estes padrões, ser comparável a não ser mulher (Monteiro, 2005).

Os requisitos que na cultura vigente permitem uma maternidade adequada, traduzem-se em julgamentos relacionados com ser ou não o momento certo para ser mãe, o que depende da idade, de aspectos conjugais e laborais – o que exclui à partida as mães adolescentes desse estatuto (Monteiro, 2005).

Simultaneamente, a atribuição de um estatuto valorizado e, por vezes, idealizado da maternidade, bem como a visão da relação com o filho como intensamente emocional e próxima, perpassada por um amor incondicional, que pode ser atraente para algumas jovens, sobretudo aquelas que não receberam esse amor nas relações familiares ou de pares.

De acordo com Monteiro (2005), nem sempre a reacção do meio à mulher grávida é favorável, sendo frequente existirem situações em que a mulher é pouco apoiada social e psicologicamente. Essa situação é favorecida pela estrutura familiar, tendencialmente nuclear, na qual a família alargada e as trocas afectivas e de apoio que esta permite, nem sempre estão disponíveis (Cordeiro, 1987). O apoio social durante a gravidez e no pós-parto tem mostrado ser de grande importância, não só para a mãe mas também para a criança. O stress da mãe e a falta de apoio social (durante a gravidez e no pós-parto) estão significativamente associados com resultados mais pobres em testes de inteligência nos seus filhos. Nos casos em que o apoio social prestado às mães é favorável, mesmo na presença de stressores, o desenvolvimento cognitivo das crianças parece ser protegido (Slykerman et al., 2005).

## 2.2. - Desenvolvimento Psicológico e maternidade

A gravidez requer ajustamentos ao nível fisiológico – hormonal, metabólico, cardiovascular e biomecânico; social – pela definição de novos papéis e estatutos; e psicológico – afectando a identidade, a auto imagem os estados emocionais, entre outros domínios. Deste modo, é um espaço e tempo de adaptação, em que se prepara o lugar para um novo ser (Lourenço, 1998).

Na medida em que configura uma transição ecológica, a maternidade é promotora do desenvolvimento, acarretando uma série de adaptações a novas experiências de comportamento, novos papéis, e a um ambiente em que se virão integrar novos elementos (Lourenço, 1998).

No processo de se tornarem mães, as mulheres desenvolvem uma organização psíquica fundamentalmente diferente daquela que tiveram até esse momento. Ser mãe vai acarretar uma reorientação dos valores, prioridades e interesses, da relação com o companheiro e a família de origem e com as outras mulheres (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000).

Esta nova identidade não nasce ao mesmo tempo que o bebé, mas, vai-se formando em diferentes etapas durante a gravidez, ganha consistência no momento do parto, e vai-se afirmando ao longo dos vários meses que o seguem, através dos cuidados ao bebé (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000).

De certo modo, uma mãe tem que se formar psicologicamente da mesma forma que o seu filho se forma fisicamente. Aquilo a que a mulher vai dando forma na sua mente não é um ser humano novo, mas uma nova identidade: o significado de ser mãe (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000,p.9).

Stern & Bruscheiler-Stern (2000), comparam este processo com as mudanças de identidade e auto-imagem que ocorrem durante a adolescência: assim como a identidade de um adolescente tem que se reconfigurar a um corpo em mudança, também a mulher grávida tem que se reconstruir, à medida que o seu corpo muda, quase tanto como durante a adolescência, mas muito mais depressa. Estes autores consideram que as alterações físicas desestabilizam a imagem da mulher, mas preparam o caminho para a nova organização da sua identidade.

A nova mãe tem, então, que produzir novas facetas da sua identidade e, posteriormente, de as integrar nos restantes domínios da sua vida, ao mesmo tempo que lida com a profunda alteração da sua rotina diária acarretada pelo cuidado de um bebé. Ao longo da gravidez, a mulher interroga-se acerca de como será o bebé ou como será ela no papel de mãe. Vive, assim, com um bebé imaginário, bebé esse que irá ser confrontado com o bebé real após o parto. O nascimento implica o encerramento de uma fase da sua vida em que foi apenas filha, abrindo as portas a uma nova fase, ainda largamente desconhecida e indefinida.

Todas as mulheres esperam que os seus bebés preencham algumas das necessidades, ambições e sonhos pessoais e, de modo inverso, que reparem alguns dos seus insucessos e desilusões. (...) uma mulher poderá esperar que, com o nascimento do seu próprio filho, terá, finalmente, alguém que a amará desinteressadamente. Esta ideia pode ser profundamente gratificante e funcionar como uma espécie de reparação (Stern & Bruschiweiler–Stern, 2000,p.80-81).

É facilmente compreensível que estes papéis de reparação, de gratificação e quase de vivência vicariante dos sucessos de que a mãe foi privada, possam ser importantes para algumas mães adolescentes, que projectam no filho intensas expectativas.

A gravidez e a maternidade, mais do que acontecimentos, são processos de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001). Este período acarreta profundas mudanças, constituindo-se como um ponto de viragem muito importante na vida de uma mulher. Essas mudanças poderão ter repercussão não só sobre a grávida, mas também sobre o seu companheiro, e no caso de já ser mãe, sobre os filhos mais velhos (Cordeiro, 1987).

Gravidez e maternidade podem não coincidir do ponto de vista psicológico – não basta estar grávida para desempenhar de modo adaptativo as tarefas maternas, é necessário para tal que se deseje ser mãe. Quando existe um projecto de maternidade, a gravidez é um tempo de preparação para ser mãe. Durante os nove meses de gravidez, a mulher ensaia cognitivamente papeis e tarefas maternas, cria uma ligação afectiva com a criança, inicia a reestruturação das relações de modo a que estas se adaptem a receber um novo elemento, incorpora o filho na sua identidade e aprende a aceitá-lo como pessoa separada (Canavarro, 2001; Correia, 1998).

Entre as várias circunstâncias que podem determinar inexistência de um projecto de maternidade, na presença de uma gravidez, encontra-se a gravidez adolescente, quando esta ocorre como meio para a confirmação da feminilidade da jovem, divorciado de um projecto de vida (Leal, 1992).

As mudanças acarretadas pelos processos de gravidez e maternidade implicam stress, na medida em que trazem consigo ganhos e perdas, associadas às representações de gravidez e maternidade de cada mulher, “requerem respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe; e exigem uma adaptação específica” (Canavarro, 2001,p.36). Este stress vai implicar a necessidade de reorganização, que pode conduzir a níveis de funcionamento mais elevados, pela resolução bem sucedida de tarefas desenvolvimentais específicas deste período de crise.

O desenvolvimento psicológico ao longo da gravidez pode ser conceptualizado através de uma sequência de três fases, em que cada uma das quais traz consigo tarefas psicológicas a concretizar, e que são irreversíveis. Estas fases correspondem, de modo aproximado, aos três trimestres de gestação. Durante a primeira fase - integração-, a mulher deve aceitar que está grávida, ultrapassando a ambivalência. Tende a regressar mentalmente à infância e a reorganizar a relação com a sua própria mãe. Na segunda – diferenciação –, começa a sentir os primeiros movimentos do feto, e a senti-lo como um ser autónomo. Neste momento, a relação que tende a ser reequacionada é a relação com o parceiro, visto agora à luz das suas características como pai. Finalmente, na fase de separação, a mulher antecipa o parto, o processo pelo qual se desligará da gravidez e começa a reflectir sobre a relação que irá ter com a criança, que já estabelece com ela alguma comunicação (Lourenço, 1998; Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999).

Embora esclarecendo que a relação entre tempo cronológico e tarefa desenvolvimental não é linear, Canavarro (2001) apresenta um esquema ilustrativo das tarefas de desenvolvimento características da gravidez e maternidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério (adaptado de Canavarro, 2001).

Gravidez	1º trimestre	Tarefa 1: aceitar a gravidez	reavaliar e reestruturar...
	2º trimestre	Tarefa 2: aceitar a realidade do feto tarefa 3 :... a relação com os pais tarefa4:...a relação com o cônjuge/companheiro.	
	3º trimestre	Tarefa 5 : aceitar o bebê como pessoa separada Tarefa 6: ... a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna)	
Puerpério	(aproximadamente 6 semanas)	Tarefa 7: ... a relação com o (s) outro (s) filho (s)	

A primeira tarefa, aceitar a gravidez, não é um dado adquirido, nem mesmo nos casos em que a gravidez é planeada, sendo frequente que a mulher experimente uma ambivalência entre o desejo e o medo de estar grávida. O apoio e aceitação por parte da família são fundamentais para a superação da ambivalência inicial. A mulher procura referências acerca da forma de se comportar nos modelos maternos que conhece, especialmente na sua própria mãe (Canavarro, 2001).

A segunda tarefa, aceitar a realidade do feto, distingue-se da primeira no sentido em que a mulher deve começar a compreender o feto, não como uma parte do seu corpo, mas como um ser separado. Esse processo é ajudado pela tomada de consciência dos movimentos fetais, ou pela observação das ecografias. Nesta fase, aumentam também as fantasias acerca das futuras características do bebê, e comportamentos como falar ou cantar para o bebe ou acariciar a barriga (Canavarro, 2001).

Sobretudo a partir do 2º trimestre, a mulher dedica bastante tempo a reflectir sobre o seu relacionamento com os pais, sobretudo a mãe, durante a sua infância e adolescência. Além de pensar mais nos seus pais, aumentam também os telefonemas e as visitas, o que tem a ver com dimensões relacionais, e com a dimensão de apoio instrumental. Pode chegar a haver alguma confusão entre as gerações, sobretudo após o nascimento do bebê, a pretexto de dar apoio em várias tarefas, podendo os avós assumir um papel pouco diferenciado do dos pais, o que requer uma renegociação do grau de apoio e de autonomia (Canavarro, 2001).

A relação com o cônjuge tem necessariamente de passar por uma reorganização. A aliança conjugal necessita de se flexibilizar para dar lugar à criação da aliança parental. Embora o cônjuge seja habitualmente considerado como a principal fonte de apoio, há habitualmente uma diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e puerpério (Canavarro, 2001).

As reacções do conjuge à gravidez variam muito, podendo ir de um fraco envolvimento com a gestação, frustração sexual e conseqüentes desavenças conjugais, até um extremo de envolvimento, manifestado na apresentação de alguns sintomas da gravidez (síndrome de couvade) (Cordeiro, 1987).

A quinta tarefa da gravidez é uma preparação para a separação física que ocorrerá com o parto. Regra geral a esta fase corresponde um aumento da ansiedade e uma certa ambivalência entre a vontade de ver o filho e a vontade de prolongar a gravidez e adiar o confronto com as novas exigências da maternidade. No período pós-parto, considerado por muitos como o quarto trimestre da gravidez, a mulher está ainda a atravessar alterações físicas importantes, ao mesmo tempo que se adapta às exigências e necessidades próprias do seu filho (Canavarro, 2001).

Como vimos, ao tornar-se mãe, a mulher integra na sua identidade um novo papel e novas expectativas, o que corresponde à sexta tarefa.

Aquelas que não vão ser mães pela primeira vez, confrontam também a ansiedade de não ser capazes de cuidar ou amar com igual intensidade duas crianças ao mesmo tempo, assim como a preocupação com a reacção do filho mais velho (Canavarro, 2001).

Na adaptação à maternidade, o significado que as mulheres atribuem à experiência de maternidade, bem como factores idiossincráticos da mãe, do bebé e do meio envolvente, assumem um papel relevante. Entre estes factores, contam-se:

decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional e acontecimentos de vida no ano precedente; (...) peso à nascença, saúde física e temperamento [do bebe]; (...) relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional... (Canavarro, 2001,p.46).

Num estudo conduzido com 36 mulheres (80% caucasianas e 20% afro-americanas, 42% primíparas e 58% multíparas) com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, fez-se um levantamento dos momentos mais importantes da experiência da gravidez, parto e puerpério. Houve uma concordância quase total a respeito dos seguintes aspectos que parecem configurar importantes marcos dos processos relativos à gravidez e ao parto: saber que está grávida, dizer que está grávida, sentir os movimentos do bebé, comprar roupas de grávida, realizar exames pré-natais e receber os resultados dos mesmos, frequentar aulas de preparação para o parto, ruptura das membranas e ver o bebé pela primeira vez (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Apesar de a experiência de parto em si ser extremamente importante e interferir significativamente com o funcionamento emocional das mães e o estabelecimento da relação com o bebé, este é um momento, que não parece ser espontaneamente evocado como relevante (Figueiredo, et al., 2002).

Vemos assim a gravidez e puerpério como fases de desenvolvimento, um momento de crise desenvolvimental, que requer da parte da mulher uma intensa reorganização não apenas a nível físico, mas também a nível psicológico, relacional, familiar e social. Embora sejam realidades biológicas, ultrapassam em muito esse plano. A maternidade é um acontecimento social, na medida em que as representações que cada mulher tem dessa experiência dependem largamente dos conceitos vigentes na cultura que partilha. Expusemos muito sucintamente algumas das tarefas que devem ser enfrentadas durante esse período, salientando em particular a reorganização em termos familiares, quer com a família de origem, quer com o cônjuge.

Veremos adiante como a vivência da gravidez e da maternidade assume contornos distintos durante a adolescência e os desafios que a concomitância destes dois períodos de intenso desenvolvimento acarreta para a jovem mãe.

### **2.3. - Maternidade na Adolescência**

Os factores de índole sócio-cultural afectam o modo como encaramos a gravidez e a maternidade na adolescência. Para ilustrar esse facto, basta recuar duas gerações e pensar no modo com o mesmo acontecimento era visto. Certamente que muitas das nossas avós e bisavós terão sido mães antes dos 20 anos, o que, na altura, não era

encarado como um problema, mas antes como um comportamento normativo e esperado. O mesmo continua a ser verdade, hoje em dia, no seio de alguns grupos populacionais, nomeadamente de etnia cigana (Lourenço, 1998).

Muito embora sempre tenha havido jovens a dar à luz, só recentemente esse facto obteve a preocupação da maior parte da sociedade. Segundo Lourenço (1998) a inquietação em torno da gravidez adolescente relaciona-se com diversos factores: 1) o facto da maternidade adolescente, na actualidade, ocorrer muitas vezes fora do casamento ou de uma relação estável; 2) o facto de as adolescentes que levam a gravidez a termo pertencerem maioritariamente a níveis socio-económicos carenciados; 3) as mudanças sociais, que tornaram relevante que as mulheres tenham acesso a uma qualificação escolar mais vasta e a um mercado de trabalho competitivo e 4) o combate em termos de saúde pública da morbilidade e mortalidade.

A gravidez na adolescência ganhou, assim, visibilidade nas sociedades industrializadas, onde configura um problema social, uma vez que se associa à baixa escolaridade, desemprego ou precariedade do emprego e pobreza, além de ser maioritariamente não planeada e pré conjugal (Amazarray, et al., 1998; Canavarro & Pereira, 2001). A gravidez na adolescência passou, assim, a ser encarada como um acontecimento não esperado e que coloca problemas à fase de preparação para a vida adulta (Pereira, Canavarro, Mendonça & Cardoso, 2002).

No presente capítulo, exploraremos os aspectos culturais que enquadram a gravidez e maternidade na adolescência, as consequências físicas e psicossociais desse acontecimento, quer para a mãe quer para o bebé e os factores de risco identificados na literatura a esta situação. Posteriormente, será dada atenção à relevância do apoio social e à percepção do estado de saúde.

### **2.3.1. - Aspectos culturais associados à maternidade na adolescência**

Existe uma crença generalizada de que a gravidez na adolescência está a aumentar e que é necessário agir para contrariar esta tendência (Arai, 2003).

Os estudos realizados sobre a gravidez na adolescência tendem a apresentá-la como uma epidemia, causada pela desinformação. No entanto, essa visão pode ser demasiado simplista (Arai, 2003).

A maternidade na adolescência associa-se habitualmente a indivíduos e comunidades socialmente excluídas. Não podemos esquecer que essas comunidades possuem normas de comportamento diferentes das encontradas em outros grupos – os padrões que definem o sucesso, as concepções de maternidade e as identidades culturais não são homogéneas. Ser mãe precocemente pode fazer sentido por razões económicas e culturais, em alguns grupos o que deve ser tido em conta ao avaliar o impacto da gravidez no percurso desenvolvimental das jovens (Arai, 2003).

Geronimus (2003) refere-se às normas relativas à idade certa para a reprodução no contexto de duas culturas norte americanas polarizadas: a dos “brancos endinheirados” e a dos “negros em situação de pobreza”. Considera que as normas relativas ao tempo certo para ter filhos são adaptativas numa e noutra cultura. Entre as populações negras e carenciadas é aceite ou esperado que as jovens entre o meio da adolescência e os 20 anos tenham filhos e a lógica familiar não é a nuclear, mas sim a de uma rede de cuidados alargada. Mesmo nesses ambientes culturais, os jovens que possuem a capacidade de aspirar a uma mobilidade social ascendente, têm projectos de vida nos quais a maternidade precoce não se enquadra. Esta, no entanto, relaciona-se com melhores resultados, quer em termos de saúde quer desenvolvimentais, entre os jovens para quem uma carreira escolar prolongada não é uma possibilidade: neste grupo, a esperança média de vida é inferior, a possibilidade de viuvez é real (devido à doença e ao crime) e é necessário contar com uma rede alargada de familiares ainda saudáveis para apoiar o esforço de educação de uma criança.

No entanto, entre os americanos de origem europeia, o mesmo autor (Geronimus, 2003) reconhece a justeza da regra de adiamento do nascimento do primeiro filho, que permite o acesso a uma escolaridade mais prolongada, a melhores posições laborais e à possibilidade de criar a criança de forma independente, no seio de uma família nuclear (sem necessitar de apoio de familiares afastados ou da comunidade), o que é valorizado e possível entre esse grupo. Chama assim à atenção para a necessidade de compreender de forma contextualizada a gravidez entre os adolescentes, sem uma pretensão hegemónica subjacente às normas da cultura dominante.

Assim, não pretendemos partir do pressuposto que a gravidez e a maternidade constitui sempre e por si só uma condição de desvantagem psicossocial e médica, mas antes propomos uma abordagem sensível às questões culturais. É assim importante discernir se a maternidade na faixa etária considerada é ou não uma experiência

normativa na comunidade de origem da jovem, tendo em atenção que em alguns meios, este acontecimento é socialmente apoiado e culturalmente valorizado (Figueiredo, 2000).

A dissertação de Cabral (2002) versa, não sobre a maternidade, mas sim sobre a paternidade adolescente, em jovens oriundos de uma favela do Rio de Janeiro. O seu estudo, de natureza qualitativa, põe em relevo a existência de diferentes trajectórias, nas quais a gravidez na adolescência assumia diferentes significados. Assim, se bem que existissem casos de gravidez não assumidos nem desejados, em muitos outros, a gravidez foi desejada, bem aceite, ou até mesmo planeada. A paternidade é interpretada, não apenas como uma evidência de virilidade e masculinidade, mas como um marcador que permite um acesso mais rápido à idade adulta e à assunção de um papel masculino de provedor responsável. Assim, a paternidade joga um papel importante, não apenas na obtenção ou consolidação de uma identidade adulta, mas também de uma identidade masculina.

Em muitos dos casos estudados por Cabral (2002), o grupo de pares mostra-se imediatamente favorável à paternidade, que é assumida e procurada como meio de ascensão do estatuto no interior do grupo, em que muitos são já pais. Na sua amostra, o abandono escolar era a regra; no entanto, nem todos os casos de abandono eram posteriores à gravidez - muitas vezes, os jovens abandonavam a escola por vontade ou necessidade de trabalhar, como forma de acesso aos bens de consumo que os seus pais não podiam oferecer-lhes, ou como marcador de acesso a um estatuto adulto e masculino valorizado - o de trabalhador e provedor, antes mesmo de existir um filho a quem sustentar. São, assim, frequentemente assinalados aspectos quer disruptivos, quer estabilizadores para o significado da paternidade na trajectória do jovem, contidos nas referências à maturidade e responsabilização, mas também às perdas em termos de sociabilidade e convívio com os pares.

Muitos dos jovens pais evidenciaram ideias erradas em relação à contracepção, delegando frequentemente essa responsabilidade sobre as suas parceiras. Os seus discursos são perpassados pelo mito da incontrolabilidade da sexualidade masculina, bem como da incapacidade de prever consequências, características da adolescência (Cabral, 2002).

No entanto a diferença de género como o estudo de Cabral, e a própria diferença em termos culturais tornem difícil a transposição dos seus dados para a realidade em estudo na presente dissertação: a de jovens mães portuguesas. Monteiro (2005)

centrando-se na realidade portuguesa, refere-se à maternidade como um marco essencial na identidade feminina: Ela [maternidade] é uma forma de aceder a uma identidade feminina adulta e valorizada de pessoa que ama, cuida e é responsável. A maternidade, pela ética de responsabilidade moral que encerra, fornece um critério cultural de definição e alcance da maturidade (p.61). A realidade apontada por Monteiro apresenta fortes paralelismos com a apresentada por Cabral (2002) – a maternidade/paternidade permite o acesso a uma identidade adulta, e a uma identidade de género socialmente valorizadas.

Um outro estudo realizado em três cidades do Brasil revelou que as variáveis classe social e sexo não podem dissociar-se da análise do impacto da gravidez adolescente. As jovens das classes médias são aquelas que melhor representam o padrão descrito na literatura – a gravidez na adolescência introduz uma pausa ou até mesmo o abandono das suas carreiras escolares, que até então decorriam de modo linear. Regra geral, estas jovens não ingressam precocemente no mercado de trabalho, uma vez que contam com o apoio financeiro dos pais. Nas jovens de nível socioeconómico baixo, a trajectória escolar é atravessada por numerosas discontinuidades, quer entre as jovens mães, quer entre aquelas que não são mães – a maternidade na adolescência não parece assim ser um factor determinante nas suas trajectórias. Entre os jovens do sexo masculino, a paternidade adolescente não introduz grandes alterações nas trajectórias escolares e profissionais – no caso dos jovens e classe média não há interrupção dos percursos escolares ou profissionais na grande maioria dos casos, recaindo o peso financeiro dos cuidados da criança sobre os avós. (Heiborn et al., 2002).

A maior parte das adolescentes não planeia a sua gravidez, pelo que a sua constatação é recebida com surpresa pela jovem e pela sua família. As reacções mais comuns das jovens a esta notícia passam pela surpresa, perplexidade, arrependimento e desespero (e inclusive à ponderação de um aborto), mas podem também ser de conformação, ao passo que a reacção dos seus familiares e companheiros varia muito, podendo ir desde o apoio à desaprovação (Amazarray, 1998). Existe, no entanto uma percentagem de gravidezes planeadas, quer nos casos em que a jovem está casada (Benson, 2004), quer quando equaciona a gravidez como um meio de escapar a uma situação familiar ou económica desfavorecida (Martín & Jiménez, 2001). As adolescentes que planeiam engravidar, ou não encaram esta perspectiva como problemática, podem ver a gravidez como um meio de atingir um estatuto adulto, obter um objectivo para a sua vida, ter alguém a quem amar ou aumentar o grau de

compromisso com o parceiro (Unger et al., 2000), mudar o seu estauto dentro da família para obter maior independência, demonstrar uma atitude de rebeldia face à família, provar a sua fertilidade, ou libertar-se de um ambiente familiar abusivo (Amazarray, 1998).

Para algumas jovens, os benefícios percebidos de ter um filho durante a adolescência ultrapassam as consequências negativas; essa situação é mais frequente entre aquelas que têm baixas expectativas educacionais, baixa monitorização por parte dos pais e que querem ter um maior número de filhos. As jovens que têm uma percepção mais positiva das consequências da maternidade na adolescência apresentam também maior probabilidade de ter relações sexuais não protegidas (Unger et al., 2000).

### **2.3.2. - Consequências da Maternidade na Adolescência**

Têm sido identificadas diversas consequências, quer a nível médico/físico, quer psicossocial da gravidez e maternidade na adolescência, que de seguida serão analisadas em maior profundidade. Não obstante, os estudos empíricos têm retratado esta problemática de modo muito heterogéneo (Figueiredo, 2000; et al., 2002). Assim, perante a gravidez e maternidade na adolescência, que como veremos representa uma crise desenvolvimental dupla, diferentes jovens, em diferentes contextos e condições, terão provavelmente resultados desenvolvimentais diversos. Embora haja muitas consequências adversas possíveis, quer para a mãe, quer para o bebé, elas devem ser analisadas tendo em conta outros factores com impacto sobre o risco (tais como a etnia, estatuto marital, ou o nível sócio-económico) e não perdendo de vista que algumas mães adolescentes podem ser capazes de lidar com sucesso com a situação (Figueiredo, 2000).

#### **2.3.2.1. - Consequências Físicas**

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco devido às repercussões sobre a saúde da mãe (cujo corpo ainda não está adequadamente preparado para a maternidade) e do bebé (que sofre a influência da imaturidade física e psíquica da mãe).

Os dados do (INE) de 2004 confirmam uma prevalência mais importante de baixo peso à nascença entre as mães adolescentes portuguesas, ainda que essa diferença seja diminuta, mesmo quando comparada com uma faixa etária (25-29 anos) considerada pelo senso comum como muito favorável para a maternidade (Quadro 3).

Quadro 3. Número e percentagem de bebés nascidos com baixo peso, por idade da mãe. (Adaptado de Instituto Nacional de Estatística, 2004).

<b>Idade Materna</b>	<b>% total de nascimentos na mesma faixa etária</b>
<15	8.33%
15-19	8.37%
<b>Total</b>	6,65%
25-29	7,08%

Existe referência na literatura a numerosos riscos físicos que se associam à gravidez na adolescência: iniciar gravidez com maus hábitos de saúde, que nem sempre são corrigidos durante a mesma; receber poucos cuidados pré-natais; morbilidade gestacional, nomeadamente aumento de peso excessivo; pré clampsia; eclampsia; desproporção cefalo-pélvica; parto prematuro; cesariana e complicações durante o parto e até mesmo maior mortalidade neo-natal. Há numerosas referências à maior incidência de complicações durante a gravidez e de nascimento de bebés com baixo peso (<2500kg) e muito baixo peso (<1500gr) (Benson, 2004; Grady & Bloom, 2004; Figueiredo, 2000; Miller, 2000; Unger et al., 2000).

Os riscos acrescidos de morbilidade e mortalidade que se registam entre as mães adolescentes podem, no entanto, não advir directamente da idade da mãe, mas sim resultar do facto de a gravidez na adolescência ser um marcador de factores sócio-demográficos como a pobreza, baixo nível educativo, cuidados pré-natais insuficientes, e ausência de uma relação estável; esses sim, responsáveis por resultados adversos em termos de saúde em qualquer idade (Jiménez et al., 2000; Roque, 2001; Amazarray, 1998).

É comum que este grupo não receba assistência pré-natal ou a receba apenas tardiamente, o que se relaciona com o baixo nível sócio-cultural e com o desconhecimento, por parte da jovem, das alterações da gravidez. Muitas vezes, a jovem ignora, nega, ou esconde, pelo maior período de tempo que lhe é possível, a sua gravidez, o que coloca em risco quer a sua vida, quer a do feto (Lourenço, 1998;

Amazarray et al., 1998). Essa asserção encontra apoio na investigação realizada em Portugal por Ventura et al. (Lourenço, 1998) que permitiu constatar que entre 1985 e 1989, 26.5% das mães adolescentes atendidas na maternidade Bissaya Barreto não tiveram qualquer acompanhamento durante a gravidez.

A adolescência e a gestação são as duas fases de crescimento mais rápido no ser humano, pelo que a sua coincidência temporal será fonte de exigência para o corpo em formação da jovem. A gestação afecta o desenvolvimento estatural e ponderal da adolescente, devido às alterações metabólicas e nutritivas que provoca, sobretudo se coincide com o momento do salto do crescimento (Almeida, 1987).

Os problemas de imagem corporal presentes em muitas adolescentes contribuem para que estas se alimentem de modo inadequado durante a gravidez, o que aumenta o risco de toxemia, anemia, precocidade e baixo peso à nascença (Lourenço, 1998).

As complicações com o parto não estão aumentadas quando se tem em conta factores como o apoio pré-natal e o estado de saúde da mãe, no entanto o baixo peso à nascença é a principal causa da morbidade e mortalidade infantil (Grady & Bloom, 2004). Também Justo defende que a gravidez na adolescência pode ser saudável, sempre que enquadrada pelo apoio de uma família participante e por cuidados de saúde adequados (1998).

Na província de Cádiz, cerca de 50% das adolescentes grávidas interromperam voluntariamente a gravidez (Jiménez et al., 2000). Dados relativos ao Reino Unido (Woodward, 1995) apontam para uma percentagem semelhante de abortos nessa faixa etária. Podemos apenas especular sobre a percentagem de abortos que ocorrerá na mesma faixa etária em Portugal, uma vez que o aborto era ilegal no nosso país. No entanto temos que considerar a possibilidade de este ser uma realidade relativamente frequente, ainda que possa ser menos expressiva que nesses países. Sem pretender abordar em profundidade essa temática, é inevitável reflectir sobre os riscos, quer para a saúde e vida das jovens, quer em termos da perda de vida humanas que tal situação acarreta.

Actualmente, considera-se que os riscos acarretados por uma gravidez adolescente são mais significativos social e emocionalmente do que biologicamente, quer para a mãe quer para o bebé. Jimenez et al. (2000) conduziram uma investigação em Cádiz, na Andaluzia, na qual compararam uma amostra de 305 mães adolescentes de idade entre os 15 e os 19 anos e de 208 mães com 20 ou mais anos. Recolheram dados relativos a características sociodemográficas, gravidez e nascimento, apoio familiar e social,

evolução da saúde da criança, e cuidados maternos. Não encontraram diferenças em termos de acompanhamento médico durante a gravidez, da saúde do recém-nascido ou do parto, apesar de fazerem referência a dados da literatura que apontam para uma maior frequência de partos distócitos e para um início tardio do acompanhamento médico (1ª consulta já no 2º trimestre). As mães adolescentes amamentavam mais e consumiam menos tóxicos (álcool, drogas ilícitas e tabaco) durante a gravidez do que as adultas. Em termos sociais, no entanto, era maior o número de mães adolescentes solteiras, a viver com os seus pais, desempregadas e que abandonaram os estudos. Este estudo, numa realidade mais semelhante à nacional do que aqueles que se reportam a populações anglo-saxónicas, refere-se assim à gravidez na adolescência, mais como um risco psicossocial do que biológico.

### **2.3.2.2 Repetição da Gravidez**

As consequências da gravidez adolescente são, já de si, suficientemente graves, agravando-se mais ainda quando a gravidez adolescente se repete, situação bastante frequente (Adams, McAnarney, Panzarine & Tuttle, 1990; Alan Guttmacher Institute, 1981; Polit & Kahn, 1986; Voydanoff & Donnelly, 1990). Por exemplo, Adams et al. (1990) deduziram, da sua revisão da literatura, que entre 30% e 58% das raparigas engravidam novamente nos dois anos seguintes à primeira gravidez. Os mesmos autores, num estudo realizado com 43 mães adolescentes, constataram que, passados dois anos, 53% haviam repetido a gravidez não planeada, 5% delas duas vezes. As consequências parecem ser muito mais graves nas segundas do que nas primeiras gravidezes: o risco de mortalidade peri-natal é maior e os problemas sociais relacionados com o sucesso académico, o bem-estar económico, a estabilidade marital e a dependência dos serviços sociais tendem a intensificar-se (Adams et al., 1990). Pode acontecer inclusive que o problema da reincidência na gravidez não desejada se repita através das gerações. Cervera (1991), num estudo realizado com 15 famílias com uma adolescente grávida constatou que 80% dos pais afirmaram que tinham um irmão ou pai que havia vivido a experiência duma gravidez não desejada.

### 2.3.2.3 - Consequências Psicossociais

A gravidez acarreta mudanças importantes a nível físico, emocional e social, cujo impacto é ampliado, no caso da gravidez adolescente, pelos recursos limitados de que estas geralmente dispõem a nível económico, de experiência de vida, educação, emprego, oportunidades e competências interpessoais (Benson, 2004).

Enquanto qualquer adolescente tem que enfrentar as mudanças físicas, psicológicas, e sociais do desenvolvimento adolescente, a adolescente grávida tem, simultaneamente, que se adaptar às mudanças físicas e emocionais que acompanham a gravidez, estabelecer uma relação com o feto e desenvolver a sua identidade enquanto mãe. A gravidez pode, assim, interferir com as tarefas desenvolvimentais da adolescência (Grady & Blomm, 2004), uma vez que as mães e pais adolescentes enfrentam uma “crise desenvolvimental dupla” (Letourneau et al, 2004,p.515; Pereira, et al., 2002). Esta crise desenvolvimental requer da parte da adolescente adaptações e transformações que, dependendo das suas circunstâncias, podem conduzir a uma maior vulnerabilidade e a um estado de desequilíbrio (Pereira, et al., 2002).

Devemos entender o termo “crise” como período de transição inesperado ou inerente ao desenvolvimento; as crises são precipitadas por mudanças internas ou externas, tendo como principal característica o facto de constituírem uma encruzilhada para a saúde mental. Uma crise representa um período de transição, que para além de poder estar associada a riscos para a saúde mental, também pode permitir o acesso a níveis mais complexos de funcionamento. Ora, as tarefas de desenvolvimento necessárias à resolução da crise inerente à gravidez interferem com a resolução de tarefas inerentes à adolescência, nomeadamente, no que diz respeito à exploração, às relações com os pares, às relações amorosas, à identidade sexual, às decisões relacionadas com a escola e a carreira e ainda com os processos de autonomia (Canavarro& Pereira, 2001).

Assim, nas mães adolescentes, a transição da infância para a idade adulta condensa-se no espaço de nove meses e decorre ao mesmo tempo que a transição para a maternidade, o que implica um movimento de expectativas sociais do individual para o colectivo. Embora esta transição seja normal, ocorre fora do tempo socialmente “prescrito”, perdendo naturalidade (Whitehead, 2001). Nesse sentido, a gestante adolescente merece toda a atenção dos profissionais de saúde com o intuito de amenizar as dificuldades deste período. Os perigos biopsicossociais associados à gravidez na

adolescência justificam a pertinência de estudar a fundo essa problemática, no sentido de garantir estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes e ajustadas (Whitehead, 2001).

Mesmo nos dias de hoje, em que as mentalidades têm sofrido grandes alterações no que concerne à maternidade fora do casamento, muitas mães adolescentes sentem-se estigmatizadas socialmente. O adolescente que se sente estigmatizado possui, ou julga possuir, características que são desvalorizadas no seu meio de pertença. A estigmatização pode estar na origem do abandono da escola, associando-se a outros resultados indesejados, como a depressão, o isolamento social, baixa auto-estima e baixos resultados escolares. Num estudo conduzido por Wiemann et al., 2005 com 1028 jovens mães de idade até aos 18 anos, de várias etnias, realizado no Texas, entre 1993 e 1996, concluindo que 2/5 das adolescentes se sentiam estigmatizadas, proporção essa que era ainda mais significativa entre as adolescentes caucasianas. As adolescentes que não abandonaram os estudos, aspirando a terminar os estudos universitários estavam em maior risco de estigma e apresentavam menor auto-estima, talvez devido a uma maior visibilidade social da sua situação. As adolescentes estigmatizadas relatavam com maior frequência sentir-se isoladas do grupo de pares; este isolamento e a sensação de solidão são fontes importantes de stress, que se relacionam com a perda da flexibilidade de horários de que os jovens dispõem, devido à necessidade de cuidar do filho (Wiemann et al., 2005).

Não só a maternidade adolescente, nas sociedades ocidentais, traz consigo algum nível de estigma, mas a intensidade desse estigma depende dos valores sociais vigentes em cada sociedade ou sub-grupo, e por sua vez, influencia directamente o grau de sofrimento emocional e psicológico, e indirectamente, as redes sociais de apoio disponíveis (Whitehead, 2001).

Em Portugal, em 2004 as mães adolescentes, quando comparadas com a totalidade das mães, apresentam níveis de escolaridade mais baixos, e uma situação de emprego mais desfavorável, com apenas 24.5% de jovens mães empregadas, em comparação com 71,7% da totalidade das mães (INE, 2005). Estes valores não implicam, no entanto, que esta situação não venha a sofrer alterações ao longo da vida da jovem, que pode continuar o seu percurso formativo e ingressar no mercado de trabalho. Lourenço (1998) salienta esta relação entre a maternidade na adolescência e um nível socio-económico e cultural baixo, situação essa que não tem revelado alterações

significativas. O baixo nível socio-económico chega a ser considerado um factor de risco especialmente importante para a gravidez na adolescência.

Ao analisar os problemas de índole psicossocial, devemos ter em mente que estes podem ser causados pela gravidez e maternidade, ou precedê-la (Letourneau et al., 2004), havendo possivelmente uma causalidade circular. Apresentam-se de seguida algumas consequências psicossociais que têm sido associadas com a maternidade adolescente:

**Problemas económicos e sociais** – As mães adolescentes têm maior probabilidade do que as que foram mães mais tarde de não ter domicílio próprio (Jiménez et. al., 2000; Letourneau et al., 2004), não ser financeiramente independentes ou mesmo viver na pobreza (Berry et al., 2000; Figueiredo, 2000; Griffiths et al., 2005; Jiménez et. al., 2000; Letourneau et al., 2004; Miller, 2000; Roye & Balk, 1996; Unger et al., 2000), ter poucas oportunidades de emprego (Figueiredo, 2000; Unger et al., 2000), estar desempregadas (Figueiredo, 2000; Letourneau et al., 2004; Woodward, 1995), e menor probabilidade viver em comunidades seguras (Letourneau et al., 2004). Tendem também a receber menos apoio social do que as mães adultas (Letourneau et al., 2004), viver em isolamento social (Griffiths et al., 2005), tendem a casar mais tarde do que as jovens que não foram mães (Miller, 2000) e encontram-se numa situação de risco acrescido de serem vítimas de violência, quer física, quer psicológica (Benson, 2004).

#### **Problemas Educacionais:**

As mães adolescentes têm maior probabilidade de interromper a educação, não a completando (Berry et al., 2000; Figueiredo, 2000; Griffiths et al., 2005; Jimenez et al., 2000; Letourneau et al., 2004; Menezes, 1990; Miller, 2000; Roye & Balk, 1996; Wienann et al., 2005; Woodward, 1995), e obter um menor sucesso escolar (Benson, 2004; Menezes, 1990; Unger et al., 2000), o que traz consequências laborais e económicas.

#### **Problemas Familiares:**

A gravidez na adolescência pode introduzir uma interrupção da homeostase do sistema familiar, que, por sua vez, pode conduzir a uma disfunção familiar, com consequências ao nível do apoio recebido pela adolescente (Martin, 2001). Letourneau

(2004) refere-se também a um aumento na instabilidade familiar em consequência da gravidez adolescente. Durante uma gravidez na adolescência há geralmente uma menor qualidade da relação com os pais, embora o sistema familiar tenda a uma maior coesão (Benson, 2004).

Há ainda referência a mudanças negativas na relação da jovem com o pai da criança em resultado da gravidez (Amazarray, et al., 1998; Wiemann et al., 2005). As mães adolescentes têm maior probabilidade de serem as únicas responsáveis pelo seu agregado familiar, quer porque muitas são mães fora do casamento, quer ainda porque apresentam uma elevada taxa de divórcio (Berry et al., 2000; Figueiredo, 2000).

### **Problemas Psicológicos:**

Diversos problemas psicológicos na jovem são referidos na literatura como sendo consequência da gravidez durante a adolescência. Esses problemas incluem perturbações de humor, nomeadamente uma incidência aumentada de depressão pós-parto (Figueiredo, 2000; Jesse, et al., 2005; Unger et al., 2000; Wiemann et al., 2005), dificuldade em confiar, difusão da identidade e baixa auto-estima (Letourneau et al., 2004). Outros problemas que têm impacto sobre o estado psicológico da jovem prendem-se com a menor autonomia e o elevado stress a que a jovem fica sujeita (Letourneau et al., 2004). Estas jovens encontram-se ainda em maior risco de sofrer abuso verbal ou físico no seio da família ou por parte do parceiro (Wiemann et al., 2005), o que constitui uma fonte adicional de stress. Veremos de seguida de que maneira a experiência de uma gravidez e maternidade durante a adolescência pode ser uma transição indutora de stress.

Qualquer experiência de transição acarreta sempre um certo grau de desconforto, uma vez que provoca uma descontinuidade com a experiência anterior e requer da parte do indivíduo mudanças a nível pessoal e comportamental (Moreira & Melo, 2005).

A transição é simultaneamente um momento de risco para a adaptação e uma oportunidade de desenvolvimento. A adaptação à transição depende das características da transição, do indivíduo e do ambiente pré e pós transição (Moreira & Melo, 2005).

A nível contextual, os sistemas de apoio interpessoal – familiar, de relações íntimas e rede de amigos – e de apoio institucional revestem-se da maior importância para a promoção do ajustamento da jovem mãe. No entanto, este apoio nem sempre está presente, na medida em que na generalidade dos casos, a maternidade na adolescência acarreta alterações nas relações familiares, com o companheiro e com o grupo de pares.

A experiência de gravidez e de maternidade na adolescência pode ser, para a maioria das jovens, uma transição que, para ser enfrentada de modo bem sucedido, requer a mobilização de todos os seus recursos, com ênfase nos recursos sociais. Em suma o quadro a seguir exposto apresenta sucintamente as consequências para a rapariga a nível orgânico, psicológico, social, económico e educativo a curto, médio e longo prazo.

Quadro 4 – Consequências para a rapariga (adaptado de Roque, 2003)

	Iniciais	Curto prazo	Médio e longo prazo
<b>Orgânicas</b>		Decisão de Abortar Infecções, hemorragias, perfurações uterinas, morte	Decisão de ter o filho Anemias, complicações no parto e pós-parto
<b>Psicológicas</b>	Stress, ansiedade, medo	Tristeza, perda, culpabilidade	Stress, depressão, baixa auto-estima, suicídio
<b>Sociais. Económicas e educativas</b>		Rejeição social se se conhece o facto	Fracasso matrimonial, baixo rendimento e insucesso escolar, penúria económica, dificuldades de emancipação, repetição da gravidez

### Consequências da maternidade adolescente para o bebé

Muitas destas desvantagens psicossociais que se associam com a gravidez e maternidade adolescente, nomeadamente o baixo nível sócio económico e educativo, a monoparentalidade e a falta de apoio social, podem comprometer a capacidade da jovem enquanto mãe, com consequências negativas sobre o desenvolvimento do seu filho. Nomeadamente, as mães adolescentes tem maior probabilidade de estar deprimidas, de ter menor disponibilidade emocional, de iniciar menos interações verbais com os seus filhos, de mostrar menos afecto positivo, tendem a ser mais punitivas com as crianças, tem maior probabilidade de serem abusivas ou negligentes, percebem o temperamento das crianças como mais difícil e possuem menor conhecimento sobre o desenvolvimento infantil (Figueiredo, 2000; Letourneau et al., 2004). Os filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de não viver com o pai, viver em ambientes que estimulam menos o desenvolvimento cognitivo e receber menos apoio emocional (Miller, 2000).

A qualidade da interação mãe-bebê pode estar prejudicada entre as adolescentes, na medida em que as mães adolescentes estão menos preparadas do ponto de vista cognitivo para o papel parental do que as mães adultas, apresentando mais expectativas irrealistas a respeito da criança. São tendencialmente menos sensíveis às necessidades do bebê e estimulam menos as competências verbais da criança. Nos casos em que as mães se encontram deprimidas, a interação torna-se ainda mais inadequada. No entanto, a qualidade da conduta interactiva parece estar mais condicionada pela rede de apoio e pelas circunstâncias de vida da mãe do que com a sua idade (Figueiredo, 2000).

Os filhos de mães adolescentes apresentam maiores dificuldades desenvolvimentais, sócio-emocionais, cognitivas, problemas comportamentais, dificuldades escolares e problemas nas relações com os pares. Esses efeitos esbatem-se nas crianças oriundas de meios mais estimulantes, cujas mães têm melhor nível educacional e recebem mais apoio social, com pais presentes, menos irmãos, e que vivem em zonas menos problemáticas (Figueiredo, 2000; Letourneau et al., 2004). Os dados estatísticos nacionais, ao porem em relevo a existência de uma maioria de mães adolescentes com uma situação educacional desfavorável e numerosos casos de múltiparas, fazem pensar que muitas crianças podem não beneficiar desses factores amortecedores (Figueiredo, 2000; Letourneau et al., 2004).

Estas crianças filhas de mães adolescentes têm ainda maior probabilidade de fugir de casa, sofrer abuso físico, negligência ou abandono. Em média, têm menor sucesso escolar e maior tendência para abandonar a escola, pelo que apresentam níveis educativos mais baixos, mais desemprego, e maior probabilidade de se envolverem em actividades criminosas. As filhas de mães adolescentes têm ainda 83% mais probabilidade de serem mães antes dos 18 anos perpetuando assim o ciclo de desvantagem social (Miller, 2000). O quadro 5 apresenta resumidamente as consequências para a criança, filho de mães adolescentes.

Quadro 5 – Consequências para o filho (adaptado de Roque, 2003)

	<b>Iniciais (parto e pós-parto)</b>	<b>Infância</b>	<b>Adolescência</b>
<b>Orgânicas</b>	Prematuridade, baixo peso, maior mortalidade	Problemas de saúde, maus-tratos físicos	
<b>Psicológicas</b>	Menos cuidados físicos e psicológicos	Problemas de vinculação afectiva, abuso sexual, maltrato, negligência, problemas de comportamento	Primeiro coito em idade mais jovem, comportamento anti-social, gravidez não desejada
<b>Sociais, económicas e educativas</b>	Poucos recursos, rejeição	Falta de recursos, insucesso escolar	Comportamento anti-social, problemas com a lei

### 2.3.3 - Factores de risco para a gravidez na adolescência

Os factores de risco são os atributos ou características individuais, condições situacionais ou contextos que propiciam o desenvolvimento de uma condição (Moreira & Melo, 2005).

Os factores de risco indicados na literatura para a gravidez na adolescência são de várias ordens biológica, psicológica, familiar, social e cultural. Uma situação biopsicosocial complexa como esta deve ser analisada por múltiplos pontos de vista e tendo em conta a sua etiologia multicausal.

O Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), antes analisado, propõe uma abordagem dos fenómenos na sua complexidade, preconizando uma perspectiva que não se foque exclusivamente no sujeito individual, mas nos vários contextos em que este se insere e na forma como estes interagem entre si. Uma problemática com a complexidade da gravidez e maternidade na adolescência deve ser analisada tendo em conta esses múltiplos contextos.

Regra geral, um factor de risco isolado tem um poder preditivo reduzido – vários factores associados são responsáveis pelo aparecimento de uma dada condição. Aplicam-se os princípios da multifinalidade – o mesmo factor pode conduzir a diferentes resultados – e da equifinalidade – diferentes vias podem levar a um mesmo resultado. Assim, a mera ausência de um factor de risco não garante a ausência de risco, e a presença conjunta de vários factores de risco tem um efeito sinérgico, aumentando o risco de modo exponencial (Moreira & Melo, 2005). Factores pertencentes a diferentes

níveis de análise contribuem de forma independente para a discriminação das jovens grávidas e sem história de gravidez (Pereira, et al., 2002).

Passa-se a anunciar alguns desses factores de risco, divididos apenas por uma questão de sistematização, uma vez que os factores biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais estão em permanente interacção e se determinam mutuamente.

### **Factores essencialmente biológicos:**

Alguns autores referem uma redução da idade da menarca como factor de risco para a gravidez na adolescência (Jiménez et al., 2000). Este dado associa-se com o hiato entre o desenvolvimento físico e o cognitivo que tem sido apontado como explicativo dessa ocorrência (Woodward, 1995). As jovens que atingem a maturidade física mais precocemente serão mais imaturas e, portanto, mais vulneráveis. Surge, ainda, na literatura a asserção de que as jovens que engravidam podem ter maior fertilidade – isto é, muitas jovens sexualmente activas e inconscientes em termos de contracepção nunca engravidam, pelo que aquelas que sujeitas ao mesmo risco engravidam, por vezes mais do que uma vez, podem ser biologicamente mais férteis do que a média (Kelley et al., 2005).

A irregularidade inicial dos ciclos menstruais e da ovulação pode também contribuir para a ilusão de que as jovens não estão capazes de engravidar, além de tornar pouco fiável qualquer método contraceptivo baseado no ritmo (Amazarray et al., 1998).

### **Factores essencialmente psicológicos:**

Vários factores relacionados com o desenvolvimento cognitivo, nomeadamente a ausência de planeamento prévio quanto às relações sexuais e ausência de consciência da possibilidade de engravidar como real, associadas às características do pensamento adolescente anteriormente descritas, têm sido relacionados com o risco de gravidez na adolescência (Kelley et al., 2005; Woodward, 1995).

Elkind (1982) refere-se ao impacto das características do pensamento adolescente sobre o risco de engravidar. “... Muitas jovens engravidam, ao menos em parte, porque as suas fábulas pessoais as convencem de que a gravidez irá acontecer apenas aos outros, mas nunca a elas, pelo que não necessito de tomar precauções”(p.388). Essa asserção é apoiada por investigações qualitativas como a de Amazarray et al. (1998), que analisou, através de uma metodologia fenomenológica, as entrevistas prestadas por seis adolescentes mães há pelo menos um ano. Uma das categorias temáticas

considerada na redução dos dados, «o engravidar» ilustra claramente esse fenómeno. Por exemplo, uma das entrevistadas afirma “ eu pensava que nunca ia acontecer isso a mim, era o que a gente pensava, o que a gente comentava: não vai acontecer comigo agora .”

Numa época em que o único comportamento considerado responsável é adiar a maternidade recorrendo à contraceção (Hanna, 2001), podemos esquecer que algumas jovens poderão engravidar de modo voluntário devido ao desejo de obter um estatuto social mais elevado através da maternidade, quando pertencem a enquadramentos sociais que valorizam a maternidade e em que faltam outros meios de conseguir reconhecimento (Cabral, 2002; Monteiro, 2005; Unger et al., 2000; Woodward, 1995), ou como meio para obter afecto, quando não o recebem da sua família ou de outras fontes (Hanna, 1991; Woodward, 1995). Outras podem ser indiferentes quanto à possibilidade de engravidar (Unger et al., 2000; Woodward, 1995).

Uma gravidez durante a adolescência pressupõe que a adolescente tenha uma vida sexual activa e que não tenha utilizado de modo eficaz o método contraceptivo seguro. Os adolescentes tendem a usar métodos contraceptivos de modo inconsciente, ou até mesmo a não os utilizar (Jimenez et al., 2000; Kelley et al., 2005; Woodward, 1995). A utilização eficaz de contraceptivos é um comportamento complexo, que requer, pelo menos, que a jovem conheça os métodos contraceptivos, preveja a possibilidade de ter uma relação sexual, adquira o contraceptivo, fale com o parceiro sobre a contraceção, e utilize o método de forma consistente. Basta que um destes aspectos seja posto em causa para que a utilização de contraceptivo não aconteça (Roque, 2001).

Muitos jovens têm poucos conhecimentos ou conhecimentos inexactos sobre contraceção, doenças sexualmente transmissíveis, sobre as relações ou sobre o que implica ser pai ou mãe (Griffiths et al., 2005; Menezes, 1990; Roque, 2001). O primeiro ano após o início da actividade sexual pode ser um período de risco aumentado de gravidez, precisamente porque é menos provável que as jovens tenham procurado obter informações sobre contraceção junto de fontes fidedignas, durante esse período (Amazarray et al., 1998).

Alguns adolescentes, embora possuam conhecimentos sobre contraceção, vêm obstáculos ao seu uso, nomeadamente o medo de serem descobertas pelos familiares- não assumem perante a família, ou até mesmo perante si mesmas, a sua sexualidade e a posse de contraceptivos seria a prova formal de vida sexual activa- a vergonha, a culpabilidade, o custo, o medo dos efeitos secundários, a inacessibilidade de consultas

médicas ou não conseguir usar o contraceptivo. As jovens que não têm uma orientação clara em relação ao futuro, são incapazes de planejar, podendo não sentir necessidade ou ser capazes de realizar contracepção (Hanna, 2001; Roque, 2001).

Em alguns casos soma-se a estes factores a dificuldade em dialogar com o parceiro sexual acerca da contracepção, devido a insuficientes competências sociais, de comunicação e de resolução de problemas (Amazarray, 1998; Roque, 2001). Vale a pena referir que uma capacidade de comunicação pouco desenvolvida e reduzida assertividade, são também factores que tornam a jovem mais vulnerável a aceitar ter um envolvimento sexual, que na realidade não deseja, ou preferir adiar (Amazarray, 1998; Roque, 2001).

A utilização de contraceptivos associa-se positivamente a factores como idade, experiência de relações sexuais, meio urbano, habilitações escolares mais elevadas e extracto social mais elevado. A baixa utilização de contraceptivos ficaria então a dever-se essencialmente à falta de informação, incapacidade de aceitar a sexualidade como parte integrante da sua auto-imagem e imaturidade cognitivo emocional (Menezes 1990).

As jovens que têm relações sexuais associadas ao consumo de álcool encontram-se também em condições de maior risco (Wiemann et al., 2005), bem como aquelas que abusam de substâncias ilegais (Berry et al., 2000; Hanna, 2001). Quanto mais precoce é o início do consumo de drogas, maior a probabilidade da jovem se tornar sexualmente activa. O uso de drogas ilegais relaciona-se quer com o início precoce da vida sexual, quer com a gravidez na adolescência, ao passo que o uso de drogas por via intravenosa se relaciona apenas com um maior risco de gravidez durante a adolescência (Anteghini et al., 2001).

Há uma maior probabilidade de engravidar entre as jovens com perturbação de comportamento. Por sua vez, estas jovens têm maior probabilidade de consumir drogas e consequentemente de ter mais complicações obstétricas (Figueiredo, 2000).

A história de abuso sexual e/ou físico tem sido relacionada com o início precoce da actividade sexual e com a gravidez durante a adolescência (Anteghini et al, 2001; Perkins & Jones, 2004).

Alguns autores referem-se a factores intrapsíquicos como a baixa auto-estima (Alpers, 1998; Berry et al, 2000; Wiemann et al, 2005), as reduzidas capacidades de resolução de problemas, as baixas aptidões sociais (Pereira, et al., 2002; Roque, 2001) e a depressão (Hanna, 2001), como factores de risco para esta situação. Embora a maior

parte dos estudos apontem o baixo auto-conceito, quer como factor etiológico, quer como consequência de uma gravidez na adolescência, Alpers (1998) apresenta um estudo em que encontra níveis mais elevados de auto-conceito nas mães adolescentes do que numa amostra padronizada, o que se explica, quer pela influência de normas sociais, quer pelo facto de a gravidez poder contribuir para um sentimento de valor pessoal. As jovens com baixas expectativas, isto é, que não têm perspectivas de emprego ou de educação, podem não ver qualquer motivo para não engravidar (Griffiths et al., 2005). Também as jovens que têm maior dificuldade em relacionar-se com os pares parecem estar em maior risco (Berry et al., 2000; Unger et al., 2000). Estas variáveis intrapsíquicas não deixam de estar profundamente situadas num contexto valorativo sócio-cultural, que não deve ser descurado na sua leitura.

Os resultados encontrados a nível de factores de risco individuais têm sido relativamente inconsistentes, o que pode dever-se às características dos diferentes instrumentos utilizados, à falta de controlo de algumas variáveis, nomeadamente as demográficas e às diferentes épocas e contextos da realização dos estudos (Pereira, et al., 2002).

### **Factores Essencialmente familiares:**

Vários autores referem-se a uma situação familiar instável ou conflituosa (Jimenez et al., 2000; Hanna, 2001; Woodward, 1995), com maior incidência de pais separados, divorciados ou que nunca casaram (Berry et al., 2000; Miller, 2000; Pereira et al., 2002), a ausência do pai (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004) ou de institucionalização precoce (Figueiredo et al., 2004) como podendo estar a montante da gravidez na adolescência. A proveniência de ambientes caóticos e a experiência de violência doméstica ou abuso sexual, têm sido relacionadas com a gravidez adolescente (Hanna, 2001).

As jovens oriundas de famílias com baixo nível educativo têm maior probabilidade de engravidar, o que pode ser explicado na medida em que pais com menores habilitações podem não ser capazes de promover o envolvimento das filhas com o meio escolar, o que as priva assim de um factor de protecção para a gravidez na adolescência. Também as jovens que pertencem a uma família numerosa se encontram em maior risco (Berry, 2000; Pereira et al., 2002). A falta de comunicação com os pais acerca de questões de natureza sexual e acerca de contraceptivos (Unger et al., 2000), um ambiente familiar marcado por um conflito e por stress, e uma baixa qualidade na

relação entre pais e filhas- nomeadamente, o suporte emocional mais reduzido por parte do pai e uma menor superprotecção por ambos os pais - estão associados a uma maior frequência de gravidez na adolescência. Pelo contrário, viver com uma família nuclear intacta parece ser um factor de protecção importante (Pereira et al., 2002).

A menor supervisão parental pode agir por diversas vias: por um lado, as jovens que crescem praticamente sozinhas estão mais expostas a influência da «cultura de rua» e, assim, à influência dos pares, por outro, a baixa supervisão coloca-as também em maior risco para o insucesso e abandono escolar, que são também factores de risco para a gravidez na adolescência. As jovens que recebem pouco apoio por parte da família poderão ver-se na necessidade de procurar esse apoio por intermédio de relações com elementos de outro sexo (Pereira et al., 2002).

As jovens cujas mães (Miller, 2000) ou irmãs foram mães adolescentes (Benson, 2004; Miller, 2000) têm, maior probabilidade de engravidar e iniciam mais precocemente a actividade sexual.

Um mecanismo causal possível para a tendência das filhas de mães adolescentes serem, elas próprias, mães precocemente, é avançado por Pereira et al., (2000): o facto da mãe da jovem ter sido mãe adolescente aumenta a probabilidade de, comcomitantemente, ocorrem outros factores adversos, como a vivência numa família monoparental e com maior número de irmãos. Ao mesmo tempo, estabelece um modelo de gravidez na adolescência que pode ser melhor aceite e pode levar a normas mais permissivas em relação à sexualidade.

O factor de estar a viver com o namorado (Kelley et al., 2005; Woodward, 1995) ou de ter casado durante a adolescência (Berry et al., 2000) correlaciona-se com a ocorrência de gravidez e maternidade na adolescência.

### **Factores essencialmente sócio-culturais**

As alterações sociais a que temos assistido, nomeadamente em termos de uma maior liberdade sexual e de uma maior precocidade das relações sexuais (Hanna, 2001; Jimenez et al., 2000; Roque, 2001) são também apontadas como responsáveis pela gravidez na adolescência, sobretudo tendo em conta a insuficiência da educação sexual, informação sobre contraceptivos e modos de os obter (Jimenez et al., 2000; Roque, 2001; Woodward, 1995) e a falta de serviços de planeamento familiar (Jimenez et al., 2000; Roque, 2001; Woodward, 1995) que continuam a existir. O tempo que medeia

entre a puberdade e a independência económica têm aumentado a população sexualmente activa antes do casamento, sem um aumento proporcional da contracepção adequada (Amazarray et al., 1998).

A conformidade com as normas do grupo de pares pode também revestir-se de importância. Num estudo realizado por Whitehead, (2001) apresentavam um grande número não só de familiares, mas também de amigas que foram mães na adolescência. As grávidas adolescentes em comparação com as adolescentes não mães tendem a exibir competências de comunicação mais pobres e a ser mais submissas nas relações com os pares, o que pode torná-las mais vulneráveis a essa pressão (Pereira et al., 2002). As mães adolescentes tendem a relatar maior proximidade com o namorado do que as adolescentes não mães, e pelo contrário, menor proximidade com a mãe, o pai, os irmãos e os amigos que as adolescentes não mães (Pereira et al., 2002).

Um indicador mencionado por muitos autores e confirmado pelas estatísticas nacionais, como fortemente associado com este fenómeno é o baixo nível socioeconómico (Benson, 2004; Berry et al., 2000; Jimenez et al., 2000; Kelley et al., 2005; Miller, 2000; Unger et al., 2000; Wiemann et al., 2005), associado à residência em comunidades de alto risco e à limitação das oportunidades ocupacionais (Benson, 2004; Unger et al., 2000). A situação educativa, a falta de emprego e os baixos salários são factores que seria necessário ter em conta em termos de prevenção.

No estudo desenvolvido por Whitehead (2001), constatou-se que as jovens que engravidaram, encontravam-se entre aquelas que mais se sentiam infelizes e solitárias na escola. Hanna (2001) vem de encontro a esta perspectiva, considerando que muitas jovens planeiam a maternidade ou são ambivalentes em relação à altura em que foram mães. A maternidade precoce é com frequência uma resposta a condições sociais adversas, nomeadamente com poucas oportunidades ocupacionais e educacionais, perante as quais a maternidade é uma das poucas alternativas para dar um sentido de propósito às suas vidas. Associada a esta situação pode estar o desejo de atingir um estatuto adulto. Assim, as jovens com menores habilitações literárias, menor sucesso escolar, menor aspiração a continuar a estudar e maior abandono escolar, poderão não ver motivos para adiar a maternidade. Não admira assim que muitas das grávidas adolescentes tenham abandonado a escola antes de engravidar. Pode também haver factores da própria escola que conduzem as jovens a essa situação: as jovens que engravidam pertencem, com frequência, a escolas com menos recursos, a turmas

problemáticas e estão mais sujeitas a catalogação negativa pelos professores (Pereira et al., 2002).

A influência dos média e as opiniões públicas sobre gravidez adolescente têm um papel a ser considerado na análise desta problemática (Whitehead, 2001). Griffiths et al., 2005,p.911) corroboram esta afirmação, afirmando que:

por vezes, pode parecer aos adolescentes que o sexo é obrigatório, mas a contracepção, que raramente recebe a atenção dos média, é ilegal. Mensagens contraditórias entre os média e o embaraço dos pais não conduzem à ausência de relações sexuais, mas a relações sexuais menos protegidas.

#### **2.3.4 - O apoio social**

As redes sociais são o conjunto de ligações que cada indivíduo mantém e que incluem quer relações íntimas com familiares e amigos próximos, quer relações mais formais com outros indivíduos ou grupos. É através destas redes que as pessoas se integram na sociedade mais vasta, pelo que estas se opõem ao isolamento social. Há uma vasta literatura que associa a extensão das redes sociais a resultados de saúde, quer física, quer mental (Seeman, 1996). Segundo Moreira & Melo (2005) os sistemas de apoio englobam o núcleo familiar, os serviços informais e a ajuda proporcionada por serviços comunitários

O apoio social refere-se a aspectos mais qualitativos – os efeitos promotores de saúde das redes sociais dependem da qualidade das interacções efectivas, que podem ser mais ou menos apoiantes, e não apenas do seu número ou disponibilidade (Seeman, 1996). O apoio social pode, então, ser definido como as interacções com familiares amigos, pares e profissionais que comunicam informação, estima, ajuda e compreensão (Letourneau, 2004). O apoio social é um construto multidimensional; assim, e para evitar excluir algumas das suas dimensões, foi definido como a totalidade dos recursos fornecidos por outras pessoas (Castro et al., 1997).

Existem diferentes tipologias para descrever diferentes tipos de apoio social. Em primeiro lugar, o apoio social pode ser estrutural ou funcional. O primeiro refere-se à mera presença de outras pessoas na vida de um indivíduo e relaciona-se com as estruturas sociais formais, como as organizações, famílias ou comunidades religiosas. Já

o apoio funcional, refere-se a acções apoiantes, tangíveis ou não, desempenhadas por outros concretos (Glazer, 2005).

Dentro do apoio funcional, podemos ainda diferenciar outras categorias de apoio: apoio instrumental ou emocional. O apoio instrumental refere-se a formas tangíveis de assistência, como dar dinheiro, ajudar nas tarefas ou dar informações. O apoio emocional refere-se a relações empáticas que transmitem estima. Segundo Glazer (2005) é ainda possível fazer uma divisão mais específica do apoio social, em quatro tipos: informativo, emocional, instrumental, ou de estima (por exemplo – ajudar a tomar conta do bebé seria apoio instrumental; uma interacção carinhosa é uma forma de apoio emocional, ao passo que partilhar dados sobre o desenvolvimento da criança é uma forma de apoio informativo). Há ainda uma quarta forma de apoio, o apoio em relação à estima, que se relaciona com o reforço positivo. Todas estas formas de apoio facilitam a adaptação à parentalidade. O apoio pode vir de diferentes fontes, em diferentes modalidades (um a um ou grupal), frequências e durações (Letourneau, 2004). É considerado que cada contacto social pode cumprir uma ou mais das seguintes funções: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços; e acesso a novos contactos (Moreira & Melo, 2005).

Outra classificação possível distingue dimensões como a direcção (recebido ou fornecido), disposição (disponível ou executado), a forma de medição (descrito ou avaliado), o conteúdo (emocional, instrumental, informativo ou avaliativo) e a rede social onde se encontra (família, amigos, vizinhos, colegas, comunidade, ou outros) (Castro et al., 1997). É possível distinguir ainda entre o grau de integração social, o apoio social percebido e o apoio social recebido (Castro et al., 1997; Moreira & Melo, 2005). A simples disponibilidade de relações não significa que estas sejam apoiantes ou que o comportamento de apoio seja eficaz, de modo que o apoio social comporta uma dimensão subjectiva de satisfação e sensação de que as funções de apoio estão a ser cumpridas (Moreira & Melo, 2005).

O apoio social passou a preocupar a comunidade científica desde que foi introduzida a ideia de que o apoio social desempenha um papel importante na manutenção da saúde em alguns indivíduos expostos a stressores ambientais. Fica claro que o conceito de apoio social tem uma definição e classificação pouco consensuais, e que este conceito, complexo e multidimensional, se relaciona com a saúde dos indivíduos (Castro et al., 1997). Quer o apoio social em falta, quer em demasia (intrusivo) podem gerar consequências negativas (Moreira & Melo, 2005).

A relação entre apoio social e saúde tem sido explicada através de dois modelos – o modelo de efeito directo que postula que o apoio social é positivo para a saúde do indivíduo independentemente da presença ou grau de stress, quer porque afecta factores psicofisiológicos, quer porque favorece a mudança de comportamentos. Há ainda autores, dentro desta corrente, que consideram que esta relação directa só se verifica quando os níveis de apoio social são muito baixos, sendo que neste caso, seria o isolamento social a funcionar como stressor (Castro et al., 1997) e o modelo de efeito amortecedor. O modelo de efeito amortecedor postula que o apoio social tem um papel moderador de impacto do stress (Castro et al., 1997).

De acordo com o modelo do efeito amortecedor, o apoio social permite aos indivíduos redefinir a situação stressante e utilizar estratégias de *coping* mais favoráveis para lhe fazer frente, inibe os processos psicopatológicos que poderiam ser desencadeados na ausência de apoio social e pode, até mesmo, evitar a definição de uma situação como stressante. Assim, um indivíduo que considera dispor de muitos recursos sociais, materiais e emocionais para enfrentar uma situação, pode não considerar como *stressante* uma conjuntura que tendemos a classificar como tal (Castro et al., 1997). Em resumo, o apoio social pode prevenir o stress, na medida em que faz com que as experiências sejam avaliadas como menos danosas ou ameaçadoras, ou proporcionando valiosos recursos de *coping*, uma vez tendo surgido a reacção de stress (Lazarus & Folkman, 1986). Em suma, o apoio social melhora o *coping*, modera o impacto dos stressores e promove a saúde (Letourneau, 2004).

O *coping* é descrito por Lazarus e Folkman (1986) como um processo, que pode ser definido da seguinte forma: “os esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, que o indivíduo mobiliza para enfrentar exigências internas e/ou externas que são percebidas pelo sujeito como superiores aos seus recursos”. O apoio social é um recurso de *coping*, que pode promover a adaptação à transição e às exigências da maternidade. Os sistemas de apoio desempenham um papel atenuante dos impactos do *stress* na medida em que auxiliam o sujeito a mobilizar os seus recursos face à adversidade, apoiam a prossecução das exigências da situação, disponibilizam recursos materiais e competências, orientam e aconselham (Moreira & Melo, 2005).

O efeito do apoio social depende da percepção e satisfação do indivíduo com o apoio que recebe e não com uma medida objectiva deste (apoio recebido). Parece ser a percepção da disponibilidade de pessoas apoiantes que amortece o efeito dos stressores, o que pode ocorrer através de uma influência sobre os mecanismos de avaliação

cognitiva do stressor (Glazer, 2005). Esta forma de conceber o apoio social é mais proximal aos seus efeitos de prevenção do stress do que uma medida estrutural da sua rede de apoio. É possível conceber o papel do sujeito receptor de apoio social como activo na obtenção e utilização desse recurso. Esse papel activo implica, possivelmente, um preço em termos de esforço (Lazaran & Folkman, 1986).

O apoio social gera ciclos virtuosos de protecção da saúde, amortecendo o stress, promovendo um sentido existencial e apoiando actividades saudáveis. Pelo contrário, a situação de doença ou desajustamento pode introduzir qualidade do apoio prestado (Moreira & Melo, 2005). Temos assim uma interacção entre apoio social e bem-estar que não é linear. No caso das mães adolescentes, poderá dar-se o caso de a qualidade do apoio recebido diminuir ao longo do tempo (Moreira & Melo, 2005).

Segundo Singer & Lord, (1984) os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre o suporte social e saúde podem-se englobar em quatro grandes categorias:

1- O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress – agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do stress; 2- A não existência de suporte social é fonte de stress – considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress; 3- A perda de suporte social é um stressor – considera que se se tem suporte social e se o perde o stress surge; 4- O suporte social é benéfico – é uma perspectiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fonte de stress.

Apesar de todos os factores adversos que muitas vezes acompanham a gravidez na adolescência, algumas mães adolescentes levam vidas altamente produtivas e promovem o desenvolvimento do seu filho, bem como o seu próprio. Infelizmente, esse desenlace não corresponde à norma (Benson, 2004).

Associa-se a satisfação das mães adolescentes com a vida, e com uma melhor situação financeira, ao passo que viver longe de familiares adultos é num factor de risco importante para os maus tratos infantis (Letourneau et al., 2004). Receber apoio por parte da família de origem relaciona-se com resultados positivos quer para a mãe adolescente, quer para a criança (Benson, 2004).

As relações apoiantes podem funcionar como amortecedores do stress experimentado pelas mães adolescentes, exercendo uma influência positiva no seu bem-estar psicológico e na sua competência enquanto mães (Roye & Balk, 1996). O apoio social relaciona-se também com uma menor incidência de depressão nas mulheres grávidas (Figueiredo, 2000; Jesse et al., 2005).

As grávidas e mães adolescentes têm como fontes principais de apoio social a sua própria mãe e o pai do bebé (Canavarro & Pereira, 2001; Grady & Bloom, 2004; Letourneau et al., 2004; Roye & Balk, 1996). O apoio social parece ocupar um lugar preponderante enquanto factor protector, quer para a jovem mãe, quer para o seu filho – este apoio aumenta a probabilidade de uma transição bem sucedida para a parentalidade, associando-se a menor psicopatologia materna e maior qualidade dos cuidados prestados à criança (Canavarro & Pereira, 2001). As mães adolescentes que têm ambientes familiares estáveis e recebem apoio emocional e financeiro têm também maior probabilidade de regressar à escola (Canavarro & Pereira, 2001), embora curiosamente, o apoio por parte do parceiro surja em alguns estudos correlacionados com uma maior probabilidade de abandono escolar (Roye & Balk, 1996). O apoio social por parte da família em termos emocionais, instrumentais e económicos associa-se ao bem-estar materno, menores índices de depressão e menor risco de abuso da criança.

As jovens mães consideram que receber apoio social adequado é um factor crucial na sua interacção com a criança. Nessa medida, pode ser um contributo para um desenvolvimento harmonioso da criança, sobretudo tendo em conta que há referência a uma incidência superior de negligência e abuso entre os filhos de adolescentes (Jimenez et al., 2000).

Há referência a uma relação significativa entre a quantidade e a qualidade de apoio social recebida e a saúde e circunstâncias de vida da mãe ou grávida adolescente, e com a saúde e bem-estar da criança (Grady & Bloom, 2005).

Muitas mães têm dificuldade em lidar com o stress de cuidar de uma criança. O apoio emocional que recebem parece ser fundamental para a sua competência de cuidar (Moreira & Melo, 2005).

A relação entre a mãe adolescente e a sua própria mãe, que muitas vezes é uma fonte importante de apoio social- apoio este que vai desde manter a adolescente e o seu bebé em sua casa, cuidar do bebé, dar conselhos, comprar comida, dar apoio financeiro ou apoiar a decisão de regressar à escola – reveste-se de efeitos positivos, mas também nalguns casos potencialmente negativos (Roye & Balke, 1996). A permanência da mãe

adolescente em casa da sua própria mãe foi correlacionada com menor número de relações esporádicas com parceiros, maior probabilidade de continuar a estudar, e melhores resultados da criança em termos desenvolvimentais. Registaram-se também resultados positivos entre as adolescentes que recebiam apoio por parte das suas mães, embora não residissem com elas (Culp et al., 2005). Se tivermos em conta, em especial, a continuação dos estudos, a co-residência com a avó materna é muito positiva (Roye & Balke, 1996).

Uma investigação realizada com mães adolescentes (15 a 19 anos) e adultas (20 anos ou mais) na Andaluzia, por (Martin & Jimenez, 2001) permitiu observar que as mães adolescentes recebem significativamente mais apoio familiar que as mães adultas. Quanto maior é esse apoio recebido pelas mães adolescentes, maior a percentagem de jovens que decidem levar a gravidez a termo, maior a frequência do acompanhamento médico que recebem, maior incidência de amamentação, menor a frequência de problemas com a gravidez e de bebés com baixo peso à nascença. Parece assim existir uma correlação positiva entre o apoio socio-familiar recebido, o sucesso global da gravidez, e a saúde da mãe e do bebé, pelo que uma gravidez na adolescência não tem forçosamente que ser de risco (Martin & Jimenez, 2001).

Há, no entanto, investigações que referem efeitos negativos do apoio por parte da mãe da adolescente, quer em termos de conflituosidade da relação adolescente – mãe, quer em termos da relação entre a adolescente e a criança, podendo conduzir a uma certa desresponsabilização da adolescente pelo seu filho, ou confusão de papéis (Figueiredo, 2000). Os papéis dentro da família tornam-se pouco claros com o nascimento da criança, e podem surgir problemas na relação entre a mãe da criança e a avó materna, que acarretam um impacto negativo na qualidade do ambiente familiar (Roye & Balk, 1996). Há ainda, no reverso da medalha, um custo maior em termos do desenvolvimento da autonomia da adolescente, e embora possa permitir o prolongamento da adolescência, e conseqüentemente o cumprimento das tarefas desenvolvimentais desse período, pode dificultar a assunção do papel de mãe. Têm sido, inclusive, encontradas correlações entre uma responsabilização excessiva da avó e o risco de uma nova gravidez nos 18 meses que se seguem ao parto da adolescente (Culp et al., 2005; Letourneau et al., 2004).

Também as mães que se envolvem mais no apoio às suas filhas adolescentes e aos seus bebés apresentam menor satisfação com a relação marital em que se encontram e maiores índices de stress (Culp et al., 2005).

Logo a seguir à sua própria mãe, o pai da criança é considerado a fonte de apoio mais valiosa pelas mães adolescentes (Letourneau et al., 2004). O pai da criança desempenha um papel importante a nível do apoio social, económico e enquanto confidente (Benson, 2004). Viver numa família nuclear associa-se com maior apoio social e atitudes educativas mais positivas. O apoio do parceiro associa-se também a maior responsividade à criança e maior satisfação da mãe com a sua vida, favorecendo, assim, o ajustamento à parentalidade e à qualidade da interacção mãe-bebé. No entanto, é frequente que a relação entre a mãe adolescente e o pai do seu filho seja pouco duradoura (Letourneau, et al., 2004).

Durante a adolescência a maior parte das gravidezes que são levadas a termo ocorrem no seio das relações duradouras (duração acima de um ano). No entanto, os estudos da dimensão de apoio por parte do parceiro, analisados por Roye e Balk (1996), parecem revelar uma tendência para o decrescimo da interacção entre o pai, a mãe, a criança ao longo dos meses que se seguem ao parto, embora se registem casos em que essa proximidade se mantém a longo prazo.

A maior parte dos pais destas crianças são, eles mesmos, adolescentes, pelo que o casal permanece numa dependência total do seu agregado familiar (Martin & Jimenez, 2001). Uma parte dos filhos de mães adolescentes, no entanto, tem um pai adulto, muito embora estes pais adultos apresentem mais semelhanças, do ponto de vista sócio-económico com os pais adolescentes do que com os pais adultos em geral, nomeadamente, apresentam um nível educacional e de emprego inferior e apresentam um menor grau de envolvimento com as crianças (Roye & Balk, 1996).

As mães adolescentes que se encontram casadas usufruem, em geral, de uma situação económica mais vantajosa. Não podemos esquecer que uma das razões mais frequentes para os adolescentes adiarem o casamento é a falta de condições económicas, pelo que aqueles que optam por casar podem estar à partida numa situação mais estável. No entanto, os casamentos duradouros entre esta população não parecem ser a norma. Do ponto de vista económico, há vantagens em viver com um parceiro, ainda que este não seja o pai da criança (Roye & Balk, 1996).

O apoio por parte de um companheiro parece em geral correlacionar-se com o bem-estar psicológico materno. Esta situação altera-se na presença de parceiros com problemas como o alcoolismo, abuso de substâncias ou problemas legais, que podem aumentar o nível de stress das mães, ao invés de o reduzir. Este apoio correlaciona-se

também com resultados positivos por parte das crianças, embora esta constatação não seja comum a todos os estudos e situações (Benson, 2004; Roye & Balk, 1996).

Lourenço (1998) considera o pai do bebé uma figura muito relevante durante o período pré-natal e neo-natal, na medida em que influência o comportamento materno e o processo de vinculação, o papel activo do pai da criança durante o parto modera a ansiedade materna.

O facto das mães adolescentes confiarem essencialmente na sua mãe e no pai da criança em termos de apoio social vai também contrariar a tendência desenvolvimental para, nesta fase, haver uma maior aproximação do grupo de pares; no caso das mães adolescentes, o apoio social recebido dos pares é ineficaz ou até mesmo prejudicial (Grady & Bloom, 2004).

Embora as mães adolescentes dêem maior importância ao apoio recebido das suas redes informais, o apoio de profissionais pode ter um efeito amortecedor do stress a ter em conta. Para além disso, a influência de fontes de apoio extra-familiar aumenta, em caso de indisponibilidade de apoio por parte da família (Letourneau et al., 2004).

### **2.3.5 - A Percepção do Estado de Saúde**

Saúde define-se como estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade (Who, 2000). A definição de Saúde é, pois, uma definição pela positiva, no sentido em que afirma a presença de determinadas características ao invés da ausência de outras.

Uma definição de saúde mais rigorosa deverá, todavia, passar de uma perspectiva de saúde individualizada para a necessidade de emergir a saúde familiar e a saúde social. O indivíduo saudável era bem equilibrado corporal e mentalmente, e bem ajustado ao seu meio físico e social, estava em controlo total dos seus recursos mentais e físicos, adaptava-se às mudanças do meio, desde que não excedessem os limites normais, e contribuía para o bem-estar da sociedade de acordo com a sua capacidade. Para este autor, a saúde não era apenas a ausência de doença: era algo positivo, uma atitude jovial, de alegria perante a vida, de aceitação alegre das responsabilidades que a vida impõe (Ribeiro, 2005).

As pessoas comuns, não especialistas, têm a sua própria concepção de saúde. É curioso verificar que o homem comum considera a Saúde de uma maneira complexa,

subtil e sofisticada (Ribeiro, 2005). Segundo este autor, com base num estudo desenvolvido pela Universidade de Cambridge com 9000 indivíduos, encontraram-se variados conceitos de saúde. A saúde vista pelo Homem comum virá a integrar os componentes que são avaliados com o questionário SF-36. Ou seja, a ideia, o conceito de saúde, acabou por fundir as concepções mais inocentes com as dos profissionais que se vieram a interessar por este domínio.

Para o indivíduo, a saúde não é um objectivo por si: ela é um meio para atingir o bem-estar ou a felicidade. Um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, para se empenhar nas actividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das actividades de lazer, culturais ou outras. Dito de outra maneira, uma melhor saúde permite viver a vida durante mais tempo com mais vivacidade e qualidade (Ribeiro, 2005).

A saúde pode ainda ser vista como um meio que permita alcançar objectivos de vida potenciais entre aqueles que, num dado momento histórico e cultural, são considerados ideais. Assim, a saúde constitui-se numa variável independente de outras variáveis dependentes como a carreira, a família, o lazer, a felicidade, etc.

Como variável independente, a saúde poderá influenciar directamente toda a experiência de vida, incluindo, tanto a percepção de bem-estar, essencial por definição, para ter saúde, como o próprio estado de doença. A saúde pode ser o primeiro determinante na susceptibilidade ou na resistência do indivíduo a uma miríade de elementos patogénicos, bacteriológicos, víricos, químicos, que estão presentes em todo o lado e que afectam, principalmente, os organismos mais frágeis. Todos os meios ambientes possuem microrganismos ou micro elementos susceptíveis de provocar doenças. No entanto, apenas uns poucos indivíduos adoecem. Ou seja, numa perspectiva multicausal, o estado de saúde pode ser considerado causa de vulnerabilidade à doença, ou pode contribuir para a invulnerabilidade.

A medida focada no SF-36, baseia-se na percepção que os indivíduos têm sobre a sua própria saúde. Ora estes procedimentos vão contra o senso tradicional em que aqueles que sabem da saúde das pessoas são os seus médicos ou os técnicos que atendem as pessoas no sistema de saúde tradicional.

As medidas de abordagem baseadas na auto-percepção são cada vez mais aceites e as investigações têm demonstrado a sua validade. Como Breslow (1989) referia, as medidas de avaliação da Saúde completamente subjectivas e globais, “são olhadas com grande cepticismo por muita gente da comunidade científica. Tais medidas simples de

auto-avaliação provaram, no entanto, ser um poderoso preditor da longevidade”. Em geral, a investigação tem corroborado a validade das medidas baseadas na percepção pessoal.

Num estudo em que se avaliavam variáveis psicológicas que prediziam a percepção do estado de saúde, Benyamini, Leventhal e Leventhal (2000) verificavam que o humor positivo, o funcionamento físico, o humor negativo, a doença grave, o suporte social, a idade, eram as variáveis com maior correlação (pela ordem indicada) com a percepção do estado de saúde. Havia diferenças entre mulheres e homens nas quais, para aquelas, a instrução e a doença menos grave também contavam para a percepção do estado de saúde.

Vários autores procuraram responder à questão “ porque é que a percepção de saúde é um dos melhores preditores de mortalidade”. Kaplan e Camacho (1983), afirmam que uma percepção de fraca saúde pode ser expressão de estados psicossociais adversos, tais como isolamento social, acontecimentos de vida negativos, depressão e stress profissional.

Mossey e Shapiro (1982), por sua vez, explicam que a auto-avaliação reflecte provavelmente uma percepção de mudanças fisiológicas e biológicas subtis que não seriam detectadas por métodos objectivos. Do mesmo modo o próprio indivíduo conhece melhor o seu estilo de vida e os comportamentos de risco que adopta, estando estes também associados à mortalidade.

Em suma, a investigação aponta com alguma firmeza, para que a avaliação do estado de saúde baseado na percepção pessoal de saúde seja uma medida eficaz na predição da mortalidade. Por sua vez, as variáveis psicossociais parecem ter um papel importante nessa avaliação.

### **2.3.5.1 - Percepção do estado de saúde e maternidade na adolescência**

Os adolescentes e jovens tendem a perceber um bom estado de saúde, porque a vitalidade característica da juventude e a ausência de doenças não permite fazer uma outra avaliação. Por esta razão, as avaliações que fazem da sua própria saúde são ajustadas ao senso do funcionamento global das suas capacidades físicas (Harris, 1993). A saúde dos adolescentes tem de ser considerada num contexto mais alargado tendo em conta o bem-estar físico, emocional, e social, como defende a Organização Mundial de

Saúde (OMS). Muitos dos comportamentos incluídos no estilo de vida dos adolescentes podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo.

A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores sociais, ambientais e comportamentais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). Estes factores que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados tais como uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência, álcool, distúrbios alimentares, e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Lerner, 1998).

Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1986). Não há por isso um, mas vários estilos de vida saudáveis, sendo que a sua compreensão assenta em factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em factores ambientais como grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho ou escola, comunidade onde se vive, ainda entre outros factores mais sistémicos do envolvimento, como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado as características do nicho ecológico e geográfico. Estes factores estão em permanente interacção e moldam os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco (Harris, 1993).

A definição de saúde, actualmente, acentua a noção de bem estar como uma das suas componentes mais importantes (WHO, 2000). O conceito de bem-estar é multifacetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afectivos positivos, bem como, uma componente cognitiva do bem-estar. A avaliação cognitiva geral da vida que inclui a percepção subjectiva de bem-estar, constitui o grau de satisfação com a vida (Neto, 1998).

A percepção do bem-estar está associada à saúde, na medida em que tem sido assinalada com um forte indicador de problemas na adolescência. Na ausência ou fragilidade da percepção de bem-estar parecem ocorrer com mais frequência situações de depressão, suicídio ou problemas de relacionamento, sendo estes distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Green & Pope, 2000; Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003).

Segundo Oliveira (1999) a solidão e a insatisfação social são experiências frequentemente associadas a dificuldades de relacionamento, sendo os adolescentes e os pré-adolescentes aqueles que mais frequentemente referem estes sentimentos, debilitando o conceito geral de bem-estar. Vários autores têm descrito que é geralmente

durante o período da adolescência que estes distúrbios surgem, talvez por este período ser caracterizado por um conjunto de situações de vida mais stressantes, com os quais os jovens deverão saber lidar. A capacidade para lidar com estes eventos tem a ver com características individuais bem como, com factores do envolvimento que poderão acentuar ou atenuar as dificuldades percebidas (Neto, 1998).

Alguns conceitos enquadrados neste âmbito surgem na literatura nomeadamente, os factores protectores e de risco e o desenvolvimento positivo dos jovens. Os factores protectores são definidos como o conjunto de influências ou condições que reduzem os efeitos da exposição, a factores de risco diminuindo a probabilidade de ocorrência de comportamentos desadequados na perspectiva da saúde. Himmel (2001) num estudo qualitativo assinala que a importância atribuída aos diversos factores da saúde são variáveis de indivíduo para indivíduo. Algumas respostas assinalam o funcionamento normal físico e psicológico, um total bem-estar, considerando o desporto, o tempo de sono e o lazer como elementos altamente importantes para a saúde.

Zajicek-Farber (1998) descreve a mobilidade, a educação, o ajustamento familiar, as relações sociais, a sexualidade e o ajustamento emocional à adolescência como facilitadores do ajustamento da saúde, enfatizando a importância da auto-capacitação dos jovens e da sua comunidade. A importância do conceito de auto-capacitação é associado a um conjunto de estratégias face à necessidade de se reduzir disparidades ou desvantagens sentidas por determinados grupos, que poderão ser devidas a pobreza, discriminação e desigualdades económicas (Wallerstein, 2002).

#### **2.4. A Institucionalização**

Para muitas crianças e jovens o processo de aprendizagem da socialização, que constitui a função primeira do núcleo familiar, é transferido, por diversas razões, para a responsabilidade de instituições de acolhimento. Por outro lado, as instituições de acolhimento, enquanto organizações formais, são enquadradas por dispositivos regulamentares que apontam para a obrigatoriedade de proporcionar às crianças e jovens acolhidas num ambiente familiar. Estes dispositivos evidenciam uma consciência das necessidades apresentadas por esta população e, ao mesmo tempo, das características destas instituições, definindo um padrão de funcionamento assente no modelo familiar, indispensável para o desenvolvimento equilibrado dos acolhidos (Alves, 2007).

Cada vez mais se pondera as consequências do internamento, garantindo para tal, durante a institucionalização condições de (re) aprendizagem das normas sociais vigentes e a preparação de um caminho para a futura reintegração na sociedade, seja qual for a razão que motivou o “acolhimento”.

De acordo com o enquadramento normativo em vigor, a medida de colocação institucional deverá constituir a última opção de intervenção social e judicial junto de crianças e jovens em perigo, aplicando-se exclusivamente quando não existem condições efectivas na família biológica, nuclear ou alargada, para que a criança aí permaneça em segurança. Deve, por isso, evitar-se a separação da criança dos pais e mesmo quando tal é inevitável e deve tentar envolver-se, a todo o tempo, a família no processo de acolhimento (Alves, 2007).

Apesar de assumir um papel principal e insubstituível no processo de desenvolvimento das crianças e jovens, nem sempre a família reúne todas as condições emocionais, afectivas e materiais para garantir que este se faça da melhor forma. Neste sentido justifica-se a separação, ainda que temporária da criança em relação ao seu núcleo familiar, recorrendo-se para o efeito, ao acolhimento institucional.

O acolhimento institucional de crianças e jovens implica, assim, a assunção, por parte das instituições, das responsabilidades educativas ao nível jurídico, moral, social e escolar, atribuídas geralmente aos progenitores biológicos. Estas responsabilidades, implicando a substituição temporária das famílias de origem, incluem o suporte das crianças e jovens no seu desenvolvimento físico, através da prestação de cuidados de alimentação e de saúde e no seu desenvolvimento psicológico, promovendo o seu equilíbrio emocional, desenvolvimento cognitivo e afectivo. Todos estes cuidados deverão ser prestados tendo em conta a idade da criança e do jovem, o seu género, origens sociais, percursos de vida e características individuais da personalidade (Alves, 2007).

Segundo Queiroz (2004), uma instituição que acolha menores em risco, deverá ser basicamente securizante, contentora de angústias e promotora do desenvolvimento pessoal e da construção da identidade. Deste modo, as instituições, na medida em que pretendem substituir as condições precárias destes contextos familiares, devem-se definir precisamente pela organização, estabilidade e segurança. Esta função securizante da instituição passa, por exemplo, pelo estabelecimento de regras e de rotinas diárias que protegem da imprevisibilidade, geradora de ansiedades. Concomitantemente com a organização, os limites e as rotinas, a instituição deve ser calorosa, isto é, dar

importância ao indivíduo, em todas as actividades ao longo do dia, incluindo refeições, o arranjo dos espaços, e na altura de deitar.

A instituição deve ser também contentora das angústias através da gentileza, a atitude benevolente dos adultos permitem que os jovens tomem consciência de que os seus medos de serem destruídos, agredidos, não são forçosamente fundados. Contudo, as atitudes de confiança e de segurança devem ser articuladas com a firmeza, sem confundir a autoridade com o autoritarismo. Os adultos que trabalham com estas jovens na instituição devem privilegiar o papel fulcral da informação, explicando os porquês, as razões de ser das regras, das situações, das relações, reduzindo desta forma a instabilidade e a imprevisibilidade, ajudando o jovem a construir uma imagem mais organizada, estável, e lógica da realidade. A instituição deve fornecer condições que possibilitem a (re) construção do eu, quer pela (re) formulação do passado, quer pela construção de projectos de futuro, que se acompanhe de uma reestruturação do auto-conceito (Queiroz, 2004).

Para Berger e Luckman (1998), na ressocialização, o passado é reinterpretado para se harmonizar com a realidade presente, havendo a tendência a projectar no passado vários elementos que subjectivamente não eram acessíveis naquela época. A realidade básica para a ressocialização é o presente.

Qualquer processo de socialização pode ser considerado uma ressocialização, sempre que tal implique, por parte do actor que nele se envolve, uma mudança significativa no comportamento.

Não se trata propriamente de um corte radical com aprendizagens e vivências anteriores, mas sim da aquisição de novas experiências, que lhe fazem interiorizar outras normas e valores eventualmente diferentes daqueles a que estava habituado e que o ensinam a viver socialmente em conformidade com a nova condição que passa a deter. A cidade, espaço socialmente heterogéneo, facilita o estabelecimento de relacionamentos entre indivíduos e grupos, num permanente “ processo relacional” de partilhas identitárias que, pela acção continuada das socializações, elas próprias complexas, tendem a revalorizar-se, umas, ou a desvalorizar-se, outras, num conjunto de requalificações permanentes que o tempo e as circunstâncias ecológicas e espaciais movem. Para haver uma necessidade de ressocialização é porque de alguma forma houve uma socialização primária mal sucedida, que não permitiu uma integração social nas suas dimensões económica, simbólica e relacional.

As desigualdades sociais estão, geralmente, na base de efeitos negativos ao nível das possibilidades de participação social e posterior integração. Indivíduos provenientes de famílias vulneráveis socialmente e cuja socialização primária foi deficiente encontram sérias dificuldades aquando da ressocialização. Nesta altura, dependendo da natureza das desigualdades sociais envolvidas, torna-se imperioso substituir as disposições interiorizadas da socialização familiar, que eram deficitárias, por outras com maior potencial, de modo a criar “actores sociais instruídos, reflexivos, com necessidades ricamente desenvolvidas e com capacidade de participação social (Berger e Luckman 1998).

O problema que se coloca nesta fase é o de provocar uma reelaboração das aquisições que foram originadas no meio daqueles a quem se está mais profundamente ligado, normalmente a família. Pode aqui surgir o problema do choque cultural, provável provocador de reacções intrapsíquicas dolorosas.

Segundo Queiroz (2004), importa, pois, nesse processo de ressocialização, compreender de que forma o mundo exterior é transferido para o mundo interno das crianças e jovens. Trata-se de impor limites e exigências num criar de condições para aprendizagens socialmente emancipadoras. Estamos perante um fenómeno social e individual a ter que ser forçosamente acompanhado por profissionais qualificados.

Nessa transferência do mundo exterior para o interior, que envolve uma transformação ao nível da identidade, é importante a construção de uma organização que não seja uma ruptura radical com as instituições da socialização primária. Na sua redefinição enquanto ser social, o indivíduo necessita de referências sólidas, de uma identidade que lhe seja “familiar”, ou melhor dizendo, em contacto com as suas raízes, a sua biografia (Queiroz, 2004).

Um valor também importante na ressocialização é o da componente de interculturalismo que funcione como política educativa respeitadora de conhecimentos, valores, linguagens ou padrões de gosto e sensibilidade. Este factor é por norma esquecido pelas políticas educativas.

A missão da organização responsável pela ressocialização é de criar um ambiente que tome a satisfação das necessidades dos jovens e dos profissionais como condição necessária para gerar a implicação e o entusiasmo de todos os participantes num empreendimento colectivo muito complexo. A este propósito os adolescentes devem ser escutados de forma atenta e sensível, numa atitude de reflexividade

permanente, de modo a captar as suas necessidades, sofrimentos e dificuldades de relacionamento.

## **PARTE II**

### **CAPITULO III – ESTUDO EMPIRICO**

#### **3.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Esta investigação pretende comparar dois grupos de mães adolescentes: um grupo de mães institucionalizadas e um grupo de mães que vivem integradas na sua família, e analisar diversos aspectos que caracterizam a relação entre a satisfação com o suporte social e a percepção do estado de saúde nos dois grupos de mães adolescentes.

O presente estudo, de carácter exploratório, tem como objectivos gerais:

- Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o apoio social, nomeadamente (“Satisfação com a família”, “Satisfação com amigos”, “Intimidade” e “Actividades sociais”) e as características sócio-demográficas dos indivíduos da amostra (idade, escolaridade, idade que tinha quando a criança nasceu);
- Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com o apoio social nomeadamente (“Satisfação com a família”, “Satisfação com amigos”, “Intimidade” e “Actividades sociais”) entre participantes com diferentes características sócio-demográficas (estado civil, com quem vive, situação profissional).
- Analisar a relação existente entre o “Funcionamento Físico”, “Desempenho Físico”, “Saúde Geral”, “Funcionamento Social”, “Desempenho Emocional”, “Vitalidade”, “Saúde Mental” e “Dor Corporal” e as características sócio-demográficas dos indivíduos da amostra (idade, escolaridade, idade que tinha quando a criança nasceu);
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do “Funcionamento Físico”, “Desempenho Físico”, “Saúde Geral”, “Funcionamento Social”, “Desempenho Emocional”, “Vitalidade”, “Saúde

Mental” e “Dor Corporal” entre participantes com diferentes características sócio-demográficas (estado civil, com quem vive, situação profissional);

- Verificar as relações existentes entre as dimensões/sub-escalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e do SF-36 e as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente: idade da mãe; escolaridade completada; e que idade tinha a mãe aquando do nascimento da criança.
- Verificar as diferenças existentes entre as dimensões/sub-escalas da “Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e do SF-36 e as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente: estado civil, com quem vive, situação profissional.
- Analisar se existem diferenças significativas ao nível da satisfação com o apoio social entre as mães adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas.
- Analisar se existem diferenças significativas ao nível da percepção do estado de saúde entre as mães adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas.
- Analisar a relação entre a satisfação do suporte social e a percepção do estado de saúde em mães adolescentes.

### **3.2 PARTICIPANTES**

Os participantes do presente estudo constituem uma amostra de conveniência de 108 mães adolescentes; onde 55% das mães adolescentes viviam em instituição e 53% viviam com a respectiva família.

Da observação do quadro 6 apura-se que as mães adolescentes que constituem a amostra tinham, em média, 19,5 anos de idade (DP = 4,2), variando as idades entre os 14 e os 21 anos, tendo 35,2 % dos inquiridos menos de 18 anos, e 64,8 % 18 a 21 anos. Praticamente a totalidade das jovens avaliadas são solteiras (97 %). As escolaridades completadas mais frequentes entre os respondentes correspondiam ao 5º - 6º ano (45 %) e 7º - 9º ano (39 %), isto é, aproximadamente 84 % tinham escolaridade (completada) entre o 5º e o 9º ano. Por fim, constata-se que cerca de 43 % das mães adolescentes avaliadas são estudantes e 41 % estão desempregadas.

Quadro 6: Características sócio-demográficas da amostra

Variáveis Sócio-Demográficas	Frequências	
	<i>n</i>	%
<i>Idade (N = 108)</i>		
Menos de 18 anos	38	35,2
18 a 21 anos	70	64,8
<i>Estado civil (N = 108)</i>		
Solteira	105	97,2
Casada	2	1,9
União de facto	1	0,9
<i>Escolaridade completada (N = 107)</i>		
1º ano - 4º ano	10	9,3
5º ano - 6º ano	48	44,9
7º ano - 9º ano	42	39,3
10º ano - 12º ano	7	6,5
<i>Situação profissional (N = 107)</i>		
Empregada	17	15,9
Desempregada	44	41,1
Estudante	46	43,0

### 3.3 MATERIAL

A Psicologia, para ser reconhecida como uma ciência com valor, necessitou de se afirmar, utilizando instrumentos que avaliam características subjectivas de uma forma precisa. Ou seja, os instrumentos são adequados a cada avaliação (validade) e, se ocorrer repetição das medidas em circunstâncias semelhantes, com os mesmos inquiridos, o resultado deverá situar-se dentro de um erro admissível (fidelidade) (Ribeiro, 1999b).

Esta investigação teve como ferramentas de avaliação: um questionário Sócio-demográfico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Saúde (SF-36).

#### 3.3.1 Questionário Sócio-Demográfico

Nesta investigação foi administrado um questionário com o objectivo de caracterizar a amostra em estudo.

O questionário sócio-demográfico avalia os seguintes domínios: idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, com quem vive, apoio recebido,

emprego/ocupação, idade da mãe aquando do nascimento da criança, idade da criança, se o pai da criança assumiu a paternidade e se a costuma visitar. Este consiste numa série de questões de resposta fácil e directa, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo. (Anexo 2)

### **3.3.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida por Ribeiro (1999a), consistindo numa escala de avaliação da satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao suporte social percebido (Anexo 3).

Ribeiro (1999a) considera que o instrumento se encontra organizada em quatro factores: (1) satisfação com os amigos (avalia a satisfação com os amigos que possui); (2) intimidade (avalia a percepção que o indivíduo possui acerca do suporte social íntimo); (3) satisfação com a família (indica a satisfação por parte do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido); (4) actividades sociais (avalia a satisfação com a sua vida social).

Esta escala de auto-preenchimento é composta por quinze afirmações, com as quais o indivíduo poderá “concordar totalmente”, “concordar na maior parte”, “não concordar nem discordar”, “discordar na maior parte” ou “discordar totalmente”.

A pontuação de cada item da escala varia entre 1 e 5, em que 5 corresponde a *concordo totalmente*; 4 a *concordo na maior parte*; 3 a *não concordo nem discordo*; 2 *discordo na maior parte*; 1 a *discordo totalmente*. Existem quatro itens classificados por ordem inversa correspondendo às variáveis: *os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria; por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio; às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre as coisas íntimas e não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria (ver anexos)*.

A análise do instrumento revela que este apresenta boa consistência interna. (o alpha de Cronbach para a escala total é de 0,85). O primeiro factor, “satisfação com os amigos”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,83, explicando 35% da variância total. O segundo factor, “intimidade”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,74, explicando 12,1% da variância total. O terceiro factor “família”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,74, explicando 8,7% da variância total. O último factor, “actividades sociais”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,64, explicando 7,3% da variância total. Em geral,

a carga factorial dos itens da ESSS é elevado. Apenas um item apresenta uma carga factorial inferior a 0,50 (Ribeiro, 1999a).

No quadro 7 estão representados o número de itens por dimensão, e os coeficientes de *Alpha* de *Cronbach*, tanto para a amostra do estudo original (Ribeiro, 1999), como para a avaliada neste trabalho.

Quadro 7: Comparação entre a consistência interna da escala original (escala ESSS na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo.

<i>Escala-ESSS</i>	N.º de itens	$\alpha$ de Cronbach	
		Presente estudo	Ribeiro (1999)
Total	<b>15</b>	<b>0,80</b>	0,85
Satisfação com amigos (SA)	<b>5</b>	<b>0,76</b>	0,83
Intimidade (IN)	<b>4</b>	<b>0,60</b>	0,74
Satisfação com a família (SF)	<b>3</b>	<b>0,82</b>	0,74
Actividades sociais (AS)	<b>3</b>	<b>0,57</b>	0,64

De uma forma geral, verifica-se que os valores da consistência interna (*alpha* de *Cronbach*) da escala total e 3 das 4 sub-escalas, no presente estudo variam entre 0,60 (consistência aceitável) e 0,80 (boa consistência), nomeadamente: satisfação com o suporte social total ( $\alpha = 0,80$ ); satisfação com amigos ( $\alpha = 0,76$ ); intimidade ( $\alpha = 0,60$ ) e satisfação com a família ( $\alpha = 0,82$ ). Apenas a subescala actividades sociais ( $\alpha = 0,57$ ) apresentou uma consistência interna baixa. No estudo do instrumento realizado por Ribeiro (1999), havia sido observado uma consistência interna aceitável para todas as sub-escalas.

Verificou-se, ainda, a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e positiva entre a maioria das dimensões (ver quadro 8).

Quadro 8: Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre as dimensões da satisfação com o suporte social.

Escala-ESSS	Satisfação com amigos (SA)	Satisfação com a família (SF)	Intimidade (IN)	Actividades sociais (AS)
Satisfação com amigos (SA)	1			
Satisfação com a família (SF)	0,346**	1		
Intimidade (IN)	0,472**	0,232*	1	
Actividades sociais (AS)	0,235*	0,131	0,292**	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (\*p < 0,05; \*\*p < 0,01)

Quadro 9: Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e as dimensões da satisfação com o suporte social.

Escala-ESSS	Satisfação com amigos (SA)	Satisfação com a família (SF)	Intimidade (IN)	Actividades sociais (AS)	ESSS total
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<b>0,784</b>	0,166	0,359	0,336	0,534
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<b>0,655</b>	0,290	0,456	0,206	0,701
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<b>0,694</b>	0,238	0,283	0,092	0,561
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<b>0,721</b>	0,320	0,372	0,210	0,632
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<b>0,730</b>	0,218	0,212	-0,004	0,469
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	0,371	<b>0,839</b>	0,322	0,075	0,595
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0,288	<b>0,735</b>	0,147	0,119	0,534
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0,236	<b>0,673</b>	0,136	0,141	0,522
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0,307	0,167	<b>0,519</b>	0,286	0,502
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	0,481	0,091	<b>0,549</b>	0,100	0,523
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0,253	0,173	<b>0,525</b>	0,133	0,439
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0,191	0,214	<b>0,497</b>	0,298	0,479
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0,325	0,138	0,217	<b>0,557</b>	0,459
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	0,190	0,056	0,386	<b>0,340</b>	0,450
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (ex.: clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0,024	0,094	0,059	<b>0,472</b>	0,275

Da observação do quadro 9, apura-se que, a relação entre cada item e a sub-escala a que pertence (negrito) é superior a 0,40 e, quando comparada com a correlação com as outras sub-escalas, esta é menor, pelo menos, 0,20.

### 3.3.3 Escala de Percepção do Estado de Saúde (SF-36)

O Questionário de Qualidade de Vida – SF 36, foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b), o SF- 36 é constituído por 36 itens de auto-resposta e destina-se a avaliar percepção de saúde que representa um valor humano básico relevante à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, abrangendo oito dimensões de estado geral de saúde, que detectam tanto os estados positivos, como os negativos. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento (Ribeiro, 2005).

A primeira dimensão denomina-se “funcionamento físico”, composta por 10 itens, que medem desde a limitação para executar actividades físicas menores, até às actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias.

A segunda dimensão refere-se ao “desempenho físico”, com quatro itens. A terceira, diz respeito ao “desempenho emocional”, com três itens. Estas duas dimensões medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado.

A “dor física” é a quarta dimensão com dois itens, que representa, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como esta interfere nas actividades normais.

A “saúde em geral” com cinco itens, pretende medir o conceito da percepção holística da saúde, incluindo não só saúde actual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável. A “vitalidade” com quatro itens inclui os níveis de energia e de fadiga, que permite captar melhor as diferenças de bem-estar. A “função social” com dois itens, pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais da pessoa que responde. Por fim, a ultima dimensão, é a “saúde mental”, com cinco itens, que mede a ansiedade, a depressão, a perda de controle em termos comportamentais ou emocionais e o bem estar psicológico.

Estas oito sub-escalas (dimensões) podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental), obtidas a partir de análises factoriais de componentes principais. A componente da saúde mental engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade. A componente física engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral (Ribeiro, 2005).

No quadro 10 estão representados o número de itens por dimensão, e os coeficientes de *Alpha* de *Cronbach*, tanto para a escala original (Ribeiro, 2005), como daquela que é gerada neste trabalho.

Quadro 10: Comparação entre a consistência interna da escala original (escala SF-36 na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo.

<i>Escala SF-36</i>	N.º de itens	$\alpha$ de Cronbach	
		Presente estudo	Ribeiro (2005)
Desempenho Físico (DF)	4	<b>0,79</b>	0,87
Funcionamento Físico (FF)	10	<b>0,88</b>	0,94
Dor Corporal (DC)	2	<b>0,74</b>	0,88
Funcionamento Social (FS)	2	<b>0,35</b>	0,69
Desempenho Emocional (DE)	3	<b>0,80</b>	0,78
Saúde Geral (SG)	5	<b>0,78</b>	0,83
Saúde Mental (SM)	5	<b>0,81</b>	0,87
Vitalidade (VT)	4	<b>0,64</b>	0,83

De uma forma geral, verifica-se que os valores da consistência interna (*alpha* de *Cronbach*) oito das dimensões, variam entre 0,64 (consistência aceitável) e 0,88 (boa consistência), com excepção da dimensão Funcionamento Social apresenta uma fraca consistência interna ( $\alpha = 0,35$ ). No entanto, optou-se por manter esta dimensão devido essencialmente a dois factores: (i) o *alpha* de *Cronbach* é um coeficiente sensível a constructos com número reduzido de variáveis (Hill & Hill, 2000) e (ii) ao interesse relevante desta dimensão no estudo em causa.

### 3.4 PROCEDIMENTO

Foram apresentados 6 pedidos para a administração dos questionários nas Instituições de Acolhimento de mães adolescentes: Ajuda de Mãe - Lisboa, Lar Nossa Senhora do Bom Conselho- Porto, Associação de S. José - Braga, Associação Socorros Médicos o Vigilante - Lisboa, Casa de Protecção e Amparo de Sto. António - Lisboa, e Lar Luísa Canavarro - Porto. Todos os questionários nestas Instituições foram administrados pela investigadora

Foram apresentados 5 pedidos para a administração dos questionários a Instituições de acompanhamento (as jovens mães vivem com as respectivas famílias mas são apoiadas a nível sócio-económico por estas instituições), Associação de defesa e apoio

da vida - Coimbra e Leiria Centro de Apoio à Vida Valongo e Vila Real Centro da Mãe -Funchal. Os Questionários nestas instituições foram administrados pelos técnicos psico-sociais das mesmas.

Um dos requisitos exigidos pelas Instituições de Acolhimento das jovens mães adolescentes para aprovação e posterior aplicação dos questionários foi a existência do consentimento informado (anexo 5) em que o encarregado de educação ou representante legal, ou a própria em caso de maioridade deveria conceder a autorização para a administração dos instrumentos de medida.

Para obter este consentimento, o investigador necessita de usar uma linguagem perceptível pelos inquiridos. Estes (ou o encarregado de educação ou o representante legal no caso de serem menores de idade) deverão ser informados acerca da natureza da investigação. O inquirido deve ser sensibilizado para o facto da sua participação ser importante. No entanto, fica claro que este tem a liberdade de não participar ou de abandonar a investigação em qualquer momento, sem que exista qualquer consequência para si. Este também deverá ser informado de que os dados que fornecer serão guardados e que apenas o investigador terá acesso, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade. Se os participantes possuírem alguma dúvida, deverão ser esclarecidos pelo investigador (Ribeiro, 1999b).

De modo a uniformizar o processo de recolha de dados, foi criado um protocolo em que foi definido detalhadamente o modo de administração dos instrumentos e esclarecimentos de dúvidas pelos profissionais envolvidos no estudo.

A análise estatística dos dados relativos aos dois questionários utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS<sup>®</sup> for Windows*.

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas; frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo).

De forma a permitir a comparação entre as quatro sub-escalas e as restantes variáveis deste estudo, foram construídos índices para cada sub-escala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim entre um mínimo de 1 e um máximo de 5. No quadro 10 apresentam-se

os resultados finais das estatísticas descritivas (média, desvio padrão e amplitude) e número de itens para cada uma das sub-escalas/dimensões utilizadas neste estudo.

Por fim, de forma a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os *índices* de cada escala em estudo (ESSS e SF-36) de acordo com as variáveis sócio-demográficas de interesse, procedeu-se à aplicação de testes paramétricos. Quando não se verificavam as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos, utilizaram-se testes não paramétricos equivalentes. Para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, utilizou-se os testes de *t-Student* (para grupo(s) com dimensão inferior ou igual a 30 indivíduos utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*) e *ANOVA a 1 factor (One-Way-ANOVA)* sempre que se apresentavam, dois ou mais do que dois grupos à comparação, respectivamente. Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par-a-par, aplicando o teste de *Tukey*. Adicionalmente, realizou-se quando considerado adequado, uma análise de correlação entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson* (Pestana e Gageiro, 2003).

### **3.5 RESULTADOS**

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, organizados de acordo com os objectivos e hipóteses que foram colocadas.

Esta apresentação reveste-se de carácter meramente descritivo, uma vez que a discussão dos resultados será feita no capítulo da Discussão.

#### **Variáveis Sócio-Demográficas**

Da observação do quadro 11 verifica-se que aproximadamente metade dos indivíduos que constituem a amostra vivia com a família e a outra metade vivia numa instituição. Os indivíduos que vivem numa instituição, em média, permaneciam 1,1 anos (DP = 1,4), variando a duração da Institucionalização entre 1 dia e os 7 anos, vivendo cerca de 49 % dos inquiridos entre os 6 a 12 meses na instituição. Por sua vez, verifica-se que a maioria (67 %) dos indivíduos da amostra que não estão actualmente numa instituição nunca tinham estado numa instituição anteriormente e os que já tinham estado numa instituição, por razões diferentes das actuais (33 %), em média,

permanecem cerca de 20,9 meses (DP = 15,7), variando entre 6 e 48 meses. Por fim, constata-se que cerca de 72 % dos indivíduos que constituíam a amostra recebiam apoio de uma instituição.

Quadro 11: Características sócio-demográficas da amostra (com quem vive, há quanto tempo vive na instituição, se já esteve em alguma instituição, quanto tempo esteve na instituição, se recebe algum apoio de alguma instituição).

Variáveis Sócio-Demográficas	Frequências	
	<i>n</i>	%
<i>Com quem vive? (N = 108)</i>		
Vive com a família	55	50,9
Vive numa Instituição	53	49,1
<i>Há quanto tempo vive na Instituição - meses - (N = 63)</i>		
< 6 meses	20	31,7
6 a 12 meses	31	49,2
> 12 meses	12	19,0
<i>Se não está, já esteve em alguma Instituição (N = 55)</i>		
Sim	18	32,7
Não	37	67,3
<i>Quanto tempo esteve na Instituição - meses - (N = 18)</i>		
< 12 meses	6	33,3
12 - 24 meses	7	38,9
> 24 meses	5	27,8
<i>Recebe algum tipo de apoio de alguma Instituição (N = 53)</i>		
Sim	38	71,7
Não	15	28,3

Da observação do quadro 12, apura-se que, no momento do nascimento do filho, as jovens tinham, em média 16,3 anos de idade (DP = 1,5), variando entre os 12 e os 19 anos; tendo cerca de 76 % menos de 18 anos de idade e apenas 24 % mais de 18 anos. Por sua vez, as crianças têm, em média 34,8 meses de idade (DP = 44,4), variando entre 1 mês e os 9 anos, tendo 36 % das crianças menos de 1 ano de idade. Por fim, verifica-se ainda que, na maioria dos casos, os pais assumiram a paternidade (73 %), sendo que 53 % dos pais costumam visitá-las e 47 % não visitam as crianças.

Quadro 12: Características sócio-demográficas da amostra (que idade tinha quando nasceu a criança, que idade tem a criança, o pai da criança assumiu a paternidade, o pai da criança costuma visitá-la).

Variáveis Sócio-Demográficas	Frequências	
	<i>n</i>	%
<i>Que idade tinha quando nasceu a criança (N = 108)</i>		
< 18 anos	82	75,9
>= 18 anos	26	24,1
<i>Que idade tem a criança (N = 108)</i>		
< 1 ano	39	36,1
1 - 2 anos	32	29,6
> 2 anos	37	34,3
<i>O pai da criança assumiu a paternidade? (N = 108)</i>		
Sim	79	73,1
Não	29	26,9
<i>O pai da criança costuma visitá-la? (N = 108)</i>		
Sim	57	52,8
Não	51	47,2

Apresentam-se no quadro 13 as principais estatísticas descritivas. Relativamente à escala de satisfação com o suporte social destacam-se as seguintes: “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas” e “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria” e “Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”. As distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 45 %, 42 % e 39 % dos inquiridos assinalaram estes três itens com a classificação máxima. Observaram-se classificações moderadas às afirmações 1, 3, 8, 13, 10, 14, 4 e 11. Destas, destacam-se as seguintes: “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família” e “Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos”. Por fim, verificaram-se fracos níveis de concordância para as afirmações 12, 9, 15 e 5, nomeadamente: “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”; “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”; “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho” e “Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer”.

Assim, numa análise mais detalhada verifica-se que embora as jovens se sintam satisfeitas com os amigos, não se sentem satisfeitas com a quantidade de tempo que passam com os amigos e com a frequência com que os seus amigos as procuram. Demonstram também sentirem-se insatisfeitas com o apoio a nível de intimidade

nomeadamente, por vezes sentem-se sós no mundo e sem apoio, e sentem falta de alguém verdadeiramente íntimo que as compreenda e com quem possam desabafar sobre coisas íntimas. A nível das actividades sociais as jovens demonstraram a sua insatisfação já que gostariam de participar mais em actividades de organizações, sentem falta de actividades sociais que as satisfaçam, e não saem com amigos tantas vezes quantas gostariam.

Quadro 13: Estatísticas descritivas e % de casos “concordo totalmente” (itens ordenados por ordem crescente da média por sobrecarga), relativas à escala de satisfação com o suporte social (ESSS).

<i>Escala-ESSS</i>	Estatísticas Descritivas				Concordo totalmente
	M	Dp	Mín.	Máx.	%
<i>Satisfação com amigos (SA)</i>					
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	3,8	1,4	1	5	11,1
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3,5	1,5	1	5	13,9
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,1	1,5	1	5	18,5
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	2,8	1,4	1	5	25,0
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	2,5	1,4	1	5	27,8
<i>Satisfação com a família (SF)</i>					
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	3,6	1,5	1	5	17,6
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3,3	1,6	1	5	20,4
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,1	1,6	1	5	25,9
<i>Intimidade (IN)</i>					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	3,8	1,3	1	5	7,4
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3,2	1,7	1	5	28,7
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	2,5	1,3	1	5	24,1
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	2,1	1,3	1	5	45,4
<i>Actividades Sociais (AS)</i>					
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (ex.: clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	2,7	1,5	1	5	32,4
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	2,3	1,3	1	5	38,9
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2,1	1,3	1	5	41,7

Quadro 14: Estatísticas descritivas (dimensões ordenadas por ordem decrescente da média), relativas aos índices da escala de satisfação com o suporte social (ESSS).

<i>Dimensões ESSS</i>	N	Média (DP)	Número de itens	Mínimo	Máximo
Satisfação com a família (SF)	108	3,3 (1,4)	3	1	5
Satisfação com amigos (SA)	108	3,1 (1,0)	5	1	5
Intimidade (IN)	108	2,9 (0,9)	4	1	5
Actividades sociais (AS)	108	2,3 (1,0)	3	1	5

Pela observação do quadro 14, conclui-se que a “satisfação com a família” (média = 3,3) e a “satisfação com os amigos” (média = 3,1) são as dimensões de ESSS com as quais as jovens demonstraram estar moderadamente satisfeitas. Relativamente à intimidade e às actividades sociais parece haver insatisfação.

No sentido de averiguar possíveis relações entre as dimensões da ESSS e as características sócio-demográficas, analisaram-se os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada dimensão de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Os resultados evidenciam que em relação à dimensão “Satisfação com a família” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável “Com quem vive”, tendo os inquiridos que vivem numa instituição atribuído um grau de satisfação significativamente inferior do que os congéneres que vivem com a família. Relativamente à comparação das restantes variáveis sócio-demográficas pelas dimensões da “Escala de Satisfação Social - ESSS”, apesar de existirem diferenças nos graus de satisfação, estas não são estatisticamente significativas.

Quadro 15 : Comparação dos valores da média (desvio padrão) das quatro dimensões da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis Sócio-Demográficas	Satisfação com a família		Satisfação com amigos		Intimidade		Atividades sociais	
	M (DP)	t p	M (DP)	t p	M (DP)	t p	M (DP)	t p
<i>Idade</i>								
Menos de 18 anos (n = 38)	3,5 (1,2)	0,900 0,370	3,2 (1,0)	0,324 0,747	2,9 (1,1)	0,343 0,732	2,4 (1,1)	0,602 0,548
18 a 21 anos (n = 70)	3,3 (1,5)		3,1 (1,1)		2,9 (0,9)		2,3 (1,0)	
<i>Escolaridade completada</i>								
1º ano - 4º ano (n = 10)	2,9 (1,8)	F p	3,3 (1,3)	F p	3,2 (0,5)	F p	2,4 (0,9)	F p
5º ano - 6º ano (n = 48)	3,3 (1,3)		3,0 (1,0)		2,8 (0,9)		2,4 (1,1)	
7º ano - 9º ano (n = 42)	3,4 (1,4)		3,2 (1,0)		3,0 (1,0)		2,3 (1,1)	
10º ano - 12º ano (n = 7)	3,5 (1,4)		3,5 (0,7)		2,8 (1,1)		2,6 (0,8)	
<i>Com quem vive?</i>								
Vive com a família (n = 55)	3,8 (1,3)	t p	3,2 (1,0)	t p	2,8 (0,9)	t p	2,4 (1,0)	t p
Vive numa Instituição (n = 53)	2,9 (1,3)	3,527 0,001	3,1 (1,1)	0,198 0,843	3,0 (1,0)	-1,304 0,195	2,3 (1,0)	0,277 0,782
<i>Situação profissional</i>								
Empregada (n = 17)	2,9 (1,6)	F p	3,0 (1,1)	F p	2,9 (1,0)	F p	2,2 (0,9)	F p
Desempregada (n = 44)	3,6 (1,3)	2,079 0,130	3,1 (1,1)	0,342 0,711	2,7 (0,8)	1,409 0,249	2,4 (1,1)	0,244 0,784
Estudante (n = 46)	3,2 (1,2)		3,2 (0,9)		3,1 (1,0)		2,3 (1,0)	
<i>Que idade tinha quando nasceu a criança</i>								
< 18 anos (n = 82)	3,3 (1,4)	U p	3,2 (1,0)	U p	2,9 (0,9)	U p	2,4 (1,0)	U p
>= 18 anos (n = 26)	3,4 (1,4)	1055 0,936	2,9 (0,9)	859 0,136	3,0 (1,0)	967 0,475	2,1 (1,0)	866 0,147

### Questionário do estado de Saúde SF-36

Apresentam-se no quadro 16 as principais estatísticas descritivas (média, desvio padrão e amplitude) e número de itens para cada uma das sub-escalas/dimensões utilizadas neste estudo.

Quadro 16: Estatísticas descritivas (dimensões ordenados por ordem decrescente da média), relativas às dimensões da escala SF-36.

<i>Dimensões SF-36</i>	N	Média (DP)	Número de itens	Mínimo	Máximo
Desempenho Físico (DF)	108	81,0 (30,4)	4	0	100
Funcionamento Físico (FF)	108	78,6 (25,7)	10	0	100
Dor Corporal (DC)	108	73,9 (25,8)	2	0	100
Funcionamento Social (FS)	108	64,0 (27,1)	2	0	100
Desempenho Emocional (DE)	108	63,9 (40,8)	3	0	100
Saúde Geral (SG)	108	63,4 (21,9)	5	0	100
Saúde Mental (SM)	108	53,3 (24,2)	5	0	100
Vitalidade (VT)	108	53,2 (22,3)	4	0	100

Assim, conclui-se que os participantes avaliam como mais positiva a sua saúde ao nível do “Desempenho Físico”, “Funcionamento Físico” e da “Dor Corporal”. Por sua vez, verificou-se uma menor percepção de saúde quanto às dimensões “Saúde Mental” e “Vitalidade”.

Quadro 17 : Comparação dos valores da média (desvio padrão) das dimensões do Estado de Saúde (SF-36) de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis Sócio-Demográficas	Desempenho Físico			Funcionamento Físico			Dor Corporal			Funcionamento Social		
	M (DP)	t	p	M (DP)	t	p	M (DP)	t	p	M (DP)	t	p
<i>Idade</i>												
Menos de 18 anos (n = 38)	85,5 (23,7)	1,256	0,212	75,4 (26,9)	-0,972	0,333	80,6 (19,7)	2,216	0,029	68,4 (21,8)	1,360	0,177
18 a 21 anos (n = 70)	78,6 (33,3)			80,4 (25,0)			70,3 (28,0)			61,6 (29,4)		
<i>Escolaridade completada</i>												
1º ano - 4º ano (n = 10)	67,5 (42,6)	0,943	0,423	78,2 (28,4)	0,646	0,587	75,9 (29,9)	0,560	0,643	61,4 (27,8)	1,008	0,392
5º ano - 6º ano (n = 48)	83,3 (27,9)			75,4 (27,2)			72,5 (26,3)			60,1 (27,2)		
7º ano - 9º ano (n = 42)	79,8 (31,4)			81,5 (24,2)			73,5 (26,2)			68,4 (27,8)		
10º ano - 12º ano (n = 7)	89,3 (19,7)			86,6 (22,7)			85,9 (13,5)			73,5 (17,4)		
<i>Com quem vive?</i>												
Vive com a família (n = 55)	72,3 (35,6)	-3,207	0,002	74,5 (25,9)	-1,707	0,091	70,3 (28,9)	-1,502	0,136	57,9 (26,7)	-2,437	0,016
Vive numa Instituição (n = 53)	90,1 (20,4)			82,9 (25,0)			77,7 (21,7)			70,4 (26,3)		
<i>Situação profissional</i>												
Empregada (n = 17)	83,8 (29,2)	4,332	0,016	79,9 (29,6)	0,022	0,978	73,5 (26,3)	0,505	0,605	67,2 (31,4)	4,084	0,020
Desempregada (n = 44)	71,0 (37,3)			78,7 (23,3)			71,4 (27,4)			55,8 (25,9)		
Estudante (n = 46)	89,1 (19,5)			78,4 (27,1)			76,9 (24,4)			71,4 (24,5)		
<i>Que idade tinha quando nasceu a criança</i>												
< 18 anos (n = 82)	81,1 (30,8)	1046	0,868	79,8 (25,4)	922	0,291	75,7 (24,3)	960	0,437	64,8 (26,6)	1009	0,678
>= 18 anos (n = 26)	80,8 (29,4)			74,9 (26,8)			68,5 (30,0)			61,5 (29,1)		

Quadro 17 (continuação): Comparação dos valores da média (desvio padrão) das dimensões do Estado de Saúde (SF-36) de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis Sócio-Demográficas	Desempenho Emocional		Saúde Geral		Saúde Mental		Vitalidade	
	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t	M (DP)	t
<i>Idade</i>								
Menos de 18 anos (n = 38)	73,7 (33,0)	2,019	65,4 (22,9)	0,730	52,8 (23,0)	-0,154	56,2 (21,9)	1,034
18 a 21 anos (n = 70)	58,6 (43,8)		62,2 (21,4)		53,6 (25,0)		51,6 (22,6)	
<i>Escolaridade completada</i>								
1º ano - 4º ano (n = 10)	63,3 (45,7)	1,063	62,6 (21,2)	0,577	57,2 (20,8)	0,451	61,6 (23,7)	0,503
5º ano - 6º ano (n = 48)	61,1 (40,9)		60,8 (24,4)		51,1 (24,7)		53,1 (21,2)	
7º ano - 9º ano (n = 42)	63,5 (41,5)		65,0 (19,9)		55,2 (23,3)		53,1 (22,9)	
10º ano - 12º ano (n = 7)	90,5 (25,2)		71,1 (19,2)		59,4 (27,0)		50,4 (19,4)	
<i>Com quem vive?</i>								
Vive com a família (n = 55)	55,8 (43,1)	-2,152	60,5 (21,8)	-1,367	51,6 (24,8)	-0,740	51,6 (21,1)	-0,774
Vive numa Instituição (n = 53)	72,3 (36,8)		66,3 (21,9)		55,1 (23,8)		54,9 (23,6)	
<i>Situação profissional</i>								
Empregada (n = 17)	58,8 (41,7)	2,779	62,1 (18,2)	0,936	56,2 (24,1)	0,496	57,6 (23,1)	0,416
Desempregada (n = 44)	55,3 (44,3)		60,3 (22,2)		51,1 (24,0)		51,9 (19,2)	
Estudante (n = 46)	74,6 (35,3)		66,5 (23,1)		55,6 (23,7)		54,0 (23,9)	
<i>Que idade tinha quando nasceu a criança</i>								
< 18 anos (n = 82)	65,0 (39,9)	1020	63,8 (21,7)	1016	52,5 (23,0)	993	55,8 (21,7)	796
>= 18 anos (n = 26)	60,3 (44,2)		61,9 (22,9)		56,0 (28,1)		45,1 (22,9)	

No quadro 17 representam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas para cada dimensão do estado de Saúde (SF-36). Os resultados evidenciam que, em relação à variável “idade”, os indivíduos com idade inferior a 18 anos, apresentam valores significativamente mais elevados aos que tinham 18 a 21 anos, relativamente às seguintes dimensões da percepção do estado de saúde: “Dor Corporal (DC)” e “Desempenho Emocional (DE)”.

Relativamente à variável “Com quem vive”, as mães adolescentes que vivem numa instituição apresentam valores significativamente mais elevados às que viviam com a família no que diz respeito às seguintes dimensões da percepção do estado de saúde: “Desempenho Físico (DF)”; “Funcionamento Social (FS)” e “Desempenho Emocional (DE)”.

A análise por “Situação profissional” revela que apenas foram encontradas diferenças significativas para as dimensões “Desempenho Físico (DF)” e “Funcionamento Social (FS)”, sendo que as mães adolescentes estudantes apresentam valores significativamente mais elevados de percepção de saúde e as mães adolescentes que se encontravam desempregadas apresentam a pior percepção de saúde.

Quadro 18: Correlações entre as dimensões da Escala ESSS e as dimensões da Escala SF-36.

	ESSS			
	Satisfação com a família (SF)	Satisfação com amigos (SA)	Intimidade (IN)	Actividades sociais (AS)
<i>SF-36</i>				
Desempenho Físico (DF)	0,032	-0,083	0,084	0,009
Funcionamento Físico (FF)	-0,026	-0,087	-0,011	-0,016
Dor Corporal (DC)	0,128	0,235*	0,156	0,228*
Funcionamento Social (FS)	0,126	0,103	0,312**	0,207*
Desempenho Emocional (DE)	0,15	0,087	0,222*	-0,024
Saúde Geral (SG)	0,118	0,114	0,238*	0,136
Saúde Mental (SM)	0,286**	0,293**	0,461**	0,170
Vitalidade (VT)	0,235*	0,242*	0,290**	0,160

Coeficientes de correlação de Pearson (\*p<0.05; \*\*p<0.01)

As diferentes correlações entre as dimensões das escalas ESSS e SF-36, encontram-se representadas no quadro 18. De uma forma geral, verifica-se a existência de uma

correlação positiva fraca/moderada e significativa entre as seguintes dimensões da SF-36 e as seguintes dimensões da ESSS:

- A “Dor Corporal (DC)” está significativamente correlacionada com a “Satisfação com Amigos (SA)” e “Actividades sociais (AS)”;
- O “Funcionamento Social (FS)” está significativamente correlacionado com a “Intimidade (IN)” e “Actividades sociais (AS)”;
- O “Desempenho Emocional (DE)” está significativamente correlacionado com a “Intimidade (IN)”;
- A “Saúde Geral (SG)” está significativamente correlacionada com a “Intimidade (IN)”;
- A “Saúde Mental (SM)” está significativamente correlacionada com a “Satisfação com a Família (SF)”, “Satisfação com amigos (SA)” e “Intimidade (IN)”;
- A “Vitalidade (VT)” está significativamente correlacionada com a “Satisfação com a Família (SF)”, “Satisfação com amigos (SA)” e “Intimidade (IN)”.

### **3.6 DISCUSSÃO**

Na discussão, procura-se fazer uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando realçar o seu significado e implicações.

A discussão dos resultados é organizada de forma sequencial, de modo a dar resposta aos objectivos formulados.

#### **Caracterização da amostra**

##### **Idade**

Ao delinear o presente estudo, verificou-se que, para a amostra das adolescentes tinham em média cerca de 19,5 anos de idade. Essa média fundamenta-se na divisão de Baumrind (Family and Youth Services Bureau, 1997), na qual a adolescência estaria compreendida entre os 11 e os 21 anos.

## **Estado Civil**

A grande maioria das jovens eram solteiras. Segundo Lourenço (1998), a maternidade adolescente ocorre muitas vezes fora do casamento ou de uma relação estável.

## **Escolaridade**

As escolaridades completadas com maior frequência por este grupo de adolescentes correspondem ao 5º e 6º ano de escolaridade. Tradicionalmente, a gravidez é mais precoce nas camadas em que o acesso a um trabalho menos diferenciado e a interrupção da escolaridade são igualmente mais precoces. (Cabral, 2002). A gravidez na adolescência associa-se a baixa escolaridade, desemprego ou precariedade do emprego e pobreza, além de ser maioritariamente não planeada (Amazarray et al., 1998; Canavarro & Pereira, 2001).

## **Com quem vive**

Em relação à variável com quem vive, constatou-se que aproximadamente metade das jovens inquiridas vivia com a família e a outra metade vivia em instituição. As mães adolescentes têm maior probabilidade do que as que foram mães mais tarde de não ter domicílio próprio (Jiménez, 2000; Letourneau et al., 2004), não ser financeiramente independentes ou mesmo viver na pobreza (Berry et al., 2000; Figueiredo, 2000; Griffiths et al., 2005; Jiménez, 2000; Letourneau et al., 2004; Miller, 2000; Roye & Balk, 1996; Unger et al., 2000). As jovens que viviam em instituição, em média, permaneciam 1,1 anos, vivendo 49% dos inquiridos entre os 6 a 12 meses na Instituição. Constatou-se também que 72% das jovens que constituíam a mostra recebiam apoio de uma instituição.

## **Idade da mãe no nascimento da criança**

Em relação ao momento do nascimento da criança as jovens que constituíam a amostra tinham em média 16,3 anos de idade. Alguns autores referem uma redução da idade da menarca como factor de risco para a gravidez na adolescência (Jiménez et al., 2000).

Segundo dados do INE, em 2007, ocorreram 4774 nascimentos junto de mães adolescentes entre os 15 e 19 anos e ocorreram 70 nascimentos junto de mães adolescentes com menos de 15 anos.

## **O assumir da paternidade**

Verificou-se também que na maioria dos casos (73%) os pais assumiram a paternidade, contrariando a literatura convencional que descreve o companheiro da adolescente como alguém irresponsável, que não se envolvia na gravidez, que não assumia as responsabilidades da paternidade, que abandonava a adolescente, que sozinha tinha que lidar com as questões da gravidez e da maternidade, muitas vezes, em situações económicas adversas (Lamb, 1992).

## **Suporte Social**

Relativamente ao suporte social foi observado que a “satisfação com a família” e a “satisfação com os amigos”, foram as dimensões de ESSS com as quais as jovens demonstraram estar mais satisfeitas.

Foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos em estudo (mães adolescentes institucionalizadas e mães adolescentes não institucionalizadas) em relação à satisfação com o apoio social. Assim, as jovens que vivem em família demonstraram uma maior satisfação com a família do que aquelas jovens que vivem em instituição. O apoio social parece ocupar um lugar preponderante enquanto factor protector, quer para a jovem mãe, quer para o seu filho – este apoio aumenta a probabilidade de uma transição bem sucedida para a parentalidade, associando-se a menor psicopatologia materna e maior qualidade dos cuidados prestados à criança (Canavarro & Pereira, 2001).

O apoio social por parte da família em termos emocionais, instrumentais e económicos associa-se ao bem-estar materno, menores índices de depressão e menor risco de abuso da criança (Jiménez et al., 2000).

### **Percepção do estado de saúde**

Relativamente à percepção do estado de saúde, verificou-se que as jovens que viviam em instituição apresentaram uma melhor percepção do estado de saúde, relativamente às dimensões: Desempenho Físico, Funcionamento Social, e Desempenho Emocional, no entanto, não se distinguem quanto às restantes dimensões.

Estes resultados talvez se possam dever ao facto de, na prática e em contexto de instituição, as jovens terem à sua disposição melhores condições físicas, apoio médico, psicológico e social.

Na análise por situação profissional foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a dimensão Desempenho Físico e Funcionamento Social, sendo que as mães adolescentes estudantes apresentam valores significativamente mais elevados de percepção de saúde do que as mães adolescentes que se encontravam desempregadas. Tais resultados podem dever-se ao facto de que as jovens desempregadas ainda não estão em condições físicas nem emocionais favoráveis à procura de trabalho, resultando assim por parte das mães desempregadas numa pior percepção do estado de saúde.

Os resultados deste estudo não podem deixar de ser avaliados tendo em conta as limitações da investigação, daí que a interpretação e generalização dos mesmos resultados deva revestir-se de alguma prudência. Entre uma das limitações registam-se aquelas de carácter temporal que obrigaram a um estudo transversal. Seria portanto enriquecedor que pesquisas futuras pudessem retomar este tema, alargando-o a um estudo longitudinal.

Outra das limitações é o desconhecimento das histórias de vida das jovens, bem como a diversidade etária dos filhos (foram avaliadas em simultâneo jovens com filhos em idades diferentes), factor que resulta numa maior ou menor adaptação de cada uma delas.

## CONCLUSÃO

Os resultados da presente investigação sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo - jovens que vivem com a família e jovens institucionalizadas - quanto à satisfação com o apoio social e à percepção de saúde. Assim, as jovens que vivem em família demonstraram uma maior satisfação com a família do que aquelas jovens que vivem em instituição.

Em relação à percepção do estado de saúde os resultados sugerem que as jovens que viviam numa instituição apresentaram uma melhor percepção do estado de saúde, relativamente às dimensões: Desempenho Físico, Funcionamento Social e Desempenho Emocional.

Em investigações futuras poderá ser implementado um estudo de design longitudinal que permita estudar a evolução ao longo do tempo e as suas consequências, a médio e longo prazo, da problemática das mães adolescentes e do seu recurso a diferentes fontes e tipos de apoio.

Poderia ser enriquecedor analisar - através de um estudo realizado com uma amostra mais representativa deste grupo populacional a nível nacional - se são efectivamente as mães mais jovens aquelas que mais recorrem à institucionalização e se elas se sentem verdadeiramente apoiadas pelas mesmas.

Outra investigação importante poderia analisar se as jovens mães adolescentes se sentem verdadeiramente apoiadas ou não pelos pais dos seus filhos.

Analisando os resultados obtidos na presente investigação, é notório que as instituições ficam muito aquém das expectativas das jovens (as mesmas parecem não se sentir acompanhadas em todas as suas necessidades, medos, preocupações, receios, ou em todas as situações que lhe dizem respeito, quer seja a nível escolar, profissional, pessoal, social ou afectivo).

Em geral, estas jovens não têm retaguarda familiar, são oriundas de famílias desestruturadas e com inúmeras problemáticas associadas, tais como maus tratos, alcoolismo, droga, desemprego, precariedade económica, entre outras. Por norma, são jovens imaturas, irresponsáveis face à sua condição de mãe, sem hábitos de higiene e alimentação, sem regras; no fundo a necessitarem de uma intervenção a todos os níveis bio-psico-social. Deste modo, estas jovens apresentam com regularidade um percurso de vida mais complicado e com menos apoio, ou mesmo nenhum, da parte da família. Quando chegam à instituição necessitam de adquirir competências materno-infantis para

poderem ter sucesso no exercício da sua condição de mãe, ao mesmo tempo que parecem também necessitar de muito investimento a nível físico e emocional. Procuram apoio individual, mostrando ser desprovidas de carinho, afecto, atenção, compreensão e apoio.

Na prática, será importante ser revisto o modo de funcionamento das Instituições quer a nível da ocupação - o número médio de ocupação situa-se entre as 15-20 jovens (mais filhos), grupo demasiado elevado do ponto de vista de um correcto acompanhamento individual -, quer a nível da intervenção - de modo a conseguir criar elementos de identificação afectiva para que ocorra a identificação profunda com os valores, atitudes e comportamentos que resultem numa bem sucedida ressocialização. Tal condição poderá proporcionar às jovens condições potenciadoras de disposições que as colocarão em melhor posição para aceder a verdadeiros sucessos sociais.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, B. N., Mcanarney, E. R., Panzarine, S. E Tuttle, J. I. (1990). Successful contraceptive behavior among adolescent mothers: Are there predictors? *Journal oh Adolescent Health Care, 11*, 319-325.
- Alan Guttmacher Institute (1981). *Teenage Pregnancy: The problem that won't go away*. New York: Aldine de Gruyter.
- Alves, S. N. (2007). *Filhos da madrugada - percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Amazarray, M. R., Machado, P.S., Oliveira, V.Z. & Gomes, W.B. (1998). A experiência de assumir a gestação na adolescência: Um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(3),431-440.
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M. & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*, 295-302.
- Arai, L. (2003). British policy on teenage pregnancy and childbearing: the limitations of comparisons with other European countries. *Critical Social Policy, 23* (1) 89-102.
- Almeida, J.M.R. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alpers, R.R. (1998). The changing self-concept of pregnant and parenting teens. *Journal of Professional Nursing, 14*(2), 111-118.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benyamini, Y., Leventhal, E., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine, 62* (3), 354-364.
- Benson, M. J. (2004). After the adolescent pregnancy: parents, teens and families. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21* (5), 435-455.
- Berger, P., e Luckman, T. (1998). *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Berry, E.H., Shillington, A. M., Peak, T. & Hohman, M. M. (2000). Multi-ethnic comparison of risk and protective factors for adolescent pregnancy. *Child and Adolescent Social Work Journal, 17*(2), 79-96.
- Breslow, L. (1989). Health status measurement in the evaluation oh health promotion.

- Medical Care*, 27 (3Sup.), S205-S216.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: Para uma psicologia cultural*. Lisboa: Edições 70.
- Bruner, J. (1996). *The culture of education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cabral, C.S. (2002). *Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canvarro, M., & Pereira, A.(2001) Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castro, R., Campero, L. & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*,31(4), 425-435.
- Cervera, N. (1991) Unwead teenage pregnancy: Family relationships with the father of the baby. *Families in society*,72(1), 29-37.
- Cordeiro, J.D. (1987). *A saúde mental e a vida (2ª edição)*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Correia, M.J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*,3(16), 365-371.
- Culp, A. M., Culp, R E., Noland, D.& Anderson, J.W. (2005). Stress, marital satisfaction, and child-care provision by mothers of adolescent mothers: Considerations to make when providing services. *Children and Youth Review*. (in press). Disponível em [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds). *Handbook of qualitative research (Second Edition)* (1-28). London: Sage Publications.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Direcção Geral de Saúde. (2003). *Elementos Estatísticos: Informação geral: saúde 2000*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Elkind, D. (1982). Egocentrism in Adolescence. In J.K. Gardner (Ed.), *Readings in developmental psychology (Second Edition)* (383-390). Boston: Little, Brown and Company.
- Erikson, E.H. (1982). Life cycle. In J.K. Gardner (Ed.), *Readings in developmental psychology (Second Edition)* (3-12). Boston: Little, Brown and Company.
- Family and youth services bureau. *Understanding youth development: promotion positive pathways of growth*. Washington: Us Departement of Health and Human Services, 1997. Disponível online em [www.ncfy.com/publications/undyouth.htm](http://www.ncfy.com/publications/undyouth.htm).
- Fidalgo, L. (2003). *(Re)construir a Maternidade numa Perspectiva Discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (18), 485-498.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(20), 203-217.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3(22), 551-570.
- Ferreira, R., Mota, G. & Seabra, F. (2006). Growing up in a philharmonic band: a cultural perspective. In ISME (Ed.), *Proceedings of the 21st International Seminar on Research in Music Educations*. Bali: Hong Kong Baptist University.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Geronimus, A.T. (2003). Dammed if you do: Culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science & Medicine*, 57, 881-893.
- Glazer, S. (2005). Social Support across cultures. *International Journal of Intercultural Relations*. (Article in Press). Disponível online em [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Grady, M. A. & Bloom, K.C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a Centering Pregnancy Program. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 412-420.
- Green, C., & Pope, C. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15 (1), 29-34.
- Griffiths, S., Jewell, T. & Donnelly, P. (2005). Public Health in practice: the three domains of public health. *Public health*, 119, 907-913.

- Hanna, B. (2001). Adolescent parenthood: a costly mistake or a research for love? *Reproductive Health Matters*, 9 (17), 101-107.
- Hansen, E., Holstein, B., Due, P., & Currie, C. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. (Articles Ahead of Print). Retirado em 6 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: [www.theannals.com/](http://www.theannals.com/) The Annals of Pharmacotherapy.
- Harris, J. (1993). Young People's Perceptions of Health, Fitness and Exercise. *British Journal of Teaching Physical Education*, 13, 5-9.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rodhen, F., Brandão, E., Knauth, D., VÍctora, C., Aquino, E., McCallum, C. & Bozon, M. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 13-45.
- Himmel, W. (2001). Subject health concepts and health-related quality of life – is there a correlation? *Sozial und Praventivmedizin*, 46(2), 87-95.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1976). *Da Lógica da criança à lógica do adolescente*. S. Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1982). Adolescent Thinking. In J.K. Gardner (Ed.). *Readings in developmental psychology (Second Edition)*(375-182). Boston: Little, Brown and Company.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). Estatísticas Demográficas 2004.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). Lisboa 2007.
- Jesse, E., Walcott – Mcquigg, J., Mariella, A. & Swanson, M. S. (2005). Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 405-410.
- Jimenez, M. A., Martin, A.R. & Garcia, J. R.(2000). Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *European Journal of Epidemiology*, 16, 527-532.
- Johnson, R. L. (2002). Pathways to adolescent health: Early intervention. *Journal of Adolescent Health*, 31, 240-250.
- Justo, J. M. R. M., Bacelar-Nicolau, H., Dias, O. (1999). Evolução Psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 115-129.

- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117 (3), 292-304.
- Kegler, M., Bird, S., Kyle-moon, K. & Rodine, S. (2001). Understanding Teen Pregnancy from the perspective of young Adolescents in Oklaoma City. *Health Promotion Practice*,2(3), 242-254.
- Kelley, L. S., Sheeder, J. & Stevens-Simon, C. (2005). Why lightning strikes twice: Postpartum resumption of sexual activity during adolescence. *Journal of Paediatric and Adolescent Gynecology*, 18, 327-335.
- Kohlberg, L. (1982). The Child as a moral philosopher. In J. K. Gardner (Ed.) *Readings in developmental psychology (Second Edition)*(pp. 391-399). Boston: Little, Brown and Company.
- Lamb, M.E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (X), 19-34.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos (2ª edición)*. Barcelona: Martínez Roca Libros Universitarios y Profesionales.
- Leal, I. P. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*,2(10), 229-234.
- Lerner, R. (1998). *Adolescent development*. In [www.psych.annualreviews.org](http://www.psych.annualreviews.org)
- Letourneau, N. L., Stewart, M. J. & Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*, 35, 509-525.
- Lourenço, M. M. C. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência*. Lisboa: Fim de Século.
- Marques, M. (2005). *Para a compreensão de um envolvimento musical – Experiência de alunos de guitarra clássica e de guitarra jaz no ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Martin, A. & Jiménez, M. A. (2001), Epidemiological assessment of the influence of socio-family factors in adolescent pregnancy. *European Journal of epidemiology*, 17, 653-659.
- Menezes, I. (1990). O desenvolvimento Psicosexual In. B. P. Campos (Coord), *Psicologia do Desenvolvimento e educação dos jovens* (139-185). Lisboa: Universidade Aberta.
- Merriam, S.(1998). *Qualitative research and case study applications in education (2ª edição)*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Miller, B. C., Benson, B. & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38.
- Miller, F. C. (2000). Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13, 5-8.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, P. & Melo, A. (Orgs.). (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto. Porto Editora.
- Mossey, J. & Shapiro, E. (1982). Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of public health*, 72 (8), 800-808.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social (Vol. 1)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Oliveira, M. (1999). Os jovens e os seus pares. Estudo sociométrico de uma população escolar. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Versão Portuguesa “Uma conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.
- Pacheco, J. A. & Gomes, M. M. (2005). Parecer nº 6/2005. Educação Sexual nas Escolas. Conselho Nacional de Educação.
- Pereira, M. G. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? Ilações com base nos resultados de um questionário. *Análise Psicológica*, 3(11), 415-424.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, D. V. & Cardoso, M. F. (2002). O mundo interpessoal da grávida adolescente. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 1, 19-36.
- Perkins, D.F. & Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28, 547-563.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D. E., Kahn, J. R. (1986). Early subsequent pregnancy among economically disadvantaged teenage mothers. *American journal of Public health*, 76, 167-171.
- Prazeres, V. (2002). *A earlyadolescentes, pais e tudo o mais*. Lisboa: Texto Editora.

- Queiroz, M.C.,(2004). *Socialização Primária e Exclusão Social: que tipo de organização pode gerar a mudança cultural?'*", comunicação apresentada no VII Congresso Afro-Luso-Brasileiro de Ciências Sociais em Coimbra.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de Satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*.(1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O Importante é a Saúde*. Merck Sharp & Dohme.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Roque, O. (2003). *Mamãs de palmo e meio: Gravidez e maternidade na adolescência*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Roye, C. F. & Balk, S. J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. *Journal of Adolescent Health*, 19, 86-93.
- Rubin, H.J. & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (2nd Edition). Thousand Oaks: Sage Publications
- Seeman, T. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442-451.
- Singer, J.E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-treatning illness. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health. (Vol IV)*. (269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Slykerman, R. F. et al. (2005). Maternal stress, social support and preschool children's intelligence. *Early Human Development (article in press)*. Disponível online em [www.elsevier.com/locate/erlumdev](http://www.elsevier.com/locate/erlumdev).
- Soares, I., Marques, M., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, R. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: um estudo longitudinal. In M. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Stern, D. N. & Brusweiler-Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto:Ambar.

- Unger, J. B., Molina, G.B. & Teran, L. (2000). Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *Journal of Adolescent Health, 26*, 205-212.
- UNICEF (2001). *A League table of teenage births in rich nations. Innocenty Report Card n° 3*, Florença: UNICEF Innocenty Research Centre.
- Voydanoff, P. & Donnelly, B. W. (1990). *Adolescent sexuality and pregnancy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal Public Health, (Supplem 59)*, 72-77.
- Whitehead, E. (2001). Teenage pregnancy: On the road to social death. *International Journal of Nursing Studies, 38*, 437-446.
- WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneve. WHO.
- Wiemann, C. M., Rickert, V. I., Berenson, A. B. & Volk, R. J. (2005). Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy?. *Journal of Adolescent Health, 36*, 352e1-352-e7.
- Woodward, V. M. (1995). Psychosocial factors influencing teenage sexual activity, use of contracepcion, and unplanned pregnancy. *Midwifery 11*, 210-216.
- Zajicek-Farber, M. L. (1998). Promoting good health in adolescents with disabilities. *Health and Social Work, 23* (3), 203-213.
- Zimmerman, M. A., Tuttle, L., Kieffer, E., Parker, E. & Caldwell, C. (2001). Psychosocial outcomes of urban African American adolescents, born to teenage mothers. *American Journal of Community Psychology, 29*(5), 779-785.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Autorização da aplicação das escalas**

RE: Pedido de Autorização

segunda-feira, 10 de Julho de 2006 19:32:21

De: jlpr@netcabo.pt  
Para: baptisti@aeiou.pt  
Desconhecido <text/rtf>

Autorizo o pedido abaixo

JLPais Ribeiro

---

De: baptisti@aeiou.pt [mailto:baptisti@aeiou.pt]  
Enviada: seg 10-07-2006 13:23  
Para: jlpr@fpce.up.pt  
Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Professor Doutor Pais Ribeiro

Em primeiro lugar gostaria de lhe agradecer a autorização concedida, para a utilização do SF-36. Em segundo lugar, venho pedir autorização para utilizar a escala de satisfação com o suporte social. Peço desculpa de não ter pedido logo a autorização para as duas escalas, mas quando lhe formulei o pedido para a utilização do SF-36, ainda me encontrava à espera de receber o Assis através da Dra Margarida Ourô. Depois de juntamente com a minha orientadora, Dra Isabel Silva, analisarmos o referido instrumento concluímos que o mais adequado para o meu estudo seria a escala de satisfação com o suporte social, uma vez que o Assis levantou algumas duvidas. Assim venho por este meio pedir autorização para utilizar a escala de satisfação com o suporte social. Relembro que o meu nome é Daniela Maia, sou Assistente Social, e aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Encontro-me neste momento a elaborar a dissertação de mestrado sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva. A minha investigação centra-se na temática da maternidade na adolescência. Pretendo fazer um estudo de carácter exploratório e transversal, sendo a amostra desse mesmo estudo jovens mães adolescentes institucionalizadas e jovens mães adolescentes não institucionalizadas, sendo o título da minha investigação : O suporte social e a Qualidade de Vida na maternidade na adolescência.

Sem mais assunto de momento, coloco-me à disposição para esclarecer qualquer duvida que possa surgir.

Com os melhores cumprimentos

Daniela Maia

---

CEAC - Cursos Formação Profissional. Saiba mais aqui.:  
<http://ceac.online.pt>

Re: Pedido de Autorização

quinta-feira, 6 de Julho de 2006 9:22:04

De: jlpr@netcabo.pt

Para: baptisti@aeiou.pt

Autorizo a utilização da versão que tenho publicada no meu estudo mas saliento que esta versão pertence à organização americana que está referenciada no livro.

JLPais Ribeiro

----- Original Message -----

From: <baptisti@aeiou.pt>

To: <jlpr@fpce.up.pt>

Sent: Wednesday, July 05, 2006 10:22 AM

Subject: Pedido de Autorização

Exmo Professor Doutor Pais Ribeiro

O meu nome é Daniela Maia, sou Assistente Social, e aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Encontro-me neste momento a elaborar a dissertação de mestrado sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva. A minha investigação centra-se na temática da maternidade na adolescência. Pretendo fazer um estudo de carácter exploratório e transversal, sendo a amostra desse mesmo estudo jovens mães adolescentes institucionalizadas e jovens mães adolescentes não institucionalizadas, sendo o título da minha investigação : O suporte social e a Qualidade de Vida na maternidade na adolescência. Depois de ter lido o livro de autoria de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, O Importante é a Saúde, fiquei com um conhecimento mais aprofundado do SF -36, instrumento para avaliar a percepção do estado de saúde, achando que é perfeitamente adequado à investigação que pretendo levar a cabo. Assim, venho por este meio pedir autorização para utilizar o SF-36 no meu estudo.

Sem mais assunto de momento, coloco-me à disposição para esclarecer qualquer duvida que possa surgir.

Com os melhores cumprimentos

Daniela Maia

---

CEAC - Cursos Formação Profissional. Saiba mais aqui.:  
<http://ceac.online.pt>

## **Anexo 2 - Questionário Sócio-Demográfico**

### Questionário Sócio-Demográfico

**Introdução:** As perguntas que se encontram a seguir, são em relação a si e à sua família. Não tem que assinar, nem escrever o nome em nenhum local desta folha. Os dados que nos der serão usados para compreender melhor a maternidade na adolescência. É importante que seja o mais honesta possível e que responda a todas as questões.

**Nota: O seu nome não vai ser revelado a ninguém, nem vai ser usado em nenhum trabalho a ser realizado. Também não serão revelados nenhuns outros dados que permitam identificá-la.**

Que idade tem? \_\_\_\_\_ anos

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Com quem vive: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se for o caso, há quanto tempo está na Instituição? \_\_\_\_\_

Se não está, já esteve em alguma instituição? Qual? \_\_\_\_\_

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de apoio de alguma instituição? \_\_\_\_\_

Emprego/Ocupação? \_\_\_\_\_

Que idade tinha quando nasceu a criança? \_\_\_\_\_

Que idade tem a criança? \_\_\_\_\_

O pai da criança assumiu a paternidade? \_\_\_\_\_

O pai da criança costuma visitá-la? \_\_\_\_\_

Descreva a sua família:

	Profissão	Escolaridade	Idade
Mãe			
Pai			
Irmão/irmã			
Irmão/irmã			
Irmão/irmã			
Irmão/irmã			
Pai da criança			
Outras pessoas Quem?			

Mantém contacto com alguém da sua família? \_\_\_\_\_

**Este questionário terminou. Obrigado pela sua colaboração!**

### **Anexo 3 - Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)**

### SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **Anexo 4 - Escala de Percepção Estado de Saúde (SF-36)**

Questionário do Estado de Saúde SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima ..... 1
- Muito boa ..... 2
- Bom ..... 3
- Razoável ..... 4
- Fraca ..... 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor ..... 1
- Com algumas melhorias ..... 2
- Aproximadamente igual ..... 3
- Um pouco pior ..... 4
- Frustrado ..... 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa HO SEU dia a dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou arrastar a casa	1	2	3
C Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D Subir vários degraus de escada	1	2	3
E Subir um longo de escada	1	2	3
F Inclinar-se, ajoelhar-se ou abanar-se	1	2	3
G Andar mais de 1 Km	1	2	3
H Andar vários quarteirões	1	2	3
I Andar um quarteirão	1	2	3
J Tomar banho ou vestir-me sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou outras actividades	1	2
B Fez menos do que queria	1	2
C Sentiu-se limitado/a ao tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
D Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou outras actividades	1	2
B Fez menos do que queria	1	2
C Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada ..... 1
- Pouco ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Muito ..... 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Devotamente ..... 1
- Muito fracas ..... 2
- Dignas ..... 3
- Moderadas ..... 4
- Fortes ..... 5

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interfereu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada ..... 1  
 Um pouco ..... 2  
 Moderadamente ..... 3  
 Bastante ..... 4  
 Imenso ..... 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	A maior parte do tempo					Nunca
	Sempre	Bastante	Algum	Pouco		
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitas a amigos ou familiares próximos)?

- Sempre ..... 1  
 A maior parte do tempo ..... 2  
 Algum tempo ..... 3  
 Pouco tempo ..... 4  
 Nunca ..... 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor, assinale um número em cada linha)	Totalmente verdadeira	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Careço que adoeça mais lá dentro do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou consciente/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é ótima	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração.

## **Anexo 5 - Consentimento Informado**

**Universidade Fernando Pessoa**  
**Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária**

**Consentimento Informado**

Os questionários que se seguem pertencem a um projecto de investigação que pretende avaliar a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida em mães adolescentes. Não há respostas certas ou erradas, ou seja qualquer resposta que dê está correcta e as respostas que der são confidenciais.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas se, por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo.

Obrigada por aceitar dar a sua colaboração.

Obrigada pela sua atenção.

Eu, abaixo assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_,  
tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecida sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada que tenho o direito de recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação, preenchendo os questionários.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

A Investigadora

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

## **Anexo 6 - Pedido de Aplicação de Questionários: Centro da Mãe**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Centro da Mãe  
A/C Dra Katerina Leacok  
Rua Brigadeiro Oudinot, nº 10 2º andar  
9060-038 Funchal

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra Katerina Leacok, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 7 – Pedido de Aplicação de Questionários: Lar Nossa Senhora do Bom Conselho**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Lar Nº Sra. Bom Conselho  
Rua D. João IV nº 892  
4000 Porto

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra Maria Vitória, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

## **Anexo 8 - Pedido de Aplicação de Questionários: ADAV Coimbra**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

ADAV Coimbra  
Praça 8 de Maio nº 42 2º andar  
Sala B  
3000-300 Coimbra

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Prof. Dra Ana Maria Ramalheira, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 9 - Pedido de Aplicação de Questionários: ADAV Leiria**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

ADAV Leiria  
Clínica Médica da Misericórdia,  
sala 2: R. N. Sra. da Encarnação  
2410-143 Leiria

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Margarida Simões, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

## **Anexo 10 - Pedido de Aplicação de Questionários: Ajuda de Mãe**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Ajuda de Mãe  
Rua Arco do Carvalhão, nº 282  
1350-026 Lisboa

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Eng. Madalena Teixeira, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 11 - Pedido de Aplicação de Questionários: Associação S. José**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Associação S. José  
Rua Ten-Cel Dias Pereira Braga  
4700- 445 Braga

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Lúcia, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 12 - Pedido de Aplicação de Questionários: Associação Socorros Médicos O  
Vigilante**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Associação Socorros Médicos O Vigilante  
Rua Elias Garcia nº 180 3º esq e dto  
Falagueira – 2700 Amadora

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Carla Luís, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 13 - Pedido de Aplicação de Questionários: Cáritas Diocesana da Guarda**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Cáritas Diocesana da Guarda  
Rua do Encontro nº 45  
6300-704 Guarda

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Carla Barreto, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 14- Pedido de Aplicação de Questionários: Casa de Protecção e Amparo de Sto António**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Casa de Protecção e Amparo de Sto António  
Calçada das Necessidades nº 2  
1350-214 Lisboa

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Mafalda Simões, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 15 - Pedido de Aplicação de Questionários: Centro de Apoio à Vida Valongo**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Centro de Apoio à Vida  
Rua Dias de Oliveira nº 64  
4440-598 Valongo

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Ana Sofia, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 16 - Pedido de Aplicação de Questionários: Centro de Apoio à Vida de Vila Real**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Centro de Apoio à Vida  
Rua Marechal Teixeira Rebelo nº 33  
5000-525 Vila Real

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Cátia Rebelo, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

**Anexo 17 - Pedido de Aplicação de Questionários: Lar do Divino Salvador**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Lar do Divino Salvador  
Rua Cimo de Vila, 171  
3830-159 Ílhavo

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Irmã Nazaré, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequente o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

## **Anexo 18 - Pedido de Aplicação de Questionários: Lar Luísa Canavarro**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Lar Luísa Canavarro  
Rua de S. Brás nº 293  
4000-495 Porto

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Directora Irmã Leontina, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).

## **Anexo 19 - Pedido de Aplicação de Questionários: Ponte de Apoio à Vida**

Daniela Baptista Maia Azedo  
Rua Duque de Palmela nº 29 3º F  
4000-373 PORTO  
Tlm: 918571994 / 963382823

Ponte de Apoio à Vida  
Rua Raul Mesnier du Ponsard nº 10  
1750-243 Lisboa

Assunto: Pedido de Colaboração num estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência

Exma Dra. Elisabete Pedroso, o meu nome é Daniela Baptista Maia Azêdo, frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto e venho por este meio solicitar a Vª Exª. a vossa colaboração/autorização para o preenchimento de três questionários, pelas jovens mães adolescentes da Vossa Instituição até aos 21 anos de idade, para realizar um estudo em investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada: O suporte Social e a Percepção do Estado de Saúde na Maternidade na Adolescência. Pretendo efectuar um estudo sobre o suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência, utilizando para o efeito dados recolhidos de jovens mães institucionalizadas e jovens mães não institucionalizadas.

Junto em anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Escala de percepção do estado de Saúde (SF-36). Envio também o consentimento informado que tem que ser assinado pelas próprias jovens, caso sejam maiores de 18 anos ou pelo representante legal caso sejam menores.

Caso surja alguma dúvida coloco-me inteiramente ao dispôr para o seu esclarecimento. Agradeço desde já a disponibilidade e a celeridade que esta investigação necessita e relembro que sem a vossa colaboração este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 18 de Setembro de 2006

---

(Daniela Maia Azedo).