

Maria Manuela Padrão da Silva Barbosa Pinho

**SUPORTE SOCIAL E ADAPTAÇÃO À
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Mestrado em Psicologia da Saúde
e Intervenção Comunitária



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2009

Maria Manuela Padrão da Silva Barbosa Pinho

**SUPORTE SOCIAL E ADAPTAÇÃO À
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Mestrado em Psicologia da Saúde
e Intervenção Comunitária



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2009

Maria Manuela Padrão da Silva Barbosa Pinho

SUPORTE SOCIAL E ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Mestrado em Psicologia da Saúde
e Intervenção Comunitária

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
mestre em Psicologia da Saúde e
Intervenção Comunitária.

Orientado por:

Professora Doutora Isabel Silva

AGRADECIMENTOS

Ao meu passado:

À Universidade Fernando Pessoa que me acolheu, me ajudou a crescer, potenciando o meu desenvolvimento pessoal e profissional;

A todos os meus professores, obrigada pelos ensinamentos, formação e exemplos de vida. Aos meus colegas de mestrado com os quais ultrapassei barreiras académicas;

Às jovens adolescentes que responderam aos questionários, o meu obrigada, pela coloração pois sem elas este trabalho teria sido impossível.

Ao meu presente:

Aos meus amigos porque acreditam em mim e contribuíram para que este projecto se torna-se realidade, obrigada por estarem comigo;

Às minhas colegas de trabalho, agradeço o apoio e compressão pelos meus momentos menos bons onde estão incluídos as minhas “rezinguisses”;

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Isabel Silva, pela disponibilidade, compreensão e pela confiança. Entendeu as minhas dificuldades, incentivou-me, corrigiu-me e confiou em mim, mostrando que sempre vale a pena.

Ao meu sempre:

À minha mãe, minhas tias e meu irmão, obrigada pelo amor incondicional;

Às minhas sobrinhas Daniela e Joana obrigada pelo apoio e incentivo;

Ao Zé Manel, meu marido, minha “bengala”, meu companheiro que fez de mim uma mulher feliz;

Aos meus filhos Artur, Carolina e João, razões da minha existência.

RESUMO

Os contornos da gravidez na adolescência têm vindo a serem alterados ao longo dos tempos. De um fenómeno “normal” há cerca de meio século, passou a um fenómeno não desejado na actualidade. Contudo, estudos recentes remetem para uma diversidade de factores preditivos da gravidez na adolescência, com repercussões igualmente diversificadas. Uma gravidez na adolescência quando planeada e dentro dos seus contextos sociais/familiares pode nem sempre ter repercussões nefastas em relação a uma gravidez em idade adulta não planeada. Numa perspectiva desenvolvimental, a adolescente tem que desempenhar duplos papéis para os quais ainda não está preparada, a nível cognitivo, emocional, social e mesmo ao nível da sua própria identidade. Tem-se registado uma tendência, a nível dos países ocidentalizados, para contrariar a elevada percentagem de gravidezes na adolescência. Também Portugal atingiu um declínio acentuado, motivado pelo investimento na educação sexual e pela divulgação dos métodos contraceptivos, junto das camadas mais jovens.

Este estudo teve como objectivo analisar se o suporte social que a adolescente percepciona está relacionado com a sua adaptação à gravidez. Participaram neste estudo 63 adolescentes grávidas com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos ($M=17$; $DP=1,25$). Entre os instrumentos utilizados, constam: um questionário sociodemográfico para recolha de dados; o Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), para avaliar a adaptação à gravidez; e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) para avaliar a satisfação com o suporte social. Para conseguir atingir os objectivos gerais e específicos foram realizadas, ao nível do tratamento de dados, análises estatísticas multivariadas.

Como características sociodemográficas da amostra ressaltam a baixa escolaridade, o desemprego e o não planeamento da gravidez. Em contrapartida, a aceitação da gravidez (auto-relatada) apresentou-se como muito boa, quer pela própria, quer pelo companheiro. As conclusões deste estudo, relativamente ao Suporte Social, revelam que as adolescentes percepcionam um bom Suporte Social, sendo a família a dimensão que demonstrou ter maior significado para este grupo de jovens. Quanto à adaptação à gravidez, também os resultados demonstraram uma razoável adaptação, sendo a atitude perante o sexo, perante o bebé e a relação conjugal, as variáveis que demonstraram ter

maior significado para o grupo. Contrariamente, os sintomas somáticos e a imagem corporal determinaram uma pior adaptação. Já quando se relacionaram as escalas totais da adaptação à gravidez com o suporte social, não foi encontrada qualquer co-relação. Contudo, quando se relacionaram estas duas variáveis, nas diferentes sub-escalas, encontrou-se relação entre a satisfação com os amigos; satisfação com a intimidade; e as actividades sociais com a atitude perante a gravidez e o bebé. Outro aspecto relevante encontrado no estudo foi uma melhor adaptação à gravidez por parte das adolescentes empregadas, relativamente às desempregadas.

Esta investigação permitiu analisar a adaptação da adolescente à gravidez, bem como o suporte social percebido como disponível, de modo a ser possível delinear estratégias e intervir adequadamente junto desta população tão especial.

Palavras-chave: Adolescência, gravidez, suporte social e adaptação à gravidez

ABSTRACT

The outlines of adolescent pregnancy have been changing throughout the times. Regarded as an “ordinary” phenomenon a half century ago, it has nowadays become an unwanted occurrence. Yet, recent surveys point to a broad diversity of predictive factors as well as to their equally diverse repercussions. Teenage pregnancy, when planned and within its social/family contexts, does not always lead to harmful repercussions compared to an adult pregnancy which hasn’t been intended. From a developmental perspective the teenage girl has to perform double roles for which she is not prepared not only in terms of cognitive, emotional and social levels but also in terms of own identity. There has been a trend to contradict the high percentage of adolescent pregnancies in western countries, and Portugal has reached a significant decline in its rates attributable to the investment in sexual education as well as in the dissemination of contraceptive methods among the youngsters.

The current study intends to verify whether the social support that the teenage girl perceives is related to her adaptation to pregnancy. In this study there was the participation of sixty three pregnant teens aged between 14 and 19 ($M=17$; $SD=1$, 25). The used tools comprise a social-demographic questionnaire, the Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), to evaluate the adaptation to pregnancy and the Social Support Satisfaction Scale (SSSS) to assess satisfaction as far as social support is concerned. In order to achieve general and specific objectives, several different statistical analyses were developed.

Among the characteristics of this sample, one observes that low education levels, unemployment and the non existence of pregnancy planning stand out as main factors. On the other hand, the acceptance of pregnancy both by the teenage girl and her partner appears as very positive.

As far as social support is concerned, the conclusions drawn by this survey show that pregnant teens are sensitive towards an effective social support and also that family is the most significant domain for this group of teens. As regards the adaptation to pregnancy, the results not only showed they were fairly adapted to it but also that the attitude towards sex, the baby and the conjugal relationship appeared as most

meaningful determinants for this group. In contrast, the somatic symptoms and body image revealed worse adaptation.

Still, when the total scales of pregnancy adaptation were related to the social support, no correlation was found. Yet, when these two variables were related in the different sub-scales, a correlation was found between the satisfaction with peers, intimacy and social activities and the attitude towards pregnancy and the newborn.

Another relevant aspect found in this study was a better adaptation to pregnancy by teens who were employed than by those who were unemployed, having the latter revealed worse adaptation.

This research has allowed the analysis of teenager's adaptation to pregnancy as well as the social support perceived as available in order to enable the definition of strategies and the opportune intervention among such a special population.

Keywords: Adolescence, pregnancy; social support and adaptation to pregnancy.

RÉSUMÉ

Les contours de la grossesse pendant l'adolescence sont devenus différents le long des temps. D'un phénomène "normal" il y a 50 ans, il est devenu un phénomène défavorable dans l'actualité. Cependant, des études récentes montrent une diversité de facteurs qui peuvent prédire la grossesse pendant l'adolescence, avec des répercussions aussi diversifiées. Une grossesse pendant l'adolescence, si elle est programmée et dans leurs contextes sociaux/ familiales peut ne pas avoir des répercussions négatives en relation à une grossesse pas programmée d'une adulte.

Dans une perspective de développement, l'adolescente doit jouer un double rôle pour lequel elle n'est pas encore préparée, au niveau cognitif, émotif, social et même au niveau de sa propre identité. On registre une tendance, au niveau des pays occidentalisés, pour contrarier l'énorme pourcentage de grossesses pendant l'adolescence. Portugal aussi a atteint un grand déclin, motivé par l'investissement dans l'éducation sexuelle et par la divulgation des méthodes de contraception parmi les jeunes.

Cette étude a eu comme objectif analyser si le support social que l'adolescente perçoit est relationné avec son adaptation à la grossesse. 63 adolescentes enceintes, entre les 14 et les 19 ans ($M=17$; $DP=1,25$) ont participé dans cette étude. Parmi les instruments utilisés, on compte un questionnaire socio-démographique pour la collecte; le Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) pour évaluer l'adaptation à la grossesse et l'Échelle de Satisfaction avec le Support (ESSS) pour évaluer la satisfaction avec le support social. Pour atteindre les objectifs généraux et spécifiques, on a réalisé, au niveau du traitement de l'information, des analyses statistiques multivariées.

Comme caractéristiques socio-démographiques plus évidentes de cet exemple: le bas taux de scolarité, le chômage et une grossesse pas programmée.

En revanche, l'acceptation de la grossesse (discours de première personne) s'est présentée comme très positive, soit par la mère, soit par le compagnon. Les conclusions de cette étude, en relation au support social, révèlent que les adolescents perçoivent

un bon support social et la famille est celle qui a la signification plus importante pour ce groupe de jeunes.

En ce qui concerne l'adaptation à la grossesse, les résultats ont aussi montré une adaptation raisonnable. L'attitude devant le sexe, le bébé et la relation conjugale sont les variables plus significatives pour le groupe. Par contre, les symptômes somatiques et l'image corporel ont déterminé une mauvaise adaptation. Quand on a relationné les échelles totales de l'adaptation à la grossesse et le support social, on n'a pas trouvé une co-relation. Cependant, quand on a relationné ces deux variables, dans les différentes sub-échelles, on a trouvé une relation entre la satisfaction avec les amis; satisfaction dans l'intimité; et les activités sociales avec l'attitude devant la grossesse et le bébé. Un autre aspect important trouvé dans cet étude a été une adaptation plus positive à la grossesse par les adolescents qui travaillent que par celles qui sont au chômage

Cette investigation a permis d'analyser l'adaptation de l'adolescente à la grossesse et aussi le support social envisagé comme disponible, de façon à être possible tracer des stratégies et intervenir convenablement près de cette population si spéciale.

Mots-clés: Adolescence, grossesse, support social et adaptation à la grossesse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I:	5
A ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL.....	5
1 A ADOLESCÊNCIA.....	6
1.1 O adolescente: processos fisiológicos e biológicos do desenvolvimento	8
1.2 Alguns aspectos da evolução psicológica do adolescente	9
1.2.1 A construção da identidade	9
1.2.2 A conquista da autonomia e a desvinculação	10
1.3 A família em mudança e o adolescente.....	12
1.4 A sexualidade	14
1.4.1 Entre a escola, o adolescente e a educação sexual.....	17
1.4.2 O Adolescente, o grupo de pares e os comportamentos sexuais	19
1.5 Processos adaptativos no percurso desenvolvimental.....	20
2 A ADOLESCENTE GRÁVIDA.....	22
2.1 Uma visão sociocultural da gravidez na adolescência	27
2.2 Gravidez na adolescência: perspectiva internacional.....	28
2.3 Gravidez na adolescência: perspectiva nacional.....	30
2.4 Factores preditivos da gravidez na adolescência	32
2.4.1 Factores físicos.....	33

2.4.2	Factores psicológicos e cognitivos.....	33
2.4.3	Factores relacionados com a contracepção	35
2.4.4	Factores sociodemográficos	36
2.4.5	Factores familiares	37
2.4.6	Factores relacionais na escola e no grupo de pares.....	39
2.4.7	Factores culturais, raciais e étnicos.....	39
2.5	Planeamento da gravidez na adolescência	40
2.6	As repercussões de uma gravidez na adolescência	42
2.6.1	Repercussões pessoais.....	43
2.6.2	Repercussões físicas.....	44
2.6.3	Repercursões psicológicos.....	Erro! Marcador não definido.
2.6.4	Repercussões sociais	46
3	PROCESSOS ADAPTATIVOS À GRAVIDEZ.....	47
3.1	Processos fisiológicos e biológicos adaptativos à gravidez.....	48
3.2	A adaptação à imagem corporal gravídica	49
3.3	Processos psicológicos na adaptação à gravidez.....	50
3.4	Processos desenvolvimentais à gravidez	52
3.5	Tarefas desenvolvimentais da gravidez	53
3.6	Processos adaptativos à gravidez na adolescência	54
3.7	Factores protectores e de resiliência da gravidez na adolescência.....	55

4	O SUPORTE SOCIAL	56
4.1	Rede social de apoio à adolescente grávida	59
4.1.1	Redes de apoio informal de apoio à grávida adolescente	60
4.1.2	Rede de apoio dos serviços de saúde à grávida adolescente	61
CAPITULO II: PERCURSO METODOLÓGICO		64
5	OBJECTIVOS	65
6	MÉTODO	67
6.1	Participantes	67
6.2	Material.....	68
6.3	Procedimentos	71
CAPITULO III: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO		73
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO	74
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		92
8	DISCUSSÃO	94
9	CONCLUSÃO	108
10	BIBLIOGRAFIA	113
APÊNDICES		130

INTRODUÇÃO

Actualmente, a adolescência tem merecido uma maior atenção dos diferentes domínios da ciência, motivada pela grande dificuldade em descrever a “crise da adolescência” (Braconnier & Marcelli, 2000). A História; a Psicologia; a Enfermagem; a Medicina; a Sociologia, e o Desporto, entre outros, procuram fornecer elementos que permitam uma melhor compreensão deste período do ciclo vital do Homem. A gravidez na adolescência é considerada como um dos momentos de crise e tem vindo a ser estudada nesses diferentes domínios.

Quando se aborda a adolescência, tal como acontece em qualquer outro fenómeno humano, é necessário ter em atenção o seu enquadramento cultural, económico e social. Como explica Mead (1985), ser adolescente é um “fenómeno cultural” produzido por práticas sociais em determinados momentos históricos com manifestações diversas e, que não existe em todos os locais. Trata-se de uma etapa do ciclo vital, na qual ocorrem grandes transformações a nível biológico, psíquico e social. Na opinião de Alarcão (2006) é a fase mais longa e mais difícil do ciclo vital, dado que exige um permanente equilíbrio entre o sistema familiar e as aspirações de cada membro, ou seja, o adolescente vive em luta constante para alcançar a sua autonomia e a sua identidade (Alarcão, 2006). Se, por um lado, a família, como primeira célula social, vai modelando o seu futuro, preservando e transmitindo os seus valores culturais e tradicionais, por outro, entendendo a gravidez como um período de enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos (Pereira, Santos & Ramalho, 1999), podemos perspectivar a nível desenvolvimental, a gravidez como uma etapa de crise específica, marcada pela necessidade de resolução de determinadas tarefas (Figueiredo, 2000). Logo, quando à adolescência se sobrepõe uma gravidez que, normalmente, surge de forma inesperada, justapõem-se dois momentos de crise, que inevitavelmente, convergem para uma dupla desorganização na vida destas jovens (Jongenelen, 1998).

Ser-se mãe adolescente, na maioria das vezes, leva a uma situação particular: ser mulher em casa e menina na escola. Sob a perspectiva de Almeida (2007) trata-se de um acontecimento com uma conotação negativa, que incomoda e que rompe com as normas sociais. Contudo, à luz da definição de precocidade, como algo que acontece antes do tempo, Malta, Roque, Duarte & Ventura, (2007) entendem a gravidez e a maternidade na adolescência como conceitos demasiados generalistas que podem mascarar algumas situações específicas. Por exemplo, uma gravidez planeada na adolescência pode não ser precoce, desde que planeada e devidamente preparada pela adolescente, não sendo por isso entendida como precoce (Malta, et al., 2007). Os mesmos autores argumentam ainda que uma gravidez, numa mulher adulta, quando não planeada pode ser considerada precoce por precisamente acontecer antes do tempo por ela estipulado, e, conseqüentemente, ainda não se sentir preparada. Assim, a precocidade pode estar mais relacionada com a percepção da adequação do “timing” da gravidez, do que propriamente com a idade cronológica, dependendo, por isso, do ponto de vista do sujeito que vive a situação.

Assim, ao longo deste trabalho, gravitam dois conceitos que, embora relacionados, são duas realidades distintas: a gravidez e a maternidade. Compreendendo a gravidez na sua dimensão temporal, cujo limite é aproximadamente de 40 semanas de gestação, que se inicia após a concepção e culmina no parto, e tal como explica Leal (1990) leva a mulher a vivenciar, sobretudo, alterações físicas com repercussões psicológicas particulares, e cujo impacto social negativo, quando a gravidez é planeada, se torna são reduzido. Já a maternidade transcende a gravidez, distancia-se em quase tudo como um acontecimento físico e é sobretudo um fenómeno cultural e social que “...tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento, historicamente determinado.” (Leal, 1990, p. 365). Para Leal (1990) a maternidade é um projecto a longo prazo (de pelo menos 18 anos) que envolve cuidados, dádivas e entregas possibilitando o desenvolvimento saudável de um recém-nascido e exige que “...mais do que se desejar ter um filho se deseje ser mãe” (p. 365).

Ora, para investigar esta temática, torna-se necessário fazer uma reflexão acerca dos estereótipos, crenças e os valores estabelecidos e sedimentados em diferentes culturas, e sociedades, apesar de a gravidez na adolescência não constituir um fenómeno novo. Mas, acompanhando uma tendência mundial, sobretudo nas últimas décadas, este

fácto assume o estatuto de “problema social”, para o qual convergem as atenções dos poderes políticos, organizacionais e da sociedade em geral. Explicar este fenómeno implica, em primeiro lugar, conhecer as condições sociais e históricas que proporcionaram a emergência da gravidez na adolescência como um problema e, em segundo, identificar os actores que se mobilizam em volta do mesmo e da sua representação actual.

Os primeiros trabalhos encontrados sobre grávidas adolescentes, na população portuguesa, davam-nos uma imagem catastrófica (Almeida 2007; Silva, 1992), mais recentemente, na sequência de novos estudos, passou a ser assumida como um fenómeno multideterminado, com resultados desenvolvimentais diversificados. Neste âmbito, Canavarro e Pereira (2006) chamam a atenção para importância do estudo deste fenómeno, defendendo que, pela heterogeneidade desta população, é necessário encontrar factores responsáveis pela diversidade e percursos mais ou menos adaptativos, e encontrar os marcadores de risco, de protecção e de resiliência para a gravidez e maternidade nesta etapa do ciclo vital. Assim, como temos vindo a expor, a gravidez na adolescência suscita grande preocupação, levando algumas Organizações Internacionais, intervenientes sociais, agentes de saúde e judiciais, e inclusive pais e familiares, a auto-responsabilizarem-se e procurarem estratégias de prevenção.

Particularmente no que concerne aos agentes de saúde, a World Health Organization (2004) preconiza que o enfermeiro e a *midwife*¹ sejam agentes, cujas acções visam promover a saúde individual, familiar e comunitária. Orientando este

¹ Midwife não tem uma tradução efectiva para a língua portuguesa. A Lei n° 9/2009 de 4 de Março transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n° 2005/36/CE do Parlamento e do Conselho de 7 de Setembro, que reconhece as qualificações profissionais das midwives. Esta profissão é assumida em Portugal pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A formação destes profissionais insere-se num quadro jurídico que determina o ensino teórico e prático de várias matérias obrigatórias, das quais salientamos, preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspectos psicológicos.

conceito para a gravidez na adolescência, onde uma postura directa e interventiva assume o mesmo objectivo da promoção da saúde geral, entende-se que a coordenação e execução de uma consulta de enfermagem a grávidas adolescentes permite conhecer, na primeira pessoa, as dúvidas/receios, dificuldades e barreiras que estas adolescentes manifestam e/ou sentem. Sob esta perspectiva, torna-se lícito e necessário que o enfermeiro especialista, responsável por esta consulta, procure e adquira conhecimento dos mecanismos de suporte existentes (no leque dos existentes na sociedade onde se insere) que mais se coadunem com as necessidades particulares de cada jovem.

Nesta mesma linha justificativa da importância do papel do enfermeiro especialista e da aquisição de conhecimentos, no âmbito em que se insere este estudo, há a ressaltar o duplo papel da sua actuação, ou a sua dupla jornada. Primeiramente, na orientação e apoio fornecidos na fase da gravidez, socorrendo-se dos suportes sociais, como por exemplo, estruturas de apoio e acolhimento, e na “criação” de mecanismos de resposta das próprias adolescentes; posteriormente, para o desenvolvimento de estratégias de prevenção de futuras gravidezes nas mesmas circunstâncias, em conjunto com a adolescente e família. Tendo por base estes pressupostos, parte-se para esta investigação com a seguinte questão: será que o suporte social percebido influencia a adaptação à gravidez na adolescência?

Neste sentido, pretende-se com esta investigação contribuir para o estudo e compreensão da gravidez na adolescência no nosso país e, através dele, melhorar competências em enfermagem de saúde materna e obstétrica, sendo que, no futuro, esta compreensão poderá ser utilizada como base de sustentação de um projecto de intervenção que vise melhorar a adaptação da adolescente à gravidez.

Ainda que não se pretenda, de todo, normalizar este acontecimento, este trabalho também pode contribuir para a desmistificação da gravidez na adolescência enquanto acontecimento fatalista em termos do ajustamento psicossocial da jovem.

CAPITULO I:

A ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL

Este capítulo é dedicado à revisão bibliográfica. Num primeiro momento faz-se uma abordagem à adolescência nos seus diferentes contextos biopsicossociais. Em seguida descreve-se o fenómeno gravidez na adolescência, seguindo-se uma exposição sobre a adaptação à gravidez e ao suporte social.

A ADOLESCÊNCIA

Abordar a adolescência implica, primeiramente, considerar o seu significado. A palavra deriva do latim “adolescer” que significa crescer, fortalecer e corresponde a um período de transição entre a idade infantil e a idade adulta. Esta é, na perspectiva de alguns autores, a etapa mais longa e mais difícil do ciclo vital, na medida em que exige um permanente equilíbrio entre exigências do sistema familiar e as aspirações de cada membro da família (Alarcão, 2006, p. 167).

Sendo a adolescência um período do ciclo vital marcado pelo desenvolvimento transformações e mudanças, a WHO, (2004) concebe que uma em cada cinco pessoas, no mundo, são hoje adolescentes entre os 10 e 19 anos de idade e 85% destes vivem em países em desenvolvimento Esta organização define adolescência pelo aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, pelo desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, e pela transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (WHO, 2004).

Mas, quando termina efectivamente a adolescência em termos cronológicos? A resposta a esta questão é dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando define, tal como já abordamos, a faixa etária dos 10 aos 19 anos (WHO, 2000) subdividindo-a em dois grupos: dos 10 aos 14 anos, período que corresponde à puberdade, caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento físico mais intenso; e dos 15 e aos 19 anos, em que predomina o desenvolvimento psico-social.

Contudo, se em termos temporais a delimitação da adolescência é consensual, o mesmo não acontece às subcategorias que vários autores abordam, pois Fenwich e Smith (1993) consideram que, não sendo obrigatório exibir características e comportamentos típicos, existe um padrão geral de maturação com marcos emocionais e intelectuais, que poderá dividir a adolescência em três estádios: adolescência inicial, média e tardia. A adolescência inicial, entre os 11 e os 14 anos, caracteriza-se pelas alterações hormonais, comportamento agressivo e mau humor em geral. Neste primeiro estádio, o grupo passa a ter um maior significado. A adolescência média, compreende os jovens entre os 15 e os 16 anos, e caracteriza-se por comportamentos autocentrados.

de acordo com estes autores, os jovens desenvolvem mais capacidades de cedência e aprendem a pensar por si mesmos e a tomar decisões, questionam e criam os seus conceitos e valores, aceitam a sua sexualidade e criam relacionamentos sexuais. Surge também, uma maior curiosidade pelo mundo que os rodeia. Já a adolescência tardia decorre entre os 17 e 18 anos, e nela destacam-se as mudanças para a independência: os jovens tornam-se idealistas; envolvem-se com a sociedade; dedicam-se a um curso para terem independência financeira, mostram-se mais aptos a relacionamentos sexuais; sentem-se adultos, e estão quase prontos para se tornarem independentes e auto-confiantes (Fenwich & Smith, 1993).

Na mesma linha, Blos (1998) demarca este período em três fases: adolescência inicial, dos 11-13 aos 15 anos; adolescência intermédia, dos 15 aos 17 anos; e adolescência tardia, dos 17 aos 20 anos. Nesta óptica, e de acordo com a cultura e com as condições sócio-económicas, nas classes sociais mais desfavorecidas, frequentemente o adolescente tem este período (adolescência tardia) encurtado pela necessidade de começar a trabalhar mais cedo. Já nas classes sociais mais elevadas, este período prolonga-se, pela dependência económica na continuidade dos estudos.

Independentemente dos estadiamentos, e de uma forma global, o adolescente sofre profundas transformações no seu contexto físico, psicológico e social, estas alterações físicas acarretam alterações psicossociais exigindo a aceitação da nova imagem corporal e adaptação à nova identidade, despoletando a evocada “crise da adolescência” (Carvalho, Leal & Sá, 2004). Multifacetada, esta fase é constituída por um misto de timidez, agressividade e revolta, por receio de verem o seu orgulho ferido, ou por expectativas que sabem que poderão não conseguir atingir (Almeida, 2007).

No seu desenvolvimento, o adolescente confronta-se com a opção pelos seus valores, orientação sexual, descoberta da identidade, decisão vocacional e integração social, influenciados pelos factores sociais e culturais. Leal (2000) defende que, nesta fase, existe uma triologia biopsicossocial, em que tudo é revestido de importância e se encontra exacerbado, podendo desencadear uma crise.

Face ao exposto, pode então dizer-se que a adolescência é um período do ciclo vital do homem, marcado pelo desenvolvimento físico/biológico e psicossocial

correspondente à passagem da infância e culminando com o despertar do estatuto social de adulto.

Um aspecto muito valorizado e com grande impacto, ao nível psicológico do adolescente, são as transformações físicas desencadeadas pelas alterações hormonais, características deste período, assunto que se passará a abordar no próximo ponto.

1.1. O adolescente: processos fisiológicos e biológicos do desenvolvimento

Tal como se afirmou, a adolescência marca o seu início com a puberdade e o aparecimento dos primeiros caracteres sexuais, tal significa que “físicamente, a puberdade traduz a eclosão de um surto pluriglândular que marca o começo da vida sexual e que se caracteriza por uma apreciável diferenciação dos sexos...” (Fonseca, 2004, p. 145).

A palavra puberdade associa-se ao termo “púbis” e daqui se assume que o rapaz é púbere a partir das primeiras ejaculações e a rapariga a partir da menarca, após o aparecimento dos pêlos púbicos (pubarca) e do crescimento dos seios (telarca) (Matos, 2005). Com a chegada da puberdade, no sexo feminino, destaca-se o crescimento ponderal acelerado; o alargamento das ancas com maior distribuição de gordura; o aparecimento dos pelos púbicos e axilares; o desenvolvimento mamário; e a consequente capacidade reprodutiva (Silva, 1992), sendo a evolução rápida no sexo feminino.

Biologicamente, pode justificar-se uma antecipação do início da puberdade das jovens em consequência da melhoria das condições nutrição e de higiene, da capacidade de prevenir doenças e outros factores desconhecidos (Almeida 2007) e, apesar de a menarca ser o indício de que se atingiu a maturidade sexual, tal não quer dizer que haja capacidade reprodutiva, pois pode ainda existir imaturidade dos órgãos reprodutores (que não são ainda capazes de produzir óvulos) e o útero poderá ainda não se encontrar preparado para uma gestação (Blos, 1998).

Ao contrário das alterações físicas, regidas pela predisposição genéticas e biológicas, as alterações psicológicas dependem de aspectos mais subjectivos,

modulados pelos contextos familiares e sociais em que se encontram inseridos, assunto que se passa a desenvolver no próximo ponto.

1.2. Alguns aspectos da evolução psicológica do adolescente

O aumento da escolaridade obrigatória, com a sua extensão temporal, deu origem a uma situação particular: “o ter-se corpo de «adulto» e hábitos de «criança», o associar-se a uma certa independência (desejada) à necessidade de (e também desejo) de protecção e apoio parental” (Silva, 2004).

Entendendo a identidade, autonomia e a desvinculação como processos ligados e interdependentes, que decorrem ao longo da vida e envolvem mudanças (Fleming, 2004), e aliando a necessidade de ligação aos pais, mais prolongada, motivada pelo aumento da escolaridade, cria-se, no adolescente, uma ambivalência face à necessidade da autonomia, transformando-se num processo progressivo com necessidade de reorganização e mudanças no mundo interno do jovem (Fleming, 2004). No entanto, Fleming (2004) refere que, se durante o processo de individualização, o adolescente não encontra amor, mas sim hostilidade, nos seus modelos de identificação, o processo de separação pode fracassar. Igualmente Silva (2004) entende que o comportamento dos jovens, nesta idade, depende tanto dos acontecimentos que marcaram a vida do indivíduo, como do ambiente em que o adolescente cresce. Desta forma, a adolescência é considerada por Silva (2004) como um período de maturação na qual o indivíduo tem que lidar com as dificuldades de experiências relacionais para chegar à estabilidade do ego e da organização das pulsões.

Deste modo, a entrada na idade adulta implica o desenvolvimento de tarefas desenvolvimentais de forma progressiva, tanto na construção da identidade, como na conquista da autonomia e ainda na desvinculação. Assunto que se passará a desenvolver no ponto seguinte.

1.2.1 A construção da identidade

Geralmente, na cultura ocidental, as crianças conforme vão evoluindo para a adolescência vão integrando diferentes tarefas e evidenciando a sua independência emocional, isto é, vão evoluindo nos seus papéis (Fleming, 2004).

O adolescente vai processando a sua identidade com movimentos concomitantes de separação psicológica interna, bem como de distanciamento físico, das figuras parentais, traduzido em comportamentos de autonomia de novas experiências (Fleming, 2004). Assim, sua identidade surge como consequência de experiências psicossociais vivenciadas ao longo da vida, ou seja “o processo de construção da identidade implica o estabelecer de uma solução de continuidade, que passa por um período de reflexão acerca do que o indivíduo foi no passado, do que é no presente e do que antecipa no futuro (Figueiredo, 2001, p.224).

Numa perspectiva psicossocial e de conceito tradicional de família, esta construção da identidade é um processo longo que requer, de preferência, a existência de dois adultos do sexo oposto (Silva, 2004).

Já, sob o ponto de vista psicanalítico, Erikson (1980) disserta sobre a personalidade, alegando que esta se desenvolve numa sequência de estádios, caracterizados por crises ou conflitos dominantes. A forma como o conflito vai ser resolvido, possibilita um maior ou menor crescimento para o estágio seguinte. De acordo com Fonseca (2004), embora o processo de identidade se inicie desde muito cedo, só a partir de uma exposição prolongada de aprendizagem sociocultural é que o processo de identidade se estrutura e estabiliza.

Assim, para haver emancipação da identidade infantil, são importantes a autoridade parental e os contextos psicossociais, tais como os pares e a escola, uma vez que, “Através dos comportamentos de autonomia, o adolescente ensaia papéis e adquire capacidades” (Fleming, 2004, p.50).

1.2.2 A conquista da autonomia e a desvinculação

Em qualquer sociedade espera-se que os jovens cresçam e atinjam a sua independência, individualização e autonomia, contudo existem diferenças na forma como cada ambiente sócio-cultural os orienta. Todavia, a autonomia é uma tarefa desenvolvimental gradual, de auto-regulação que se inicia muito cedo, na infância, com períodos de intenso crescimento e vão conduzindo ao ressurgimento da fase pré-edípica e edípica (Fleming 2004).

A adolescência situa-se então entre dois pólos, tal como explica Correia (1995): a dependência pela necessidade de protecção e a independência associada à autonomia; tendo este binómio polarizado em comum a insegurança. Torna-se, portanto, necessário construir um equilíbrio entre os dois, o que nem sempre é fácil e por vezes é conflituoso.

Com o objectivo de evitar conflitos Fleming, (2003) adverte que pais e/ou educadores oferecem de forma precoce a autonomia, quando, na realidade, este processo deveria ser conquistado de forma progressiva. “Autonomia é uma aquisição que se conquista, mesmo que, para isso, o adolescente tenha de travar «lutas» e tenha de se pôr à prova na relação com o desconhecido...” (Fleming, 2003, p. 100). A mercê desta problemática, se os pais não proporcionam momentos de intimidade com os filhos, estes provavelmente, vão-se revelar incompetentes para estabelecerem relações profundas, estáveis e conscientes (Fleming, 2004).

Segundo a teoria de Bowlby (1979), a qualidade da vinculação é transmitida ao longo de gerações pela microcultura familiar e não pelos genes. Logo, acontecimentos passados podem influenciar acontecimentos posteriores, ou seja, para compreender o presente temos de recorrer ao passado, mas este, por si só, não explica o presente (Soares, 2000).

Bowlby (1984) enfatiza ainda a importância de uma ligação emocional insubstituível e duradoura com a figura de vinculação adulta, a partir da qual uma criança vai constituindo os seus conhecimentos e expectativas acerca das relações e do mundo. As vinculações inseguras constituem um factor de risco no desenvolvimento de perturbações patológicas (Soares, 2000) e, por sua vez, crenças negativas sobre o *self*, sobre os outros, sobre as relações sociais e ainda padrões distorcidos do processamento de informação reflectem-se na vinculação, dificultando o envolvimento nas interações sociais positivas e aumentando a vulnerabilidade face a situações adversas (Soares, 2000). Como explica Bowlby (1980) ocorrências como a separação das figuras de vinculação, podem contribuir para acontecimentos especialmente problemáticos em indivíduos com vinculações inseguras.

Em relação a este processo, Fleming (2003), por seu lado, defende que o adolescente ligado aos pais com vínculos seguros, amor e aceitação progride mais em autonomia e na construção da sua identidade, contrariamente, quando predomina a hostilidade o jovem tem mais dificuldade em concretizar o seu processo de autonomia. Contudo, nem sempre a vinculação se efectua da mesma forma. Diferentes contextos familiares, nomeadamente famílias perturbadas por maus-tratos, violência conjugal, psicopatologia parental e uso de substâncias podem estar associadas a uma desorganização da vinculação (Soares et al., 2007). Soares et al. (2007) defendem que a vinculação insegura, também chamada de vinculação desorganizada, surge com frequência associada a estes desajustes, mas pode igualmente surgir em populações normativas e famílias adaptadas.

Perturbações de ansiedade, depressão, toxicod dependência e perturbações psicóticas, sugerem uma componente relacional com a insegurança da vinculação (Soares et al., 2007). Ou seja, a relação insegura e a desorganização da vinculação, segundo esta autora, parecem constituir um factor de risco para futuras psicopatologias.

Em suma, o desenvolvimento da autonomia pode ser abordado de diferentes modos, mas em todas eles, é reconhecida como essencial a interacção e participação da família pois, em geral, é o seio familiar que o jovem cresce, se desenvolve e com quem interage e vai desenvolvendo os seus laços (des)vinculativos.

1.3. A família em mudança e o adolescente

A família, em geral, e os pais, em particular, são tradicionalmente os primeiros prestadores de cuidados organizados, os modelos comportamentais e disciplinares, os agentes de socialização e os educadores dos seus filhos (Coutinho, 2004), ou seja, os filhos interiorizam gestos, tons de voz, silêncios, relações mais íntimas entre os pais, e nas relações entre outras pessoas com diferentes idades.

Fishman e Minuchin (1990) descrevem a família como a representação de um grupo social primário que influencia e é influenciado por terceiros (pessoas e instituições), constituído por, pessoas ligadas por descendência a partir de um ancestral comum, matrimónio ou adopção.

Contudo, com o evoluir dos tempos esta definição sofreu influências adquirindo novos significados e diferentes características. Por exemplo, nos países industrializados a necessidade de concentração junto às grandes cidades transferiu populações e desintegrou famílias alargadas, tendo como consequência o aumento de famílias nucleares, famílias monoparentais (mãe ou pai com filhos), e famílias recompostas (Segalen, 1999).

No entanto, permanece como função da família (Baker, 2000): dar resposta às necessidades básicas; reprodução e continuidade da espécie; espaço para a expressão da sexualidade do casal; criação e socialização de filhos; e amparo mútuo dos seus elementos. Mas, mais recentemente, as escolas e outras instituições têm vindo a assegurar o desempenho de algumas destas funções, contrariamente ao que acontecia quando os jovens viviam maioritariamente com as famílias alargadas. Porém, a família deverá ser entendida como fonte de segurança, compreensão, amor, alegria, confiança mútua e objectivos comuns, onde o diálogo, deverá ser a base de resolução de todos os conflitos (Almeida 2007), mas sem esquecer que “o indivíduo, ao descobrir as suas próprias regras, ao fazer as suas próprias escolhas, pode entrar em oposição às regras familiares” (Relvas, 2000, p.460).

Sob a perspectiva sistémica, a composição familiar é orquestrada por elementos que se organizam em função dos seus objectivos e princípios comuns, cujo único sentido é a conceptualização de um todo, e que, enquanto sistema aberto, sofre influências sociais e culturais (Baker, 2000). Contudo, quando ocorrem acontecimentos de forte impacto social como o desemprego, a emigração e a gravidez na adolescência, para os quais a família pode não ter capacidade de adaptação, a crise ou o desequilíbrio familiar podem ocorrer. Como consequência, o sistema terá de efectuar mudanças, sejam elas favoráveis ou desfavoráveis, mas que poderão não significar rotura, mas sim abertura à mudança (Ausloos, 2003). Ainda sobre esta temática Cutsem (2004) refere que etapas do ciclo de vida como nascimento de filhos, início da actividade escolar, período da adolescência, experiência traumatizante por doença ou falecimento de um membro de família ou amigos, desemprego, entre outros, são responsáveis pelo despoletar de crise no sistema familiar.

Assim, entende-se a crise familiar como correspondente a um período de tensão ou de conflito que surge no ciclo vital da família de uma forma normativa ou acidental, resultante de um acontecimento inesperado (Alarcão, 2006). De entre esses acontecimentos, a gravidez na adolescência é um dos grandes desencadeantes de desequilíbrio, quer a nível do funcionamento psicológico do indivíduo, quer a nível da família (Correia, 1995). Progressivamente, a desvinculação da figura parental vai dando lugar à dimensão da esfera social e à intimidade do adolescente onde está inscrita a exploração da sua sexualidade.

1.4. A sexualidade

A Sexualidade é definida pela Pan American Health Organization e World Health Organization (2000, p.50) como:

Uma energia que nos motiva à procura de amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde mental.

Há cerca de 150 anos, Freud ousou relacionar dois temas que pareciam muito distantes entre si: sexualidade e a infância. Para Freud (2001), a sexualidade não se limita à função dos órgãos genitais, despertando muito cedo, logo após o nascimento, com uma série de excitações e de actividades que proporcionam um prazer vinculado a satisfações fisiológicas. A denominação sexual foi estendida às actividades da primeira infância em busca de prazeres locais que alguns órgãos são susceptíveis de proporcionar (Freud, 2001). A sexualidade infantil passou a ser vista como um conjunto de actividades sem ligações com os órgãos genitais, não se devendo, portanto, confundir o sexual com o genital. Freud (2001) explica ainda, que a sexualidade infantil evolui através de cinco estádios, com predomínio de uma zona erógena, isto é, uma parte do corpo que estimulada provoca prazer. Este autor, defende que cada estádio está marcado pelo confronto entre as pulsões sexuais e as forças que se lhe opõem, denominando-as de conflito. Assim, para Freud (2001), dizer que a vida sexual começava na puberdade era um conceito completamente errado.

Considerando, tal como Gil e Lucas (1998, p. 389), a adolescência como “ uma renovação da temática edipiana, a reactivação da angústia da castração, luto e perda de objectos infantis, procura de objectos heterossexuais, instabilidade maturativa, passagem ao acto, intolerância às regras, depressão...é um período de crise!”, entende-se que o percurso da sexualidade pode ser, neste estágio, mais problemático do que na infância. Entretanto, o decurso da adolescência termina “quando é alcançada uma organização hierárquica e relativamente inflexível das pulsões genitais e pré genitais, e quando as funções do ego adquirem uma capacidade de resistência significativa contra a regressão” (Blos, 1998, p. 296). E, para se consumir este acontecimento, Blos (1998) aponta como aspecto fundamental a independência familiar de ordem emocional e afectiva mas, para que essa transição aconteça, o adolescente passa por um período marcado por ambivalências, contradições e conflitos normativos, em busca da sua estabilidade.

A problemática da sexualidade na adolescência também emerge da falta de conhecimentos sobre sexualidade, falta essa que se torna no principal obstáculo a uma sexualidade consciente, responsável e saudável. Ramos (2001) considera que um dos maiores problemas dos jovens é pensarem que sabem tudo sobre sexo, mas, efectivamente, isso não aconteceu. Segundo este autor, as informações à disposição dos jovens não são as mais correctas e, para além disso, este nem sempre sabe aplica-las. Por isso se defende que a educação sexual, deve: preparar os jovens para o respeito pelas opções sexuais; ajudá-los a compreender os problemas sexuais; orientá-los para a prevenção de gravidezes não planeadas e infecções sexualmente transmissíveis; explorar os seus valores, ou seja, permitir que os jovens assumam as suas opções e decisões, para compreenderem, aceitarem e valorizarem a sexualidade (Santana et al., 1999).

Segundo Lourenço (1999), a família e a escola são dois “espaços” que se complementam ao nível da responsabilidade da educação sexual. Muitas vezes, os pais, mesmo sem o saberem, estão a transmitir informação. Sousa (1998), defende que estes são os modelos de sexualidade dos filhos, contribuem para a construção da sua identidade sexual e transmitem as mensagens sobre sexualidade através dos seus comportamentos e atitudes, e ainda através da reacção às questões que os jovens colocam. Alguns pais pensam que os filhos já estão devidamente esclarecidos e que não

necessitam de fornecer mais informação, existindo, também por essa razão, falta de diálogo sobre temas ainda tabus e que constituem constrangimento (Ramos, 2001). Sobretudo, a mãe tem um papel muito importante, principalmente para as raparigas, e a qualidade de comunicação estabelecida entre a díade pode, na opinião de Canavarro e Pereira (2006), constitui um factor predictor de comportamentos de risco. Estas posturas podem, tal como referem as autoras, orientar o adolescente para uma sexualidade inconsciente, irresponsável e pouco saudável. Por outro lado, uma comunicação aberta e receptiva, com a figura materna, está associada a menor adopção de comportamentos de risco. Mas, como afirmam Canavarro Pereira e Morgado (2003), a adolescência é um período de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico caracterizado pela exploração e experimentação, ou seja, o início da exploração da intimidade e sexualidade, e do desenvolvimento da autonomia que remete, o adolescente, para um período de oportunidades e vulnerabilidades. No entanto, a sexualidade, entre os 15 e os 18 anos, não tem um significado de reciprocidade, mas sim uma expressão de desejo, erotismo e paixão (Carvalho, Leal & Sá, 2004).

Num estudo realizado por Brown et al. (2006), concluiu-se que os *media*, os filmes e a música “empurram” os/as adolescentes para o início da actividade sexual. Já Gailano-Ramos et al. (2008) advertem para o facto de maiores níveis de auto-estima estarem associados a menores intenções de início de actividade sexual precoce, logo, o equilíbrio, nesta fase, encontra-se quando se facultam aos jovens “ferramentas” para aceitarem a sexualidade como algo natural e constituinte de todo o ser humano. Como temos vindo a afirmar, o adolescente encontra-se num processo de mudança relativamente ao seu corpo, aos seus desejos e à necessidade de amar e ser amado. Estas necessidades levam-no a buscar de relações amorosas, a descobrir uma “nova” sexualidade e a experimentar as primeiras relações sexuais, cada vez mais precocemente, com o risco de ocorrer uma gravidez não desejada ou doenças sexualmente transmissíveis. Tal como afirmam Correia e Alves (1990) “...há uma procura cada vez mais directa de excitação e de prazer imediatos, e cada vez mais cedo. Vem havendo uma confusão entre ternura e carinho com prazer instintivo imediato.” (p. 430).

Por vezes, os pais entendem que devem informar e debater com os filhos questões sobre sexualidade, mas se não o iniciaram desde a infância, de acordo com Santos

(2002), o objectivo de fornecer informação correcta, não é totalmente conseguida. Nos extremos, permanecem as famílias muito conservadoras, em que falar de sexualidade é “tabu”, e as que, quando os filhos atingem a adolescência, oferecem a pílula, sem lhes oferecerem a informação necessária (Santos, 2002).

Outros estudos revelam ainda, que a actividade sexual precoce se inicia tanto mais cedo quanto mais baixa for a classe social, o que, por consequência, aumenta o risco da gravidez na adolescência (Santana et al., 1999; Soares, Jongenelen, 1998). Existem no entanto jovens, correctamente informados(as) que, também, podem iniciar a actividade sexual precocemente e sem segurança, motivados por factores desenvolvimentais cognitivos e psicossociais próprios da adolescência, tais como: a impulsividade, a necessidade de agradar, a dificuldade em pensar e ponderar consequências dos seus actos a longo prazo e a ambivalência face ao comportamento sexual (Lourenço, 1998).

Em suma, ao longo dos tempos, a sexualidade foi considerada como um tema “tabu” repudiada por uns e desejada por outros, e foi também objecto de transgressões privadas (Vilar, 2003). Os conflitos morais em torno destas questões, nomeadamente o pudor pela exibição do corpo, foram objecto de debates morais da modernidade a partir do século XX. Vilar (2003) acrescenta que o próprio Estado Moderno, preocupado em fazer cumprir normas morais, se confronta hoje com problemas como a SIDA e o controlo da fertilidade, sendo obrigado a integrar a sexualidade como uma questão de política de saúde e educação.

Observa-se assim, que a sexualidade tem vindo a adquirir diferentes contornos, nas últimas décadas, sendo a família, o grupo de pares e a escolas os principais responsáveis por essas mudanças.

1.4.1 Entre a escola, o adolescente e a educação sexual

Tal como já referimos família e escolas são co-participantes no processo educativo do adolescente, numa interpenetração de papéis e de funções que, embora aproximados não são coincidentes. Da família espera-se uma relação duradoura, íntima e individualizada e da escola uma socialização estruturada e organizada (Alarcão, 2006). Mais ainda, na escola, para além dos conhecimentos académicos, o adolescente

vivência também novas experiências e momentos de partilha, factores que Turner (1996) aponta como importantes para o desenvolvimento social, em particular para a qualidade das relações interpessoais. Assim, torna-se importante a interacção entre escola e pais em todo o processo de co-participação educativo, contudo, na opinião de Sarmiento (2002), tal apenas acontece pontualmente motivado pela existência de uma cultura de pouco apelo ao envolvimento dos pais.

Um dos aspectos que, actualmente se discute, como extremamente importantes em contexto escolar é a formação sobre sexualidade, cujo objectivo é o transmitir conhecimentos para uma sexualidade consciente e responsável entre os jovens. Os professores tornam-se, assim, de forma mais ou menos explícita, agentes constantes na educação sexual, sem muitas vezes sem se aperceberem que o estão a ser (Tavares et al., 2007).

Contudo, só no final do século XX, as escolas portuguesas passaram a fazer uma abordagem explícita e de informação intencional e estruturada, por estar integrada na Legislação (Frade et al., 1996). A importância da Educação Sexual no meio escolar, segundo Tavares et al., (2007) é reconhecida e apoiada por organismos internacionais como a UNESCO, UNICEF e OMS. Contudo, há divergências acerca dos conteúdos programáticos e da sua implementação, porque, enquanto uns entendem que a educação sexual contribui para o incremento da responsabilidade, outros entendem que demasiada informação incentiva a actividade sexual precoce havendo, portanto, programas pouco adequados e consensualizados (Tavares et al., 2007). Num estudo sobre este temática Cunha (2004) verificou que a escola, de uma forma geral, raramente dá aulas sobre educação sexual e que os professores também raramente falam sobre métodos contraceptivos.

Mais do que ser atribuída pouca importância pelas escolas à educação sexual, parece existir um obstáculo a esta, criado pela falta de preparação/formação que os professores têm acerca deste tema (Cunha, 2004).

Tal como a escola, o grupo de pares desempenha um papel dominante na sexualidade do adolescente.

1.4.2 O Adolescente, o grupo de pares e os comportamentos sexuais

Uma das pressões sentidas no sistema familiar é pressão dos pares. Estes desempenham um papel muito importante na socialização do adolescente, e na conquista da autonomia, o grupo de pares assume um papel preponderante na vida do adolescente, mais do que a própria família (Fleming, 2003).

Ao conquistar a sua autonomia relativamente à família, o jovem transfere a sua necessidade de segurança para os pares, com quem partilha sentimentos e atitudes semelhantes aos seus (Turner, 1996), uma vez que se sente igual nas suas dúvidas, energias, certezas, desafios, medos, angústia e desejos. São eles que oferecem ao adolescente um enorme suporte para essas mesmas angústias na experimentação de papéis, na vivência de afectos, no desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, o que por sua vez para os pais estas novas atitudes poderão representar uma traição (Alarcão, 2006).

A investigação mostra que, quando o grupo de pares exerce influências negativas e o adolescente não possui competências sociais necessárias ou está fragilizado, as consequências poderão passar pela adopção de comportamentos desviantes ou mesmo delinquentes (Matos, 2005).

Almeida (2007) explica a delinquência social como resultante de uma subcultura de grupo, em que os rapazes procuram compensações da sua instabilidade familiar, algo que lhes ofereça independência, e as raparigas procuram contactos afectivos resultantes dessa mesma carência.

No início da puberdade, o adolescente transfere as suas vivências sensuais intensas experimentadas, até então, no meio familiar, para outros objectos amorosos, tornando-se por vezes, difícil de ultrapassar esta fase. Como consequência, o abandono escolar, a entrada no mundo da delinquência ou a participação em trabalho infantil poderá ser um dos possíveis desfechos (Fonseca, 2004). Também o comportamento sexual se encontra fortemente associado a crenças sobre sexualidade, sendo o grupo de pares, e a família os principais responsáveis por estas (Canavarro et al., 2003).

Observa-se a influência dos pares na transmissão de normas, mais ou menos permissivas ou restritivas, sendo que estes constituem um modelo de comportamento (Lener & Galambos, 1998). Assim, os adolescentes que iniciam precocemente a actividade sexual referem idênticos comportamentos entre pares e percebem ganhos sociais associados a estas atitudes (Fonseca, Borges, Macedo & Lima, 2001). O grupo pode também influenciar comportamentos responsáveis de maturidade e de um desenvolvimento saudável ou então, contribuir para uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente, a nível sexual (Dias, Matos & Gonçalves 2007).

Um grupo com comportamentos sexuais de risco pode, com frequência, levar o adolescente a sentir-se pressionado para o acto sexual e ainda o facto de amigos terem já iniciado a actividade sexual pode incentivá-lo a também o fazer, motivados pela curiosidade e vontade de experimentar (Dias, et al., 2007). Da mesma forma o grupo funciona, muitas vezes, como a fonte de informação mais acessível e confortável, uma vez que se sentem mais à vontade para expor as suas dúvidas junto deste (Dias, et al., 2007).

Pode-se, portanto, dizer que o grupo de pares tem forte influência, quer positivamente quer negativamente, no comportamento sexual dos adolescentes, dependendo dos modelos de comportamento e de formas mais ou menos permissivas adquiridas no meio familiar.

Mas, como viemos a verificar, se no desenvolvimento da sexualidade, o adolescente é fortemente influenciado pela família, pela escola e pelo grupo de pares, também os processos adaptativos à adolescência, vão depender da forma como este se relaciona com esse meio envolvente.

1.5 Processos adaptativos no percurso desenvolvimental

Ao longo do percurso desenvolvimental a adversidade das trajectórias torna-se num desafio para o indivíduo, pondo à prova processos de risco e de resiliência, pelo que se torna relevante conhecer os processos adaptativos biológicos, psicológicos e sociais, para melhor compreensão, prevenção e tratamento de possíveis psicopatologias (Soares, 2000).

As interações pessoas/contextos, ao longo do ciclo de vida, permitem avaliar as transformações e reorganizações biológicas e psicológicas e analisar os factores de risco e de protecção, bem como os mecanismos se que operam no indivíduo e no meio ambiente (Pereira, 2001). Mas, para além dos genes e da cultura, é necessário, ainda, ter em atenção o próprio desenvolvimento e as circunstâncias actuais, a relação entre factores de risco e os factores protectores e de resiliência, porque uma exposição passiva a certas condições aumenta a probabilidade de adoecer (Fleming, 2003). Interroga-se, hoje, a razão pela qual algumas pessoas têm a capacidade de superar situações de crise, enquanto outras, nessas mesmas circunstâncias, se tornam incapazes de as ultrapassar.

A palavra resiliência deriva do latim e significa “saltar para trás”, e traduz a capacidade que o indivíduo tem para se adaptar de forma bem sucedida a situações de adversidade que envolvem múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou, ainda, a capacidade de recuperação de experiências traumáticas (Soares, 2000). O grau de resiliência de cada indivíduo, segundo Soares (2000), depende de factores protectores internos e externos, sendo por isso necessário conhecer os mecanismos individuais, familiares e sociais que lutam contra esses riscos e que contribuem para que, mesmo em situações de adversidade, se verifiquem resultados positivos na adaptação.

Segundo a concepção actual, a capacidade de resiliência de cada indivíduo pode mudar conforme as circunstâncias ou desafios. Assim, a resiliência em determinada situação não se mantém necessariamente ao longo do tempo, nem tão pouco é transferida para outra circunstâncias ou desafios (Pereira, 2001).

Quanto aos factores de protecção, cujo conhecimento ainda é limitado, conhecem-se três tipos: as características de cada indivíduo, tais como o temperamento e a inteligência; a qualidade das relações estabelecidas, traduzidas pela existência de pelo menos uma vinculação segura com uma figura significativa; e o envolvimento na comunidade, gerador de um sentido de presença como, por exemplo grupos de orientação ideológica e religiosa (Pereira, 2001).

São exemplos de factores de protecção a escola, pela capacidade de implementação de regulamentos; a qualificação dos professores e o recurso a métodos pedagógicos

adequados; a valorização do sucesso escolar e da saúde; o envolvimento em actividades desportivas, culturais, recreativas ou cultos religiosos; a coesão familiar, os grupos de amigos com comportamentos não desviantes, a aceitação dos pares (Martins, 2005).

Em suma, os factores de protecção do indivíduo estão não apenas inerentes às características da sua personalidade, como também ao envolvimento em contexto familiar, escolar e social.

Quando em contextos sociais menos favoráveis uma jovem não tem esses factores de protecção ou não desenvolve factores de resiliência, podem ocorrer comportamentos desviantes e comportamentos sexuais de risco, sendo um dos desfechos uma gravidez não planeada. Porque como expõe Silva (1992, p. 9) “o que a natureza permite, a sociedade proíbe, e pode afirmar-se que a gravidez é um dos maiores riscos da sexualidade na adolescência”.

A ADOLESCENTE GRÁVIDA

A gravidez torna a mulher, em geral, mais dependente do seu contexto social, pela necessidade de apoio, atenção e aceitação, por parte dos outros, ou seja, a forma como a sociedade a “olha” pode afectar a sua experiência maternal (Colman & Colman, 1994), sendo mesmo considerada por alguns autores, abordados no ponto um deste trabalho, como um período de crise. Contudo, Colman e Colman (1994) explicam que este significado de crise não quer dizer que algo de mau se vai passar, mas trata-se de acontecimentos normativos do ciclo vital da pessoa que alteram a vida em contexto físico, psíquico e social.

Se para uns autores a gravidez é um momento evolutivo fundamental do desenvolvimento da identidade feminina, onde há mudanças irreversíveis no ciclo vital feminino, durante o qual a mulher revive, elabora e resolve os conflitos da infância (Correia, 1998), para outros autores como Colman e Colman (1994, p. 175), a gravidez é “como um estádio relativamente curto que inaugura um estádio muito mais longo”, tem início na concepção e acaba com o parto com uma duração média de 40 semanas. Esse estádio muito mais longo que significa a maternidade, ultrapassa o conceito de gravidez e, por tal, trata-se de “uma comutação contínua de expectativas e realidades,

entre as projecções dos pais sobre quem eles pensam ser a criança e a própria natureza da criança” (Colman & Colman, 1994, p. 178).

A valorização da maternidade tem por base significados que envolvem as relações de género, como a fertilidade, a passagem para a vida adulta, e a valorização do seu estatuto social, assim, ser mãe na adolescência, independentemente dos factores morais e tradicionais; pode ser para a adolescente uma âncora que permite reforçar os vínculos sociais, familiares e ao pai do bebé e que poderá estar presente desde o início da gravidez quando esta é planeada, ou, então mais tarde ao assumirem o papel parental (Vilar & Gaspar, 1999).

Mas, na adolescência, e como o indivíduo, nesta fase, ainda não possui as capacidades de racionalizar as consequências futuras decorrentes de um comportamento sexual não responsável, frequentemente surgem situações de risco, em que a gravidez não planeada ou desejada está inscrita (Canavarro & Pereira, 2006; Leal, 1992; Ourô et al., 1998). Assim, se aos conflitos desenvolvimentais próprios da adolescência associarmos uma gravidez inesperada, “é considerarmos um duplo esforço de adaptação interna e uma movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente” (Gil & Lucas, 1998, p. 389).

Perante esta realidade, a adolescente, terá de fazer opções delicadas em relação ao seu futuro e para as quais certamente ainda não se encontra preparada. Assim, terá de optar por: prosseguir com a gravidez e assumir uma maternidade, dar o filho para adopção, ou interromper a gravidez.

Todavia, nem sempre a gravidez na adolescência foi considerada um fenómeno negativo porque, no tempo dos nossos avós, era comum um jovem deixar a escola, trabalhar, casar e ter filhos. Actualmente a sociedade “exige” que tal não aconteça, porque ser adolescente na sociedade actual implica uma “fuga à norma que condiciona a maternidade ao casamento e à vida adulta” (Vilar & Gaspar, 1999, p. 31).

Foi com a revolução industrial que este acontecimento, até então normativo, da gravidez na adolescência, deu lugar à gravidez na adolescência como um problema psicossocial, pela enorme quantidade de problemas que se lhe passou a associar: baixa escolaridade, desemprego, emprego precário e pobreza. Assim, na maioria das culturas,

é considerado como um fenómeno não desejável, com sérias repercussões a nível físico, psíquico e social (Carvalho, et al., 2004). Contudo, estudos mais recentes, assumem a diversidade nos percursos desenvolvimentais (Canavarro e Pereira, 2001) como algo a ter em conta para assumir a gravidez como problema ou não.

Numa abordagem multifactorial, Smith e Elander (2006) sugerem seis riscos específicos conducentes a uma gravidez na adolescência: 1) início da actividade sexual precoce; 2) baixas expectativas escolares e de projectos de vida; 3) ignorância acerca da contraceção; 4) atitudes acerca do aborto; 5) crenças acerca do amor; 6) relutância na ida aos serviços locais em busca de contraceptivos.

Já de acordo com Lourenço (1998) existem quatro razões justificativas para a preocupação com uma gravidez na adolescência: 1) a maioria das adolescentes engravida fora do casamento, ou de uma relação pouco estável; 2) na sua grande maioria a adolescente que engravida tem fracos recursos socioeconómicos; 3) as transformações sociais exigem actualmente mais escolaridade e uma vida profissional mais activa; 4) a saúde pública age em função do combate à morbidade e à mortalidade. Também Lerenó, Gomes e Faria (1996) entendem que as jovens que engravidam precocemente pertencem geralmente a grupos sociais desfavorecidos, com sub-culturas muito próprias, em que os padrões comportamentais e organizacionais da família diferem das normas estabelecidas. Mas, enquanto que, para Silva (1992) e Almeida (2007), a gravidez nesta etapa da vida é um factor de exclusão, perturbação e marginalidade social, para Lerenó, et al., (1996), essa exclusão social é anterior à gravidez e não uma consequência desta.

Ainda sobre este assunto, Vilar e Gaspar (1999) recordam que, quando uma adolescente engravida, duas associações simbólicas surgem: o de “leviana”, pois uma gravidez resulta de um acto sexual, acontecimento que apenas deveria ter lugar com o casamento, e/ou o de “coitadinha”, por associação às dificuldades e consequências sociais discriminatórias, incluindo a exclusão social, que a jovem poderá ter de enfrentar. Assumindo o carácter de risco, também a WHO (2004) considera a gravidez na adolescência, como uma situação de risco, por estar associada a um índice aumentado de morbidade e mortalidade materno infantil.

A partir dos estudos de Hardy e Zabin (1991, cit. in Pereira et al., 2003), a maternidade na adolescência passou a ser definida/entendida como o resultado final de uma sequência de comportamentos, que se iniciaram com a actividade sexual e continuaram através das relações sexuais de forma mais ou menos inconsciente. Relvas e Lourenço (2006) alargam a discussão e atribuem à maternidade na adolescência o estatuto gerador de mudanças e transformações, tanto a nível individual, como a nível de todo o sistema familiar, que obriga a uma readaptação e reestruturação social.

Mas, a ocorrência de uma gravidez na adolescência é assumida por Soares, et al. (2001) como um desafio muito exigente para estas jovens, pois terão de enfrentar uma dupla crise desenvolvimental: a crise da adolescência e a crise da gravidez. E estas duas podem tornar-se antagónicas impulsionadas pelas exigências da maternidade.

Assim, Mendes (1998) entende que a mulher se deve sentir preparada para decidir a maternidade, sendo uma gravidez na adolescência é uma atitude desviante a condutas que se desejam para um adolescente, quer no seu contexto familiar como social. “A maternidade parece surgir como uma ancoragem social, como uma forma de criar vínculos sociais, como uma amarra que se lança ao cais e evita que se navegue à deriva, e ainda que possam andar naufragadas no período de descoberta da gravidez” (Vilar & Gaspar, 1999, p. 87). Assim, Cunha e Monteiro (1998) referem-se a este fenómeno como “um acto agressivo”, na medida em que transforma, num curto espaço de tempo, uma menina numa mulher, sem que esta tenha oportunidade de viver em pleno o estágio da adolescência experimentando uma espécie de aceleração na transformação menina-mulher.

Independentemente do meio sociocultural e dos aspectos psicológicos, também Correia e Alves (1990) consideram que as adolescentes grávidas constituem um grupo de risco pré natal por recorrerem com frequência ao aborto clandestino; por quase todas as gravidezes não serem planeadas e disso decorrer o facto de não ter sido feita prevenção de factores de risco, quer para a mãe, quer para o feto; por iniciarem muito tardiamente, ou mesmo não iniciarem, a vigilância pré-natal; pela impossibilidade de detectar ou corrigir patologias; e pela dificuldade na determinação da idade gestacional.

Não obstante, as diferentes opiniões acerca desta temática, Malta et al. (2007) são de opinião de que é importante diferenciar grávidas adolescentes de adolescentes

grávidas isto é, não há adolescentes grávidas nem mães adolescentes, há adolescentes ou jovens que são mães sendo que cada caso é um caso, com as suas especificidades que variam de acordo com o seu contexto geográfico e sociocultural.

Igualmente Malta, et al. (2007, p.10) entendem que “a precocidade é por definição, algo que acontece antes do tempo” e, assim sendo, a gravidez e a maternidade na adolescência são termo demasiado generalista, que pode mascarar alguns casos específicos nomeadamente, quando uma gravidez é planeada e a adolescente está preparada para tal, não sendo neste caso precoce. Por sua vez, uma gravidez numa mulher adulta, quando não é planeada, pode ser considerada precoce precisamente por acontecer antes do tempo planeado e a mulher ainda não se sentir preparada.

Assim, a precocidade pode ter mais que ver com o contexto em que a gravidez ocorre, do que propriamente com a idade cronológica, dependendo, por isso, do ponto de vista de quem está a analisar a situação, pois, para algumas mulheres, a gravidez é “mais um fim em si mesmo, do que um meio para alcançar um fim” (Colman & Colman, 1994, p. 177).

A compreensão actual deste fenómeno deixou de ser alvo de uma visão monolítica e passou a ser alvo de uma visão pluralista e multidimensional, em que uma ampla variação de competências, atitudes, relações e percursos é considerada relevante para a concepção do desenvolvimento do adolescente (Soares & Jongenelen, 1998). Lourenço (1998) afirma que neste fenómeno, está presente a transgeracionalidade e a profecia familiar, ou seja, existe uma forte influência familiar, em que, tal como as suas mães que já foram mães adolescentes, elas também o querem ser.

Retomando o ponto da contraceção assumido por Smith e Elander (2006), como um dos seis riscos para uma gravidez na adolescência, Matos et al. (2007) afirmam que estas jovens, apesar de terem consciência de que podem engravidar não usam contraceção movidas pela fantasia própria da adolescência de que “só acontece aos outros” ou “se acontecer, logo se vê!” ou, ainda, “se acontecer, aconteceu!”. Isto pode significar que a gravidez apesar de não ser conscientemente planeada pode ser desejada.

Resumindo, “uma gravidez na adolescência é, assim, uma sinuosidade no (per)curso de vida da jovem, que implica, no seu final, o retomar da vida, por

intermédio da vinculação social” (Vilar & Gaspar, 1999, p. 89). A gravidez nesta fase do percurso de vida constitui um desafio ao valor da escolaridade e de outras regras sociais, potenciando as assimetrias entre jovens (Ourô, Leal, 1998). Contudo, este acontecimento, nem sempre constituiu um problema, quer nas últimas décadas em todas as sociedades, quer à luz de diferentes culturas, na actualidade, tal como se vai observar no próximo ponto.

1.1 Uma visão sociocultural da gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência não constitui um fenómeno novo, contudo, nas últimas décadas, tem sido valorizado e visualizado por estar associado a problemas sociais, nomeadamente, a baixa escolaridade, desemprego, empregos precários, potencialização da pobreza, dentre outros (Canavarro, 2006, Figueiredo et al., 2005). E tal como já referimos, nem sempre a gravidez nesta fase de vida constituiu problema.

Recuando na história, e após a segunda Guerra Mundial, nos anos 50, pela necessidade de repovoar o país, deu-se um novo *baby boom* mulheres americanas inverteram a tendência de ter poucos filhos tardiamente. Já nos anos 60, estas passam a ser incentivadas a não ter filhos e, nos anos 70, com a presença da liberdade sexual, da emancipação dos movimentos anti-racismo a fertilidade, a gravidez e a educação dos filhos passam a ser também uma preocupação política (Colman & Colman, 1994).

A partir dos anos 80, com a progressão na carreira profissional da mulher e a consequente partilha de responsabilidades entre o casal, a gravidez e até a educação dos filhos, passa a ser mais planeada e a ocorrer mais tardiamente, havendo um certo “medo” em engravidar fora do “timing” considerado como o adequado para ter filhos. Kitzinger (1996, p.21) considera que “...os processos naturais foram bloqueados por imperativos culturais”.

Em suma, se em algumas sociedades a gravidez é um estado ritual, onde as cerimónias de gravidezes têm uma importante função na integração da mulher no sistema social onde se “...ligam o presente ao passado e o humano ao divino” (Kitzinger, 1996, p.76), na sociedade ocidental, tal não ocorre da mesma forma. Para uma melhor compreensão deste fenómeno, no próximo ponto, passa-se descrever um o panorama ao nível internacional acerca da gravidez na adolescência.

Gravidez na adolescência: perspectiva internacional

De aproximadamente um milhão de adolescentes que ficam grávidas anualmente nos Estados Unidos da América, 45% abortam. Associado a este fenómeno, encontram-se jovens oriundas de famílias com nível sócio económico baixo, habitações superpovoadas e promíscuas, mas também, no outro extremo, jovens com nível social superior, com desequilíbrios familiares provocados por divórcio e ausência da figura paterna/materna (Turner, 1996). De comum, estas jovens procuram a sua identidade no sexo com fins não apenas sexuais, mas de afirmação da sua feminilidade, de competição com a mãe, por vontade de magoar o pai, por auto punição/autodestruição, à procura de compensação de carências afectivas, por curiosidade e pelo desejo de correrem riscos agindo contra as regras sociais e, ainda, na procura da emancipação (Turner, 1996).

Resultante de planos de intervenção governamentais dirigidos aos jovens, o rácio de gravidezes na adolescência nos EUA, declinou 33% entre 1991 e 2003 (Santelli, Lindberg, Finer, & Singh, 2007). O governo promoveu programas e campanhas escolares de educação sexual para ambos os sexos, que visavam a abstinência sexual até ao casamento, e o adiamento do início da actividade sexual, com o objectivo de prevenir o HIV e a gravidez na adolescência (Santelli et al., 2007).

Santelli et al. (2007) concluiu que os movimentos a favor da virgindade atrasavam o início da actividade sexual, mas apenas nas adolescentes mais novas (entre os quinze e os dezassete anos), mas quando iniciavam efectivamente a actividade sexual, estas jovens apresentavam uma menor prevalência na utilização de métodos contraceptivos (Santelli et al., 2007).

Para além da abstinência até ao casamento, o governo utilizou outras estratégias, que passaram por explicar aos adolescentes as desvantagens sociais de uma gravidez nesta idade, alegando que isso constituía uma barreira para a melhoria das suas circunstâncias sociais, nomeadamente a nível da conclusão da escolaridade obrigatória (Santelli, et al., 2007).

Apesar de mais adolescentes adiarem o início da actividade sexual, o impacto na diminuição do risco da gravidez na adolescência está muito aquém do desejado, estudos, científicos revelaram que, a abstinência sexual, por si só, é insuficiente como

prevenção, pelo que, os EUA enfatizaram as políticas domésticas e globais, desaconselhando outros países a promoverem uma educação sexual baseada na abstinência sexual, sem que se faça um ensino, em simultâneo, adequado do uso de métodos contraceptivos (Santelli et al., 2007). Coley e Chase-Lansdale (1998) referem que, actualmente, a maioria dos nascimentos dos filhos em adolescentes, está concentrado nos últimos anos da adolescência entre os 18 e 19 anos, sendo a diversidade étnica largamente responsável pelo elevado número de gravidezes nesta faixa etária.

Hoje em dia, uma contracepção mais eficaz e de fácil acesso, com o aumento do uso do preservativo e de contraceptivos orais, a prática da abstinência sexual e a aposta na educação sexual são factores que Santelli et al. (2007) consideram como responsáveis pela descida da gravidez na adolescência nos EUA. Dados de 2004, emitidos pela Demographic Yearbook (2008) relativos ao número de partos em adolescentes nos EUA, mostram claramente que em 4 115 590 partos, 422 197 eram adolescentes, ou seja uma ocorrência de 10,26% em jovens adolescentes.

Um outro exemplo internacional, em que o declínio da gravidez na adolescência se verificou, é a Suécia, em que esta diminuiu a partir de 1970. A Suécia é um dos países da Europa que actualmente tem uma das menores taxas de gravidez na adolescência. Tais resultados podem ser devidos à intervenção do governo nas práticas da educação sexual, da contracepção e da liberalização do aborto (Olausson, Haglund, Weitoft & Cnattingius, 2001).

Figura 1: Gravidez na adolescência em alguns países da Europa (Adaptado de Demographic Yearbook, 2008).

	Total de partos	Partos em adolescentes	%
Alemanha 2006	672 724	23 767	3,53
Bulgária (2006)	73 978	10 244	13,84
Dinamarca (2006)	64 984	925	1,42
Espanha (2006)	446 371	13 031	2,91
Finlândia (2004)	57 758	1 659	2,87
França (2006)	796 896	14 626	1,83
Grécia (2006)	112 042	3 311	2,95
Itália (2006)	544 030	9 419	1,73
Polónia (2006)	374 244	19 230	5,13
Portugal (2004)	105 449	4 904	4,65
Reino Unido (2004)	695 549	49 875	7,17
Roménia (2003)	212 459	28 224	13,28
Suécia (2004)	100 928	1 604	1,58

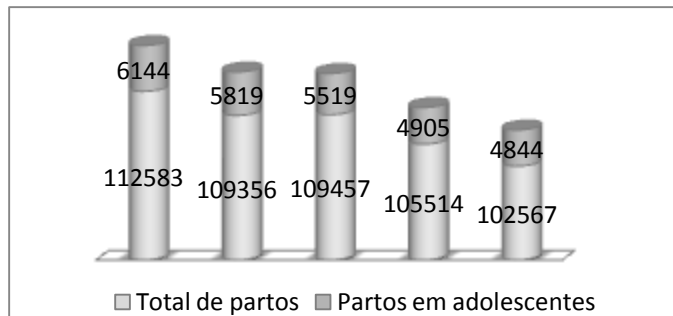
Como se pode observar na figura 1, em alguns países da União Europeia, verifica-se, ainda, uma elevada percentagem de casos de gravidez na adolescência, como o caso da Bulgária e Roménia, contrastando com a Dinamarca, França e Suécia com as percentagens mais baixas. Dentro dos 13 países descritos no quadro 1, pode-se verificar que em 2006, Portugal ocupava a oitava posição relativamente ao número de casos de gravidezes na adolescência.

Gravidez na adolescência: perspectiva nacional

Em Portugal, entre 1900 e 1930, a taxa de natalidade geral era de 30 nados vivos por 1000 habitantes. Desde então, passou a registar-se um declínio, verificando-se, uma

taxa de 20 nados vivos por cada 1000 habitantes, nos anos 70, entre 2000 e 2005 a taxa era de 11 nados vivos por 1000 habitantes e, já em 2005, a taxa foi de 10,4 nados vivos por 1000 habitantes, mas, excepcionalmente, a região do Algarve registou um aumento de 11,4% para 12,0%, verificando-se que esta região, bem como nas regiões urbanas, apresentam uma taxa mais elevada de gravidezes em jovens, do que nas regiões mais rurais (Instituto Nacional de Estatística, 2007). Mas, à semelhança de outros países, como podemos verificar na figura 2, em Portugal registou-se um decréscimo acentuado de gravidezes na adolescência na última década, ocupando o quinto lugar na União Europeia, logo abaixo da Bulgária, Roménia e Reino Unido (INE, 2007). Este decréscimo, segundo Canavarro e Pereira (2006), está associado à eficácia da educação sexual e (in) formação sexual, maior recurso à contracepção, diminuição da actividade sexual sem protecção, por medo de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e pelo aumento do recurso ao aborto.

Figura 2: Número total de partos vs partos em adolescente em Portugal de 2003 a 2007 (Adaptado do INE, 2007).



Num estudo levado a cabo na Maternidade Júlio Dinis, por Figueiredo Pacheco, Costa e Margarinho (2006), registou-se um elevado número de circunstâncias adversas na trajectória desenvolvimental do adolescente associados à parentalidade, tais como: separação parental; separação em relação aos pais; abuso de substâncias na família; história de maus tratos ou negligência; tentativa de suicídio; problemas com a justiça e consumo de substâncias ilícitas.

Num outro estudo, de Figueiredo, Pacheco, e Margarinho (2005), revelou-se que este fenómeno está associado a uma diversidade de contextos, desde: saída escolar precoce, reduzida ou ausência de ocupação profissional, experiências de vida adversas,

problemas na família de origem, agregado familiar com ausência da figura paterna, gravidez não planeada, acompanhamento médico tardio e consumo de tabaco.

Em suma, à semelhança do verificado nos estudos internacionais, em Portugal a gravidez na adolescência está associada a condições sociais desfavoráveis tais como baixa escolaridade, emprego de baixa remuneração e exclusão do sistema de ensino ou emprego entre outras (Figueiredo, et al., 2006)

Factores preditivos da gravidez na adolescência

As razões porque uma jovem adolescente engravida são múltiplas e por trata-se de grupo heterogéneo, torna-se difícil traçar um único perfil para a adolescente grávida. Os estudos portugueses associam com frequência a gravidez na adolescência à gravidez não planeada; ao desconhecimento sobre a anatomia e fisiologia humana; à não utilização de contraceptivos ou utilização incorrecta; à antecipação da idade fértil; e ao início precoce da actividade sexual (Lourenço, 1998; Silva, 1992). Neste sentido, Santana et al. (1999) entendem que, pelos maus desfechos materno-fetais, é importante ter em atenção os factores etioógicos para, sempre que possível, se agir previamente/preventivamente.

Canavarro (2006) associa o fenómeno da gravidez na adolescência a uma cadeia de acontecimentos e decisões que envolvem os comportamentos sexuais, a utilização de métodos contraceptivos, o prosseguimento da gravidez e futuramente os cuidados parentais. Jovens adolescentes, emocionalmente e psicologicamente menos capazes de enfrentar uma gravidez e a parentalidade, parecem ser as que têm mais comportamentos de risco e de consequentemente engravidarem (Lewis, Wade & Lee, 2006).

Na adolescência precoce, os factores de risco e de protecção que evidenciam a predição de vir a experimentar uma gravidez precoce são (East, Khoo, Reyes & 2006): os contextos familiares e de parceiros; os pais atentos; a orientação escolar; e as atitudes de apetência à maternidade tardia. Pereira Canavarro, Cardoso, e Mendonça (2005) também apontam como factores preditivos da gravidez na adolescência a família, a escola e os parceiros, ou seja, famílias desestruturadas, pais com história de doenças psicológicas/psiquiátricas e mães com história de gravidez na adolescência devem ser tidos em conta como preditores da gravidez nas jovens.

Em suma, diferentes estudos apontam múltiplos factores preditivos de uma gravidez na adolescência: físicos; psicológicos; cognitivos; sociodemográficos; familiares; relacionais na escola, culturais, raciais e étnicos.

1.1.1 Factores físicos

O início da puberdade não significa o início da fertilidade. O começo da fertilidade, ou seja a nubilidade, não é coincidente com menarca, existe quase sempre um período esterilidade fisiológico de duração variável (Canavarro, 2006). Lourenço (1998) afirma que este período pode durar até cinco anos. Contudo, há descrição de casos esporádicos de mulheres que engravidam sem a menarca tenha ocorrido.

Existem diversos factores que aceleram o desenvolvimento da puberdade mais precoce, nomeadamente a melhoria das condições de nutrição e de higiene (Silva, 1992) ou ainda factores como a raça e o clima, e aspectos decorrentes das condições de vida (Subtil & Sousa 1994). Desde o século XIX que a menarca tem vindo a ser cada vez mais precoce, sendo a média das idades dos países desenvolvidos situada nos 12,5 anos, e dos subdesenvolvidos de 15 anos (WHO, 2004). Tal como existem amplitude em termos fisiológicos, também os factores psicológicos e cognitivos sofrem de idiosincrasias.

1.1.2 Factores psicológicos e cognitivos

A desatenção dos adultos perante as solicitações dos adolescentes - por um lado a necessidade de serem aceites e compreendidos, por outro, e ainda, a falta de educação sexual - conduz as jovens a envolvimento afectivos e procurar apoio para colmatarem as carências afectivas (Lourenço, 1998). Lourenço (1998) explica que, num meio familiar precário em carinho, compreensão e com sentimentos de desvalorização, a adolescente pode engravidar como uma maneira de reduzir essas carências afectivas, sendo o filho uma gratificação narcisista e o preenchimento de um vazio psicológico e relacional. No seu estudo, Lourenço (1998) encontrou um grande sentimento de desvalorização e baixa auto-estima nas jovens grávidas. Da mesma forma, Pereira et al. (2005) explicam que as adolescentes grávidas percebem pouca afectividade dos pais e pouca protecção materna. Já Garret e Tidwel (1999) destacam a gravidez na

adolescência como resultado de uma ocorrência desprotegida, em que as jovens mães esperam do bebé ser alguém a quem possam amar.

Igualmente, Correia (1995) refere algumas características emocionais que propiciam a ocorrência de uma gravidez na adolescência: egocentrismo; pensamento mágico; baixo autocontrolo; baixo sentido de responsabilidade; dificuldade em antecipar as consequências dos seus actos; necessidade de agradar; necessidade de explorar o seu próprio corpo e o do outro; ambivalência face ao desejo de engravidar, e ainda o início da actividade sexual precoce e a mudança dos valores relativos à sexualidade.

Identicamente, Correia e Alves (1990) explicam alguns factores que predis põem para uma gravidez: fantasias edípicas que substituem o pai pelo namorado; desejo de ser igual à mãe, rivalizando com ela, no desejo fantasmático de ter um filho de seu pai; identificações desfavoráveis com a mãe ou amiga; necessidade de vingança na família; tendência para a auto-punição; demonstração de maturidade aos seus pais; ver no filho alguém que lhes vai dar amor incondicional por necessidade de carinho e ternura.

A identidade da grávida é significativamente influenciada pelas mudanças de papéis sociais e das relações interpessoais, o que pode acarretar a perda ou a confusão do sentido do self e a imprevisível atitude emocional da maternidade (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Pacheco et al., 2005).

No entanto, a baixa auto estima e os sintomas depressivos associados à gravidez na adolescência, podem ser ultrapassados e verificar-se o oposto, ou seja, aumentar a sua auto-estima, tornando-se assim, orgulhosa consigo própria e sendo um factor estabilizador das suas próprias vidas (Walín, 2007).

Também Canavarro e Pereira (2006) afirmam que a falta da maturidade cognitiva não permite à jovem entender as consequências a longo prazo de uma gravidez, mas, por outro lado, Ourô et al. (1998) defendem que a gravidez pode remeter a adolescente para um estatuto de adulto. Leal (1992) corrobora com esta última perspectiva e explica que aceitar a gravidez pode ser uma confirmação da sua feminilidade, mesmo não correspondendo a um projecto de ser mãe. Por sua vez, Figueiredo (2001) refere que o

pensamento concreto próprio da adolescência dificulta a previsão das dificuldades futuras de que um bebé suscita.

Resumidamente, numa perspectiva relacional, a gravidez na adolescência pode ser considerada como uma forma de ganhar atenção, amor, carinho e uma oportunidade em encontrar um amor incondicional e a segurança desejada (Correia & Alves, 1990), já que, com frequência, acabam por casar (Sardinha, Mendonça, Branco & Morna, 1993). Mas é possível perceber que desde sentimentos de desvalorização até à estabilidade pessoal e emocional, muitas são consequências de uma gravidez nesta fase da vida. No entanto, antes de se abordar as repercussões deste acontecimento não normativo, é importante perceber que factores estão subjacentes à falha da contraceção, que hoje não podem radicar na falta de informação.

1.1.3 Factores relacionados com a contraceção

Apesar da grande adesão aos métodos contraceptivos, verifica-se uma elevada taxa de gravidez na adolescência, causada pela sua má utilização e consequente ineficácia (Carlos, et al., 2007; Paukku, Quan, Darney & Raine, 2000).

No seu estudo, Lourenço (1998) constatou que muitas adolescentes não possuíam conhecimento algum sobre contraceção, e que outras tinham abandonado o seu uso sem que tenham conseguido apurar a explicação para este comportamento.

No seio familiar, a não verbalização clara das questões de contraceção, motivado pelo pensamento de que os filhos possuem noções básicas sobre o assunto, limitando-se por isso a dizerem “tem cuidado”, é para Vilar e Gaspar (1999) apenas uma advertência, e não um esclarecimento cabal para que a jovem realmente tome as devidas medidas de precaução.

Segundo Gonçalo (2002, p.13), “a falta de preocupação e o esquecimento exprimem a ausência de reflexão em relação à consequência dos seus actos”, transformando-se em desculpa para não usar contraceptivos, para além de da utilização de um método contraceptivo significar o assumir de uma relação sexual, que muitas vezes, não é totalmente assumido. Assim, muitas adolescentes são sexualmente activas antes de iniciarem a contraceção ou de recorrerem a uma consulta de planeamento familiar (Turner, 1996), o que coincide com o estudo de Cunha (2004), ao

concluir que a maioria das jovens grávidas raramente procurou o Centro de Saúde ou consulta de planeamento familiar para obter informação sobre os diferentes métodos contraceptivos.

São ainda apontados como factores que favorecem a gravidez na adolescência a não utilização de contracepção numa primeira relação sexual, ou a sua má utilização (Almeida, 2007; Pereira, 2001), a existência de múltiplos parceiros sexuais (Pereira, 2001) e a desinformação sexual sobre os métodos contraceptivos (Xarepe, 1990).

Loureço (1998) defende que o conhecimento da contracepção depende de factores psicológicos, psicossociológicos e culturais, sendo a fonte do conhecimento essencialmente extra familiar, onde a escola é o lugar de eleição mais adequado para (in)formar os jovens.

De entre a panóplia de métodos contraceptivos, o coito interrompido é descrito por Vilar e Gaspar (1999) como o mais utilizado entre os jovens nas relações sexuais esporádicas e ocasionais, seguindo-se o uso do preservativo.

Em suma, Canavarro e Pereira (2006) fazem alusão ao facto do início da actividade sexual ter influências culturais, sociais, emocionais e relacionais. Canavarro e Pereira (2001) relacionam a actividade sexual precoce com a disponibilidade de contracepção, à erotização dos canais de televisão, e à mudança de valores relativamente à sexualidade, à família, aos padrões de casamento e à própria adolescência. No entanto, evidências científicas mostram que educação sexual em que se discute a contracepção, não aumenta a actividade sexual; que os programas que enfatizam a abstinência sexual como método mais seguro e apropriado, e fornecem informação sobre contraceptivos, nos jovens sexualmente activos, não aumentam o seu uso (Klein, 2005). Evidências científicas apontam também alguns factores sociodemográficos como preditores para uma gravidez na adolescência.

Factores sociodemográficos

O baixo nível de escolaridade e a existência de profissões pouco qualificadas, como por exemplo empregadas domésticas (Carvalho, et al., 2004; Turner, 1996) e a restauração com horários curtos e flexíveis (Malta et al., 2007), são apontados como factores preditivos para uma gravidez na adolescência.

O contexto comunitário e cultural é também determinante na aceitação da gravidez na adolescência. Grávidas adolescentes, provenientes de zonas rurais, com níveis socioeconómicos baixos, falta de oportunidades educacionais, condicionadas pelo acesso à educação, que valorizam papéis tradicionais, como estar em casa e tratar dos filhos, aceitam mais positivamente a gravidez (Pereira, 2001).

Em Lisboa, nalguns bairros de realojamento social, a gravidez na adolescência, constitui um fenómeno esperado, segundo Malta et al. (2007), uma vez que as suas mães já foram mães adolescentes, assim como irmãs, irmãos, vizinhos, cunhadas, a gravidez é assumida como um acontecimento alvo de valorização. É frequente já terem responsabilidade de adultas no seu meio familiar, uma vez que ajudaram a cuidar dos seus irmãos ou vizinhos, pelo que apenas mudam o seu estatuto social: de meninas a mulheres, e de raparigas a mães, confirmando a sua feminilidade ao nível das competências parentais (Malta et al., 2007).

Na generalidade, ficam a viver com o companheiro, em casa dos pais deste, e como relatam Malta et al. (2007, p.13), “são adoptadas pelas famílias do companheiro até poderem ter a sua própria casa, as que ficam a morar em casa dos seus pais, são as que por vezes, não mantêm um relacionamento amoroso, com o pai do filho”.

Assim, Walin (2007) considera que ser mãe adolescente pode ser considerada como uma forma de escapar a uma situação psico-social insuportável e que providência uma oportunidade em sair do passado e provar ao mundo que é uma cidadã de valor e uma mãe competente. Pereira et al. (2005) também refere que estas adolescentes pertencem frequentemente a famílias monoparentais, encontrando-se normalmente à responsabilidade da mãe com fracos recursos económicos, oriundos de famílias alargadas, com profissões pouco qualificadas (Nelas, 2004), e com baixa qualidade na relação pais/filhos (Canavarro & Pereira (2001) e com mães que já foram mães precocemente (Pereira, et al., 2005). Ainda o contexto familiar em que a adolescente se desenvolve pode constituir factor preditivo para uma gravidez.

Factores familiares

É frequente a gravidez na adolescência estar associada a famílias disfuncionais, numerosas ou agregados familiares alargados, pertencentes a classes sociais baixas e

com poucos recursos económicos, onde as jovens já não estudam e nem estavam a estudar na altura em que engravidaram (Malta et al., 2007) e “ a dinâmica destas famílias é tanto mais disfuncional quanto mais nova é a sua filha adolescente” (Lourenço, 1998, p. 156). Muitas vezes são as próprias adolescentes que percebem as suas famílias como disfuncionais, percebendo o sistema familiar como pouco coeso e desequilibrado (Lourenço, 1998).

Xarepe (1990) refere que, face a uma desorganização familiar, isto é, em virtude dos seus problemas, esta não presta atenção às transformações biopsicossociais do adolescente, e como tal instala-se a necessidade de formar a sua própria família em busca de ideais e valores próprios, e a tentativa de viverem as suas próprias vidas de acordo com as suas fantasias.

A relação entre grávidas adolescentes e mães, irmãos e amigas com história de gravidez na adolescência, faz com que Malove (1998) afirme, que se trata de um fenómeno transgeracional, também Walin (2007) afirma que estas adolescentes estão a seguir um padrão familiar. O ambiente familiar destas jovens é, por norma, caracterizado pelo stress, pressão, conflitos e maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), abuso físico, sexual e emocional e pobre qualidade na relação com os pais (Garret & Tidwell, 1999).

Já algumas gravidezes decorrentes de violação sexual, dentro da própria família, são crimes pouco denunciados às autoridades judiciais, permanecendo um segredo familiar (Lourenço, 1998). Esta autora desenha como perfil dos violadores: alcoolismo, debilidade mental e perturbações da personalidade.

Relativamente à ausência da figura paterna, Dias et al. (2007) concluíram que este é um factor de risco para iniciar a actividade sexual precocemente; contrariamente, a presença do pai surge como factor protector do início da actividade sexual, mesmo que outros factores de risco estejam presentes. Mas, para além do contexto familiar onde a adolescente vive, os relacionamentos destas jovens escolares e o grupo de pares podem igualmente constituir como factores preditivos para uma gravidez na adolescência.

Factores relacionais na escola e no grupo de pares

Tal como já se afirmou, os pares influenciam a sexualidade pela transmissão de normas permissivas ou restritivas e pelos seus modelos de comportamento. A iniciação e a actividade sexual pré-matrimonial são, muitas vezes, percebidas pelas jovens como sendo a norma entre os seus pares, mesmo que tal desafie a moral veiculada pelas famílias (Vilar & Gaspar, 1999).

É frequente, as grávidas adolescentes terem muitos amigos que não frequentam a escola e que têm normas muito permissíveis, relativamente a uma gravidez pré conjugal (Gonçalo, 2002). São jovens submissas com pobre aptidão para a comunicação interpessoal, para quem a gravidez se torna numa forma de aceder a um grupo de adultos, onde parecem sentir-se mais à vontade (Gonçalo, 2002). Ainda, Sardinha et al. (1993) refere que, para colmatar a má comunicação familiar, em que estão inseridas, estes jovens tendem a procurar amizades com pessoas da mesma idade.

A gravidez na adolescência está, assim, associada às influências sócioemocionais, na medida em que, quando frequentam a escola, por vezes têm com menos recursos económicos, são menos estimuladas, e catalogadas pelos próprios professores de forma negativa (Canavarro & Pereira, 2006), bem como têm poucas aspirações académicas (Carlos, et al., 2007). A pressão sentida por uma adolescente grávida na escola é grande, o que a pode levar a desistir de estudar, por se sentir excluída (Lourenço, 1998). Contudo, existem adolescentes grávidas, que estabelecem com os professores uma relação de confiança e compreensão, atitude importante, para se sentirem confiantes e darem continuidade à sua escolaridade (Lourenço, 1998).

Factores culturais, raciais e étnicos

Correia (1998) aponta dois factores que se deve ter em consideração quando se fala numa gravidez: o cultural, que influencia o sentir e o agir da mulher na gravidez, e ainda factores intrínsecos à própria mulher, de acordo com as características da personalidade.

Existem culturas que, para integrarem a grávida na sociedade, fazem cerimónias de gravidez, para ligar o presente ao passado, do humano ao divino, noutras ainda, fazem-se rituais que ligam as mulheres aos bebés que vão nascer, à terra e aos deuses, para que

possam continuar as suas ocupações habituais (Kitzinger, 1996). Ainda a mesma autora refere que, em algumas culturas, é comum uma reaproximação emocional da mulher grávida à sua mãe, como se a gravidez as unisse em duas gerações: a grávida revive uma experiência universal partilhada pela maioria das mulheres, enquanto a sua mãe revive as emoções que foi a sua própria gravidez.

Na nossa sociedade, tal como refere Correia (1998), não existem esses rituais, a grávida torna-se “doente” e necessita de cuidados médicos como se se tratasse de alguém com problemas de saúde. Esta atitude proporciona diminuição da autoconfiança relativamente à sua capacidade de continuar a gravidez e parir sem intervenção médica.

Assim, dependendo da cultura em que está inserida, a gravidez na adolescência pode ser considerada como uma forma de atingir a idade adulta e estatuto social e em certas regiões como o Sul da Ásia, Médio Oriente e África casar e ter filhos cedo é ainda um acontecimento normativo (WHO, 2004). Nestas culturas, a maternidade, nesta fase da vida, para além de ser uma situação desejada e bem aceite, é valorizada pelos companheiros e seus congéneres (Lourenço, 1998). Por exemplo, nas comunidades caboverdianas e ciganas, este é um acontecimento apoiado e socialmente valorizado (Fonseca & Lourenço, 1993). Também nos EUA, as adolescentes negras, iniciam precocemente a actividade sexual, o contribui para o elevado número de gravidezes nesta fase de vida (Lourenço, 1998).

Ao longo destes pontos reflectiu-se acerca dos factores que podem predizer uma gravidez na adolescência, quer esta seja planeada, quer seja não o seja. Como foi referido anteriormente, se se trata de um fenómeno não desejável, na cultura ocidental, então, porque quererá uma adolescente planear uma gravidez?

Planeamento da gravidez na adolescência

O que pode levar uma adolescente a querer engravidar? Desde estar apaixonada; esperança num casamento; ter apoio económico; sentir a pressão dos pares; ganhar atenção e carinho dos outros; receio de mais tarde não poder ter filhos e até ao identificar-se com o papel de ser mãe, são tidos como motivos para tal ocorrer (Garret & Tidwell, 1999). Se a opção é uma gravidez planeada, frequentemente resulta de querer agradar ao namorado, que normalmente é mais velho; desejar ter um filho;

pretender iniciar uma vida com o parceiro; (Pereira, et al., 2005), ou fugir de condições de vida precárias; ambientes familiares conflituosos e precários; desejar de ter um filho e constituir a sua própria família, para lhe conferir um o novo estatuto de adulta; ou como projecto de vida em opção a um percurso profissional ou escolar (Vilar & Gaspar, 1999).

Mas “...desejar um filho nem sempre coincide com querer ser mãe” (Lourenço, 1998, p. 17). Uma gravidez na adolescência pode não ser planeada, mas ser desejada, pelo apelo a um projecto maternal, ou, não ser desejada, inicialmente, contudo progressivamente a jovem vai-se adaptando, talvez por a encare como uma forma de se valorizar narcisicamente, uma vez que a vinda de um filho pode fazer dela, uma pessoa mais velha e com mais responsabilidade e autonomia (Carlos et al., 2007). Perante a tomada de decisão de dar continuidade à gravidez, umas adolescentes tomam decisões conscientes baseadas em informações adequadas, outras entregam a tomada de decisão a terceiros, e outras ainda tomam as suas decisões com base em informações menos adequadas e de forma inconsciente (Pereira et al., 2003).

Ao processo de auto-aceitação de uma gravidez na adolescência ou a aceitação no seu círculo social, Vilar e Gaspar (1999) denominam de “processo de assimilação de uma gravidez na adolescência”. Esta expressão tratar-se de um factor integrável e integrado socialmente com uma gradual aceitação. Para estes autores, na gravidez planeada a auto-assimilação é imediata, pela vontade em ter um filho, mas, quando não é planeada, a assimilação pode ser mais lenta, dependendo do desejo de ter esse filho. Esse desejo prende-se a dois factores: os valores positivos atribuídos à maternidade e às relações de género, que se caracterizam pela dominação simbólica do masculino, e ainda aos valores que regem os seus projectos de vida (Vilar & Gaspar, 1999).

A opção pela continuidade da gravidez acarreta à jovem algumas exigências: lidar com o sentimento de pecado e culpa; o esforço de ajustamento à gravidez e expectativa da maternidade; perda prematura da condição de adolescente e, ainda, com frequência o casamento (Correia, 1995).

Finalmente, segundo Vilar e Gaspar (1999), no imaginário da adolescência, um filho surge como um vínculo social que pode oferecer protecção social contra eventuais roturas conjugais os laços filiais de sangue podem servir de garantia para a afectividade

por contraste com as relações amorosas, que podem ter um fim; e o aborto é o último recurso reservado a situações consideradas como insuportáveis.

Perante uma gravidez na adolescência, quer tenha sido planeada, quer tenha acontecido casualmente, a jovem vai encontrar “barreiras” e repercussões com as quais, na maior parte das vezes, não está preparada para enfrentar, visto haver uma sobreposição de papéis: adolescência e gravidez, ambos conotados como momentos de crise no ciclo vital do indivíduo.

As repercussões de uma gravidez na adolescência

Assiste-se, por vezes, a situações em que a gravidez surge de um relacionamento com curta duração com pouca estabilidade ou de uma relação com parceiro ciumento e possessivo, e independentemente da situação. Pelo medo de ficarem sozinhas as jovens acabam por se acomodar e manter a esperança de que com o nascimento do filho a sua situação melhore ou se altere (Carlos et al., 2007).

Apesar de existirem muitos estudos sobre a maternidade na adolescência, em que as consequências negativas no percurso desenvolvimental são evidentes, outros existem que demonstram que nem sempre é assim. Figueiredo (2000a) divulgou um estudo em que algumas adolescentes grávidas tiveram percursos desenvolvimentais de sucesso, contrariando a maioria dos resultados que denunciaram sempre um impacto negativo da gravidez na adolescência.

No entanto, Malta et al. (2007) assumem que o impacto negativo de uma maternidade não desejada ocorre a nível orgânico, educacional, socioeconómico e relacional. Da mesma forma, Almeida (2007) identifica três tipos de repercussões, que podem ocorrer também em mulheres adultas: as físicas, as obstétricas e com o feto/recém-nascido/criança. Já Relvas e Lourenço (2006) descrevem alterações sofridas a nível familiar, em que se inserem as repercussões na família nuclear e alargada, na relação entre o núcleo familiar e a restante família, e, ainda, na interacção entre família e sociedade.

Contudo, como consequência da uma gravidez na adolescência, Figueiredo et al. (2006) destacam a ocorrência de uma mudança drástica no estatuto ocupacional e

matrimonial ou no relacionamento com o companheiro, que geralmente vai piorando ao longo da gravidez.

Como temos vindo a referir a adolescência caracteriza-se por ser um período de descoberta: do mundo, dos grupos de amigos e de uma vida social mais ampla. O assumir de responsabilidades e de papéis de adulta precocemente, já que será obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos, leva a considerar a gravidez como motivo para interromper ou dificultar esse processo de desenvolvimento normativo da adolescente.

Assim, contrariamente ao esperado, esta torna-se esta mais dependente, sobretudo em relação aos seus pais e familiares mais próximos. Logo, é legítimo pensar que, perante estas situações, a adolescente se confronte com repercussões que se repercutam a nível pessoal, físico, psicológico e social.

Repercussões pessoais

Dos vários estudos descritivos sobre as principais consequências deste fenómeno, encontra-se o de Correia (1995) que descreve como consequências psicossociais: a alteração na relação com o próprio; a alteração na relação com os pais; a alteração na relação dos pais com a adolescente; a redefinição dos papéis familiares; a modificação na relação com o pai do bebé; a alteração na relação com os amigos; o abandono da escola e conseqüente necessidade de ingresso no mundo do trabalho. Já Figueiredo et al. (2005) concluiu que as adolescentes grávidas diferem das adultas no que concerne à situação familiar, aos comportamentos de saúde, à percepção do suporte recebido, à auto-estima, e aos sintomas depressivos, repercutindo-se negativamente na sua habilidade em lidar com a maternidade. Walin (2007) afirma que, com frequência, as adolescentes grávidas têm relações instáveis com o pai da criança, reduzem o contacto com amigos, se sentem “presas” e dependentes economicamente da família e ainda se sentem discriminadas pela sociedade.

A nível escolar e familiar, e entendendo estes dois espaços como complementares, dado a escola ser um espaço relacional de desenvolvimento por excelência e a família uma fonte de auto-estima, no caso da jovem que fica grávida, tal não acontece. A vida relacional passa a ser feita no seio familiar e não verificar a existência do grupo de pares, quer em contexto escolar quer fora dele (Lourenço, 1998), ficando a jovem “privada” do excelente espaço de socialização.

Repercussões físicas

A gravidez na adolescência está frequentemente associada a maior risco de complicações obstétricas (Almeida, 2007; Justo, 1990; Silva, 1992; Xarepe, 1990). No entanto, Malta et al. (2007) entendem que o risco obstétrico na adolescência é reduzido, à exceção de adolescentes com menos de 16 anos, de adolescentes sem uma vigilância pré natal adequada ou ainda de adolescentes com maus hábitos de saúde. Mas, pela dificuldade em comunicar à família a gravidez, e ou por dificuldades económicas da família, normalmente, as adolescentes iniciam a vigilância pré natal muito tardiamente (Carlos et al., & 2007; Lourenço, 1998), o que leva a pensar numa gravidez de risco. Cunha (2004) constatou que as adolescentes justificam o facto de iniciarem vigilância tardiamente ao desconhecerem estar grávidas, por não quererem que se soubesse que estavam grávidas e por terem medo que algo não está bem com elas ou com o bebé.

Daí se associe que, por todo o mundo, e variando a incidência de país para país, à gravidez na adolescência o risco de: hipertensão, anemia, HIV, deficiência de iodo, cesarianas, parto pré-termo e mortalidade/morbilidade materna-infantil (WHO, 2004). Tais riscos estão substancialmente aumentados por se se tratar de jovens pobres, com um crescimento inadequado para a idade e má nutrição, ou por o seu corpo não se encontrar completamente desenvolvido (Malta et al., 2007). Em termos probabilísticos, os riscos vão diminuindo conforme a idade avança em termos cronológicos.

Fisicamente, há unanimidade entre vários autores ao afirmar que a imaturidade física, psicológica e ambiental aumenta os riscos de abortamento (Gonçalves, Carvalho & Teles, 1996), que com a gravidez se dá o encerramento precoce da metafises (Silva, 1992); que a subnutrição e a pré-eclâmpsia são grandes riscos (Gonçalves et al., 1996); que a anemia é mais frequente (Gonçalves et al., 1996); que o parto pré-termo surge com maior frequência (Gonçalves et al., 1996; Silva, 1992) e que o baixo peso dos recém-nascidos é mais frequentes nas jovens. Já Malta et al. (2007) entendem que a gravidez na adolescência, por si só, não é suficiente para justificar elevados valores estatísticos de recém-nascidos de baixo peso, mas, quando associada a outros factores,

como hábitos tabágicos, o baixo peso no início da gravidez, complicações da próprias da gravidez, a idade gestacional baixa e o sexo do feto, aumenta esse risco².

Repercussões psicológicas

Os impactos psicológicos mais comuns de uma gravidez na adolescência, de acordo com Malta et al. (2000), são: o medo, o sentimento de frustração das expectativas futuras, a baixa eficácia pessoal percebida, a maior incidência de uma baixa auto-estima, o stress, a depressão e por vezes o suicídio. Já Lourenço (1998) identifica dois tipos de problemas psicológicos, associados a factores físicos: a perda de um corpo infantil e, simultaneamente, as alterações provocadas por uma gravidez.

Numa tentativa de realizar as tarefas próprias da adolescência e simultaneamente de uma gravidez, pode ocorrer uma sobrecarga psicológica, que, segundo (Fabião (2001), pode conduzir ao adiamento do atingir da identidade. O autor explica que, se a gravidez é um período que envolve reestruturação e reajustamento em várias dimensões, e ainda a adolescência constitui uma fase de procura e construção da identidade, então estas duas realidades conduzirão a um duplo esforço de adaptação. Correia (2000, p.15) considera existir “um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente”. A adolescência e a maternidade exigem reajustamentos físicos, psicológicos e sociais desencadeadores de uma maturidade excessivamente precoce, o que compromete o desenvolvimento normativo e constitui-se factor de exclusão grupal e social (Carvalho et al., 2004).

Assim, Correia (1995) descreve as repercussões como cumulativas, transformando-se numa gravidez de “exigências”: exigência de lidar com o sentimento de pecado e culpa; exigência no ajustamento à gravidez e expectativa de maternidade pela perda prematura da adolescência; exigência de um casamento; exigência de uma decisão sem haver ainda maturidade para a tomar.

² Ao observar-se os dados estatísticos em Portugal referentes ao ano de 2005, constata-se uma taxa de mortalidade neo-natal, entre mães adolescentes de 1,3% (INE, 2007).

Repercussões sociais

Se para algumas adolescentes, o trabalho e a carreira profissional surge mais tardiamente, sendo constituinte do seu projecto de vida, para outras a maternidade constitui o seu principal projecto de vida e a carreira profissional não está incluída. É neste sentido que Lereno, Gomes e Faria (1996) afirmam que ser mãe pode constituir o projecto de vida de uma adolescente. “...aceitar ter um filho antes dos 20 anos, pode ser uma opção consciente e possível e não um comportamento de risco ou desviante” (p. 13).

Contrariamente, jovens de extractos sociais mais elevados, valorizam um percurso universitário, a saída profissional, a progressão da carreira profissional, o casamento e, só mais tardiamente, serem mães (Vilar & Gaspar, 1999). Assim, uma gravidez nesta fase constitui um entrave ao alcance dos seus objectivos. Após o conhecimento de que estão grávidas, as jovens sentem que os seus projectos de vida ficam alterados, abandonando, por vezes, a escola por envergonha e necessidade de procurar emprego e, face à sua baixa escolaridade, acabam por trabalhar em actividades precárias (Carlos, et al., 2007).

Assim, o abandono escolar, e o trabalho precário (Almeida, 2007; Carlos, 2007), bem como a diminuição da oportunidade de casamento (Almeida, 2007), são factores apontados como deletérios e verdadeiramente negativos socialmente para as jovens. Contudo, se alguns estudos apontam a gravidez na adolescência como um factor de exclusão social, outros apontam-na como uma consequência desta, tal como defende Falter (2001), ao assumir que a gravidez é um meio para a pobreza e que esta é também um meio provável para a gravidez.

Para Xarepe (1990), a gravidez extra-conjugal, na cultura ocidental, está associada à marginalização e à estigmatização, constituindo uma grande pressão para a adolescente, o que poderá promover desajustes emocionais, sociais e sentimentos de vergonha. As expectativas negativas em relação à reacção dos vizinhos, dos amigos familiares e a inexistência de projectos de vida são repercussões sociais que podem acarretar problemas psicológicos. Profissionalmente, as adolescentes são menos ambiciosas em relação à sua carreira, o que implica empregos precários de baixa qualificação e consequentemente, baixo rendimento económico (Xarepe, 1990).

No próximo ponto far-se-á uma abordagem, acerca da adaptação à gravidez, comum às grávidas adultas e adolescentes, embora com repercussões diferentes, pois como se tem vindo a desenvolver, para além da “tarefa” de ser adolescente, a jovem tem sobreposta a “tarefa” de se adaptar a uma gravidez.

PROCESSOS ADAPTATIVOS À GRAVIDEZ

A gravidez é um período de mudanças que obriga a mulher a uma profunda adaptação³, quer a nível físico, quer psicológico e social, pelo que “todos os factores, biológicos, psicológicos e sociais, são determinantes na adaptação à etapa do ciclo de vida marcado pela maternidade” (Canavarro, 2006, p. 11). Assim, Lourenço (1998) defende a gravidez exige uma reestruturação e reajustamento a três níveis: 1) Fisiológico - hormonal, metabólico, cardiovascular, e biomecânico; 2) Social – definição de papéis e de estatuto; 3) Psicológico - auto-imagem, identidade, modificação dos mecanismos de defesa, medos, conflitos, ansiedade, estados emocionais e desejos particulares.

Mas o conceito de adaptação à maternidade não é consensual, e Canavarro (2006) refere que a literatura acerca deste assunto remete para variadas dimensões como: a satisfação pessoal, o equilíbrio emocional, o desempenho de tarefas práticas de cuidados, o funcionamento familiar, a recuperação do estilo de vida, estando todos interligados e traduzindo a capacidade em superar tarefas desenvolvimentais.

A maternidade é afectada pelas circunstâncias presentes, passadas, individuais e colectivas; pelas relações que a mulher estabelece com a família, com os amigos, pelas suas próprias características e pela sua história pessoal (Figueiredo, 2000). Entre as diferentes perspectivas abordadas por Figueiredo (2000), encontram-se a etológica, que salienta o instinto maternal e minimiza as circunstâncias socioculturais; a psicanalítica, que foca a sua atenção para a história pessoal e familiar, os aspectos da sexualidade no sentido de compreender a maternidade; a social, que dá relevo ao estudo da maternidade

³ Adaptação é um processo de coping com características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE, 2005, p. 81).

com a interação mãe/filho, e, finalmente, a desenvolvimental, que é caracterizada pela resolução de tarefas desenvolvimentais específica e pela vivência de uma crise.

No respeitante à gravidez na adolescência, e porque se trata de um acontecimento que põe em questão todo o sistema pessoal (estrutural, emocional), acresce a exigência de mudanças, impondo novas tarefas no desenvolvimento da jovem (Soares & Jongenelen, 1998). Assim, a melhor ou pior adaptação à gravidez vai depender da presença de um melhor ou pior suporte social e da percepção que se tem de que existe suporte. Jongenelen (1998) menciona como variáveis que contribuem para a adaptação da adolescente à gravidez: a personalidade, as estratégias de coping e a qualidade do apoio social. Por sua vez, Figueiredo et al. (2006) apontam como aspectos determinantes: o bom relacionamento com o companheiro e família, a coabitação com a família, empregabilidade, sua e do companheiro/cônjuge. A diversidade das situações em que ocorre uma gravidez pode favorecer, mas também pode dificultar, a adaptação à gravidez (Figueiredo et al., 2006). Já em relação à maternidade, Relvas e Lourenço (2006) entendem-na como um acontecimento gerador de mudanças e transformações, tanto a nível individual, como em todo o sistema familiar, obrigando a toda uma readaptação e reorganização individual, familiar e social.

Assim, a gravidez e maternidade exigem da mulher jovem um desenvolvimento capaz de dar novas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, que visam realizar as exigências de uma gravidez eficazmente, que implica a reorganização intrapsíquica e relacional (Canavarro et al., 2001). E, para Figueiredo (2000a), existe um maior risco de adaptação à gravidez quando as circunstâncias que antecedem a gravidez, implicam problemas psicológicos e perturbações de conduta como por exemplo os sintomas depressivos. Perante esta situação a mulher sofre processos adaptativos de ordem biológica, da nova imagem corporal e psicológicos.

Processos fisiológicos e biológicos adaptativos à gravidez

Torna-se importante dar a conhecer e compreender a ocorrência dos sintomas da gravidez, quer se trate de jovens adolescentes, quer de mulheres adultas, para uma melhor aceitação e adaptação à gravidez. É que a gravidez desencadeia no organismo da mulher, uma série de adaptações fisiológicas, para assegurar as condições adequadas ao

desenvolvimento do feto. Tal como afirmam Mendes (2002, p. 25), “...as adaptações que ocorrem no organismo materno se desenvolvem para facilitar o crescimento e desenvolvimento do embrião/feto e assegurar o bem-estar materno” e ocorrem tanto a nível metabólico, como emocional e anatómico. Colman e Colman (1994) explicam que as hormonas não alteram os sentimentos de forma directa, mas influenciam a sua intensidade, de acordo com os contextos que envolvem a mulher, pelo que sintomas como náuseas, dores de cabeça e cansaço podem ser sentidos de forma mais ou menos exacerbada, dependendo do seu grau de ansiedade. As flutuações do humor e o stress materno, por vezes, influenciam o bem-estar fetal, isto é, se por algum motivo o sistema circulatório materno se altera, o fluxo sanguíneo placentar irá privar o feto de receber o oxigénio em quantidade e qualidade adequadas, não ocorrendo um crescimento fetal harmonioso (Colman & Colman, 1994). Todas estas alterações fisiológicas e, em especial as alterações corporais externas, embora que graduais, exigem da mulher uma grande capacidade de adaptação, especialmente as mulheres valorizam muito a sua imagem corporal.

A adaptação à imagem corporal gravídica

Mulheres que vêm o corpo gravídico como pouco atraente, vêm agravada a adaptação positiva da nova imagem corporal, pelo medo de sentirem que aquela vida a desenvolver-se dentro de si vai alterar-lhe a imagem física, ora fazendo-a engordar, produzir leite, ora mudando a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavarro, 2006).

Em traços gerais, Colman e Colman (1994) descrevem as alterações sofridas, por trimestre, da seguinte forma: 1º Trimestre – embora poucas, as alterações físicas, a mulher pode sentir os músculos a esticar para se preparar para as alterações que irão ocorrer mais tarde. Tal, pode parecer-lhes estranho, desconfortável e indesejável; 2º Trimestre – a mulher pode esforçar-se por engordar para que a sua barriga aumente, demonstrando e mostrando ao mundo, o orgulho de quem está grávida. Poderá então, aperceber-se que, não pode controlar as mudanças que o feto está a provocar no seu corpo; 3º Trimestre - surge a dúvida fundamental: - será que vou recuperar a minha silhueta? Nesta fase pode sentir-se feia, desleixada e sentir o medo de nunca mais voltar a ter o corpo que tinha, ou pelo contrário, assombrar-lhe o pensamento de sentir-se bela

e orgulhosa com a sua barriga proeminente e “o seu sorriso pode ultrapassar o da Mona Lisa” (Colman & Colman, 1994, p. 87).

Forçosamente a imagem corporal vai-se transformando, com uma melhor ou pior aceitação, e, com elas surgem as alterações psicológicas mais ou menos acentuadas.

Processos psicológicos na adaptação à gravidez

A labilidade emocional é uma das características da mulher grávida que varia conforme: a personalidade de cada mulher, a capacidade de gestão do stress a que está sujeita e ainda de acordo com a qualidade de apoio que recebe (Colman & Colman, 1994).

A mulher grávida tem necessidade de expressar os seus sentimentos, ou seja, está predisposta a descrever mais detalhadamente as suas ansiedades e os seus receios. Tal, torna-as mais vulneráveis a perigos desconhecidos e permite que os sonhos sejam mais frequentes (Mendes, 1998). Mendes (1998) faz uma associação de diferentes sonhos às diferentes fases da gravidez: no início (primeiros três meses), a mulher sonha mais com coisas más que lhe podem acontecer; no meio (segundo trimestre), os sonhos são mais perturbadores, é frequente sonharem com acidentes e mortes, sendo o marido o protagonista. O medo de o perder, e de ficar sozinha a cuidar de uma criança será o desencadeador destas perturbações. No final (terceiro trimestre), a sua preocupação é para com o feto e a imagem idealista de um bebé perfeito.

A adaptação ao início da gravidez é tanto melhor quanto o bom relacionamento com o companheiro e pela família de origem de ambos (Figueiredo, et al., 2006). Em relação às adolescentes, as circunstâncias favoráveis à adaptação à gravidez, incluem de acordo Figueiredo, et al. (2006) viverem com a família, o casal estar a trabalhar de existir equilíbrio entre a autonomia, contornando assim, o conflito desenvolvimental da adolescência.

No primeiro trimestre, mesmo quando uma gravidez é desejada e planeada, a ambivalência, o sentido de rejeição/aceitação o desejo e o receio da gravidez são sentimentos experimentados pela mulher. É com o apoio da família mais próxima e a aceitação da gravidez por todos, que esse sentimento de ambivalência se vai esbatendo,

sendo este um processo fundamental para o desenvolvimento e estabelecimento da ligação materno-fetal (Colman & Colman, 1994). No segundo trimestre, evidencia-se a diferenciação psicológica mãe-filho, traduzida pela aceitação da grávida do feto como uma entidade individual (Justo, 1990). A vivência fantasmática e imaginária em relação ao feto, reflecte-se agora na sua estabilidade emocional (Colman & Colman, 1994), ela dialoga com o feto, canta para ele e acaricia a sua própria barriga (Justo, 1990).

As representações cognitivas da mulher idealizam as suas competências maternas relativamente à forma como irá tratar do seu filho, tendo como cenário a relação da sua infância, com sua própria mãe (Brazelton & Cramer, 1989), sendo frequente procurar a sua mãe. Esta procura justifica-se, porque também a mãe já teve filhos, já viveu uma gravidez e pode compreendê-la melhor do que ninguém, ocorrendo transferência da dependência do marido para a da mãe (Brazelton & Cramer, 1989). O terceiro trimestre caracteriza-se por ser a fase de separação onde se destaca a preparação da mãe para receber o seu filho. Ao desconforto, causado pelas alterações fisiológicas, associa-se-lhe o medo e a ansiedade, da mudança de estilo de vida que se aproxima. Ainda neste período as ambivalências retomam no sentido de manifestar a vontade de ter o filho mas, também, o desejo de continuar grávida, para adiar as novas tarefas e responsabilidades (Mendes, 2002).

A mulher grávida torna-se na figura dominante entre os amigos. Quando vai de autocarro, na rua, qualquer pessoa, mesmo que desconhecida, lhe oferece o lugar para se sentar ou até pode carregar-lhe os embrulhos (Colman & Colman, 1994). Segundo Colman e Colman (1994), o bebé é agora uma figura real com identidade própria. Durante nove meses, a mulher consciencializa-se de que um dia irá acabar num parto mas, só no terceiro trimestre, é que se transforma numa preocupação constante e rivalizante com a preocupação do bebé.

Em suma, pode-se dizer-se que a melhor ou pior adaptação, quer aos processos fisiológicos e biológicos, quer à imagem corporal, quer os processos psicológicos, da mulher à gravidez, vão ser melhor ou pior aceites em função da aceitação da gravidez.

Processos desenvolvimentais à gravidez

“Os factores desenvolvimentais dizem respeito à história do indivíduo, ou melhor, os marcadores das suas experiências e aprendizagens ao longo do ciclo de vida” (Canavarro, 2006, p. 25). As principais preocupações desenvolvimentais, que contribuem para o aumento da ansiedade, são: a própria gravidez, pelas complicações físicas que podaram surgir; a condição sociocultural, principalmente quando existem dificuldades económicas; a vida profissional, pela probabilidade de ficarem desempregadas; e a vida familiar e interpessoal, pela possibilidade de morte ou surgimento de problemas na família (Conde & Figueiredo, 2007). Contudo, estas preocupações vão diminuindo ao longo da gravidez, porque, perante as preocupações económico-sociais, o stress vai-se tornando crónico, enquanto que as preocupações familiares e interpessoais vão-se transformando em problemas pontuais, de carácter desenvolvimental, que tendem a diminuir à medida que se vão adaptando à transição de papéis para a parentalidade (Conde & Figueiredo, 2007).

Ainda numa perspectiva desenvolvimental, a maternidade na adolescência é caracterizada por constituir uma passagem por uma crise específica, e pela necessidade de resolução de determinadas tarefas, o que para uma adolescente se torna numa tarefa desenvolvimental difícil (Figueiredo, 2000). Soares (2001) acrescenta que, para além de lidar com as tarefas desenvolvimentais próprias da adolescência, as adolescentes grávidas têm associados factores stressores de uma gravidez. Assim, a maternidade é um papel de adulto que a adolescente tem que desempenhar precocemente (Pereira, et al., 2005).

Na opinião de Malta et al. (2007), as limitações desenvolvimentais provocadas pelo ecossistema é que condicionam o futuro das adolescentes e não a maternidade em si, ou seja, a interrupção dos estudos, a procura de trabalho e a dependência económica são factores que devido ao seu contexto social, já estavam perspectivados nas suas vidas, independentemente de uma gravidez. No entanto, a maternidade ao providenciar um novo papel, pode também contribuir para mudanças no estilo de vida, nas relações com os amigos, nas actividades fora de casa, e no consumo de álcool e de tabaco (Walin, 2007).

Para além dos processos desenvolvimentais específico da gravidez, existem igualmente, tarefas particulares, inerentes à gravidez, que a mulher se vai ter desenvolver e se adaptar.

Tarefas desenvolvimentais da gravidez

Não sendo linear, nem consensual, pois cada mulher tem os seus próprios *timings*, mas numa tentativa de estabelecer associações entre as diferentes tarefas, Canavarro (2006) e Figueiredo (2000) organizam-nas em diferentes fases de acordo com o tempo cronológico da gravidez e puerpério: Tarefa 1 – Aceitar a gravidez (1º trimestre), independentemente de uma gravidez planeada ou não planeada, surge uma ambivalência pelo desejo e receio de estar grávida, sendo o papel da família um grande contributo para superar esta ambivalência. Outro aspecto a considerar é o processo de identificação da grávida a uma figura de referência que, por norma, é a própria mãe. Só ultrapassando esta tarefa com sucesso é que há progressão para outras tarefas; Tarefa 2 – Aceitar a realidade do feto (2ª trimestre), nesta fase a mulher dirige a sua atenção para as transformações do corpo. Tem início a percepção do bebé e a interacção mãe/filho, após da percepção dos seus primeiros movimentos, ou seja, será a aceitação do bebe real; Tarefa 3 – Reavaliar e reestruturar a relação com os pais (2º trimestre), iniciando-se a reaproximação com os pais ou outra figura de identificação. Iniciando-se os processos de reavaliação de relacionamento com os pais, dando a oportunidade para resolver ou agravar os conflitos; Tarefa 4 – Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro (3º trimestre), esta é a fase de desafio, onde o parceiro romântico passa a pai de um filho e este será quem vai repartir responsabilidades. A fase de adaptação quando ultrapassada com sucesso, pode revestir-se de desenvolvimento pessoal, conjugal e familiar; Tarefa 5 – Aceitar o bebé como pessoa separada (3º trimestre), este é o período de maior ansiedade, pela aproximação do parto, com a ambivalência pelo fim de uma gravidez e o desejo de continuar grávida. Embora ser mãe seja uma tarefa gratificante, o bebé assume uma personagem separada com características próprias; Tarefa 6 – (puerpério) - integrar a realidade das funções de ser mãe. Tem de dar mas também tem o seu espaço; Tarefa 7 – Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) (puerpério), embora as múltiparas tenham menos ansiedade pelas tarefas que já conhecem, têm também menos tempo para se ocuparem do bebé.

Todas estas alterações decorrentes de uma gravidez, bem como o seu processo desenvolvimental e as novas tarefas que a mulher vai ter de assumir, conforme a descrição dos últimos cinco pontos, podem ser agravadas se se tiver em consideração de que se trata de adolescentes inexperientes, em fase de crescimento e em que uma maturação excessivamente acelerada pode comprometer o seu desenvolvimento normativo (Carvalho et al., 2004). Se a adaptação à gravidez constitui sempre um desafio na vida de uma mulher, para a adolescente, esta crise pode ser intensificada por ocorrer num período complexo de alterações físicas e emocionais.

1.1.4 Processos adaptativos à gravidez na adolescência

O facto de a futura mãe estar a fortalecer o seu processo de desenvolvimento e a vencer etapas que, psicologicamente, são requeridas para a vivência positiva e maturativa de uma gravidez na adolescência, torna-se mais difícil devido à idade e às exigências psicológicas que esta fase comporta (Carvalho et al., 2004). A adolescente, "de um dia para o outro", é obrigada a crescer e a ser mãe, tendo em conta que a gravidez vai terminar de forma abrupta com o período da adolescência. A adaptação repentina ao papel de mãe desencadeia, por vezes, situações de desequilíbrio psicológico na jovem, que se pode reflectir na auto-estima (Carvalho et al., 2004). E, tal como acontece em qualquer mulher grávida adulta, a grávida adolescente está mais vulnerável tendo necessidade de expressar os seus sentimentos, ou seja, está predisposta a descrever mais detalhadamente, os seus sonhos, fantasias, ansiedades e prazeres em comparação com jovens e mulheres não grávidas (Colman & Colman, 1994).

Relativamente às alterações biológicas, uma gravidez na adolescência, à semelhança de numa gravidez na idade adulta, planeada e desejada, poderá ser um acontecimento de alegria e felicidade, mesmo que existam alguns sintomas desagradáveis, como enjojo, náuseas e cansaço.

Actualmente, qualquer mulher, sobretudo na cultura ocidental, preza e valoriza a imagem corporal constituindo um ideal de beleza, em especial numa adolescente, cujo corpo se encontra ainda numa fase de grandes e rápidas mudanças. Com a gravidez o conflito entre a auto-imagem e o corpo idealizado pode aumentar, tendo em conta que as transformações corporais que ocorrem, num curto espaço de tempo exigem, da adolescente, uma adaptação muito rápida.

Canavarro, (2006) refere que os momentos de crise, como a gravidez na adolescência, são entendidos como momentos de potencial desenvolvimento pessoal, e também como momentos de aquisição de novas vulnerabilidades podendo, por vezes ocorrer descompensação. Mudar implica necessariamente ganhos e perdas. Neste caso, implica resolver tarefas desenvolvimentais inerentes à adolescência e, em simultâneo, à maternidade e para as quais a jovem ainda não está preparada havendo por isso dificuldade em desenvolver essas tarefas (Justo, 1991; Silva, 1992; Soares & Jongenelen, 1998 & Xarepe, 1990).

A adolescente e reforçando que esta se encontra numa dupla crise desenvolvimental: a crise da adolescência e a crise da gravidez (Pereira, et al., 2003), que, por vezes, estão associados a tarefas desenvolvimentais antagónicas: a exploração e a construção da identidade *vs* a modificação da imagem corporal durante a gravidez e ainda a emancipação da família *vs* a maior dependência do apoio emocional e instrumental (Sadler, 1987 in Pereira et al., 2003), entende-se que as dificuldades no desenvolvimento de tarefas, implicam, ganhos e perdas, para os quais a adolescente deve estar devidamente esclarecida.

Em suma, a adaptação à gravidez implica uma série de tarefas desenvolvimentais, que sobrepostas às tarefas de adolescente, representam um verdadeiro desafio à sua capacidade e este pode ser mais ou menos facilitado pelo contexto em que a jovem se encontra inserida. “A adaptação à gravidez é um processo desenvolvimental, que é simultaneamente singular e diverso, no qual podemos encontrar adolescentes melhor e pior adaptadas” (Jongenelen, 1998, p. 216). Existem, contudo, factores protectores e de resiliência, mais ou menos eficazes, capazes de proporcionar, à adolescente, um percurso adaptativo e desenvolvimental adequado.

Factores protectores e de resiliência da gravidez na adolescência

O apoio social percebido pelas adolescentes grávidas surge com factor protector adequado no comportamento parental (Carlos et al. 2007), bem como um maior suporte emocional e uma supervisão adequada, mesmo em adolescentes de classes sociais baixas (Pereira, et al., 2005), e, ainda, uma parentalidade rigorosa, no início da adolescência, protege-a contra a gravidez mesmo em famílias e parceiros de risco (East et al., 2006). Contudo, Canavarro (1999) refere que relações significativas podem

funcionar tanto como factores de risco, como factores de protecção. Isto é, se podem promover segurança e auto-estima, gerando o bem-estar do indivíduo, também podem gerar condições adversas que implicam sofrimento.

A gravidez na adolescência, como se tem vindo a abordar, está associada a factores que poderão ser de risco, entre os quais a família, os parceiros, a escola e os contextos de vizinhança. Contudo, dentro deste mesmo contexto, umas jovens engravidam e outras não, parecendo protegidas pelos factores de resiliência, visto umas se adaptarem mais adequadamente do que outras perante as mesmas situações adversas (East et al., 2006), ou seja, a adaptação à maternidade traduz a capacidade de desenvolver e superar tarefas desenvolvimentais. Mas se em certos casos existem riscos desenvolvimentais noutros, verifica-se um processo adaptativo eficaz associado a factores de resiliência (Canavarro, 2006), no qual o suporte social percebido pela jovem, assume um papel fundamental.

O SUPORTE SOCIAL

O suporte social influencia o estado de saúde do indivíduo, promovendo uma acção facilitadora no confronto e adaptação em situação de crise emocional (Cobb, 1976) é, portanto, uma variável promotora da saúde que contribui para a diminuição do stress, inibe o desenvolvimento de doenças e tem um papel positivo na recuperação da doença (Cobb, 1976). Sobre estes indicadores, baseados na existência do suporte social relacionado com a presença ou ausência de doença, fizeram-se inúmeras pesquisas na década de 80 (Padovan, 2005) surgindo, então, várias definições de suporte social, bem como dos elementos que o constituem. É no entanto, consensualmente aceite que o suporte social é constituído por grupos de elementos ligados por diferentes laços.

Assim, Weiss (1974) define suporte social como a informação que leva o indivíduo a acreditar na existência de pessoas preocupadas com ele, que o ama o valoriza e que crêem que pertencem a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Sarason et al. (1983) referem-se ao suporte social como a existência de pessoas disponíveis em quem se pode confiar, e que se preocupam os outros. Mais tarde, Padovan (2005) num estudo sobre este tema, corroborou com a última definição ao afirmar que o suporte social é um factor imprescindível para a contribuição do bem-estar e da saúde física e mental do indivíduo.

Relativamente à percepção do suporte social Cramer, Henderson e Scott (1997) classificam-no como: percebido, quando o indivíduo percebe o apoio recebido como disponível se necessitar dele, e recebido, quando efectivamente o recebeu de alguém.

Entendendo o suporte social como um tipo de ajuda Singer e Lord (1984) identificam-no em três diferentes formas: 1) a informacional, onde existe uma rede de comunicação que veícula informação precisa e confiável; 2) a emocional onde existem pessoas em quem se pode confiar, e que por seu lado se mostram preocupadas, que nos valorizam e gostam de nós, e, 3) a material, quando inclui suportes financeiros e técnicos. Relativamente a quem oferece o suporte, os mesmos autores reconhecem igualmente três formas: o suporte pessoal ou interpessoal, quando oferecido por amigos, familiares ou conhecidos; o formal, quando dado por uma organização ou associação não governamental e o ainda profissional, quando se recorre a uma consulta ou tratamento providenciado por pessoas especialmente formadas para tal (Singer & Lord, 1984).

Já Dunst e Trivette (1990) optam por classificar o suporte social como informal e formal, sendo que o primeiro inclui a família, os amigos, os vizinhos e os grupos sociais para o apoio das rotinas diárias, e o segundo, o informal, o diz respeito às redes de apoio que incluem organizações sociais dotados de serviços e profissionais de saúde com competências para oferecer assistência e ajuda às pessoas que necessitam. Acrescentam ainda que o suporte social é multidimensional e abrange cinco componentes que se interligam: 1) as constitucionais, que se infere à adaptação das necessidades do indivíduo ao suporte existente; 2) a relacional, que contempla o estatuto familiar, profissional e o tamanho da rede, bem como a sua participação em organizações sociais; 3) a funcional, que visa o suporte disponível (emocional, informal, instrumental, material) e a qualidade e quantidade do suporte; 4) a estrutural, onde se inclui a proximidade física e psicológica, frequência de contactos, nível de relação e consciência de reciprocidade; 5) a satisfação, que se traduz na utilidade da ajuda fornecida (Dunst e Trivett, 1990).

Com estes pressupostos, acerca do suporte social, percebe-se a importância da construção da rede de relacionamento entre pessoas, conceptualizada como rede social ou *social network*. Trata-se de um construto multidimensional onde os recursos

psicológicos e materiais disponibilizados ao indivíduo possibilitam lidar com os acontecimentos diários (Barnes, 1954 cit in Alarcão & Sousa, 2007).

De acordo com Alarcão & Sousa (2007) terá sido Barnes, que em 1954 o primeiro autor que, de uma forma cumulativa, desenvolveu este conceito, considerando a rede social como todas ou algumas unidades sociais com quem o indivíduo ou grupo particular está em contacto. Em 1972, reformulou o conceito, afirmando que, num contexto social, já as pessoas são vistas como estando ligadas umas às outras por elos sociais de tal forma que, os constrangimentos impostos, têm implicações na (des)ordem da vida social (Alarcão & Sousa, 2007). Na mesma linha Alarcão e Sousa (2007, p.356) definem um conceito de rede social como: “um conjunto de pessoas que mantêm ligações específicas, com significado mútuo, no quadro do apoio social”. Especificam, ainda, a existência de uma rede social secundária, marcada por laços formais com o objectivo de fornecer serviços e que, normalmente, têm uma duração temporal reduzida.

Alarcão e Sousa (2007) definem, ainda, diferentes características estruturais que incluem: o tamanho (o número total de elementos que a compõem); a densidade (coesa, fragmentada e dispersa); sua composição (familiar, de amizade, de vizinhança e mista) dispersão (a distância geográfica entre os seus membros); e a homogeneidade /heterogeneidade (sexo, idade, cultura e nível económico). Quanto às características funcionais, estes autores distinguem: a companhia social; o apoio emocional; o apoio cognitivo; o aconselhamento; a ajuda material ou instrumental; o apoio técnico ou de serviços e o acesso a novos contactos (Alarcão & Sousa, 2007).

Assim, atendendo as relações sociais existentes, indissociáveis do ser humano e apesar de cada vez mais se considerar a tensão social como fonte de stress, surgem estudos que atribuem ao suporte social o “poder” de aliviar o stress social ou seja, as relações sociais tensas podem levar a que se atinjam elevados níveis de stress, que se prolongam para além desse momento específico do ciclo vital do homem (Rhodes & Woods, 1995).

Em suma, pode entender-se o suporte social como capaz de proteger e promover a saúde do indivíduo, indispensável na sua vida, e que se exprime na forma como este se relaciona com o meio envolvente.

Rede social de apoio à adolescente grávida

Como já foi referido, a adolescência é um momento de procura da autonomia que, associada a uma gravidez, igualmente um momento em que a mulher necessita de apoio das diferentes redes sociais, coloca em risco, o equilíbrio psicossomático da adolescente (Lourenço, 1998). Assim, os amigos e família assumem um papel muito importante de apoio, nesta fase de mudanças e de novas opções (Colman & Colman, 1994).

Como consequência de uma gravidez na adolescência sem um suporte social adequado, surgem: a diminuição das oportunidades profissionais, os comportamentos de risco, o abandono escolar (Almeida, 2007; Bobak, Lowdermillk & Jensen, 1999; Justo, 1991; Nelas, 2004; Silva, 1992; Xarepe, 1990), o aumento dos divórcios (Almeida, 2007; Justo, 1991; Silva, 1991; Xarepe, 1990), e ainda, a rejeição social por parte dos parceiros, familiares, ou até dos próprios pais, numa altura em que estas jovens mais precisam de apoio (Malta et al., 2007).

O apoio familiar e social oferecido pelos parentes, amigos e vizinhos, em torno da mulher grávida, “fechou-se num escudo de privacidade e intimidade, dificilmente penetrável por outros elementos” (Correia, 1998, p. 48). De acordo com Correia (1998), o contacto, as vivências e a proximidade com os mais velhos (mães, avós, tias, vizinhas), portadores e transmissores de sabedoria proveniente das suas próprias experiências, tem-se vindo a perder em favor de casais organizados com recursos a informação de fácil acesso e mais sistematizada.

Entende-se à semelhança de Carlos et al (2007), que o suporte social é importante para a adolescente viver a maternidade positivamente. Quando a jovem não sente esse apoio, sentimentos de auto-desvalorização, desespero e abandono, podem fazer parte da sua forma de pensar e agir. O envolvimento e a colaboração de todos os elementos do triângulo relacional - adolescente, família e escola - são fundamentais para a sua adaptação à gravidez (Carlos et al., 2007), não se restringido apenas à núcleo familiar.

Jongenelen (1998) concluiu que as adolescentes percebem um elevado grau de apoio, sobretudo do companheiro/cônjuge e da mãe, o que significa que as figuras significativas destas jovens se revestem de grande importância na transição desenvolvimental para a gravidez. Outro factor que se verifica de grande importância

para estas jovens é “...um apoio suplementar adequado às necessidades específicas de tipo económico, social, ocupacional, psicológico e desenvolvimental” (Jongenelen, 1998, p. 122).

Uma variedade de apoio social, onde o companheiro/cônjuge, a família de origem, o grupo de pares e membros da família alargada estão incluídos, tem sido identificada como importantes factores protectores para as grávidas adolescentes. Contudo, não deve ser considerado, de forma linear, positivo, porque mães adolescentes, não são apenas receptoras, são também agentes activos na obtenção desses apoios, que variam ao longo do tempo e da valorização que a própria lhes dá (Soares & Jongenelen, 1998).

No ponto seguinte descreve-se os vários tipos de apoio de que a adolescente grávida dispõe, onde estão inscritos o apoio informal dado pela família, os amigos, e o apoio formal que inclui as organizações governamentais e não governamentais.

1.1.5 Redes de apoio informal de apoio à grávida adolescente

As memórias vinculativas da infância tornam-se muito significativas para a qualidade de relacionamento da adolescente grávida. Rodrigues et al. (2004) constataram no seu estudo que experiências de rejeição materna e paterna, durante a infância desencadeiam na jovem grávida sentimentos de desconfiança e raiva nas relações, bem como mais dificuldade no relacionamento actual. As autoras defendem que existe uma relação entre a ausência do suporte emocional do pai e o medo da intimidade sexual, menor desejo de envolvimento, mais sinais de intolerância à separação e mais atitudes de constrangimento. A “atitude do progenitor masculino face à gravidez da sua filha adolescente mostra-se como fortemente discriminativa de uma maior ou menor percepção da funcionalidade e satisfação familiar (Lourenço, 1998, p.157). Rodrigues et al. (2004) acrescentam, ainda, que a ausência do suporte emocional materno levam a jovem a adoptar estratégias de vinculação inseguras, revelando-se mães mais desconfiadas e com mais atitude de constrangimento.

Igualmente, Lourenço (1998) verificou que a família é percebida como um importante fonte de apoio, com particular importância a figura materna, ainda que as adolescentes mais novas percebem mais esse apoio do que as adolescentes mais velhas por serem mais dependentes e terem menos autonomia (Lourenço, 1998).

Um estudo desenvolvido por Malta et al. (2007), na região de Lisboa, revelou que adolescentes grávidas viviam, com frequência, de apoios sociais, como o rendimento mínimo garantido, do qual eram beneficiárias directas ou pelos maridos e ainda do banco alimentar da igreja, da freguesia de onde eram residentes.

Rede de apoio dos serviços de saúde à grávida adolescente

Na generalidade, os técnicos de saúde acreditam que ser mãe na adolescência é um fenómeno a evitar, pelo que investem no sentido de prevenir esta situação. No entanto, assume-se como importante fornecer (in)formação à população jovem, no sentido de desenvolverem uma consciência acerca das consequências negativas deste fenómeno. Informar que ao assumirem, serem mães na adolescência é de facto uma maternidade precoce, é algo que, Malta e et al (2007) contrariam ao referir que existem situações em que uma adolescente que planeou devidamente e desejou a gravidez não entende como precoce, nem tão pouco deve significar que o é.

Importante é realçar que o apoio dos profissionais de saúde é indispensável no sentido de (in)formar, apoiar e orientar para vivenciar a maternidade de forma saudável e consciente. Para Colman e Colman (1994), os novos papéis que a mulher terá de desempenhar na gravidez suscitam ansiedade e desafios, sentimentos, estes, para os quais os médicos não estão sensibilizados, pois direccionam a sua atenção apenas para a mulher no seu contexto físico.

É competência do enfermeiro prestar cuidados ao utente, família e comunidade, a três níveis: primário, secundário e terciário. É da responsabilidade da/o enfermeira/o especialista em Saúde Materna a promoção da saúde da grávida. A prevenção de complicações, durante a gravidez e puerpério, através da optimização dos cuidados, pré e pós natais no contexto das mães adolescentes, revelam incertezas quanto aos seus sentimentos e não sabem como expressá-los, nem a quem o fazer. Muitas vezes, não estão preparadas para a maternidade e tal como afirma Walin (2007), sentem-se amedrontadas pela falta de experiência e pela incerteza das suas necessidades, não sabendo como as expressar.

Perante os estudos apresentados, entende-se que a grávida adolescente necessita de cuidados especiais, que reforcem a melhor adaptação à gravidez. Cabe ao enfermeiro

especialista estar atento às suas necessidades, lendo “nas entrelinhas”, compreendendo as suas vulnerabilidades e as suas ansiedades, pois as jovens esperam encontrar alguém que as esclareça e compreenda os seus sentimentos. Como refere Kitzinger (1996, p. 19) “o que talvez seja importante é que os especialistas nos informem em vez de nos aconselharem, permitindo-nos fazer as nossas escolhas como pais”.

Nascimento (2003) assume que não se deve incutir modelos de actuação para futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como uma parte integrante de uma história e cultura, num contínuo transversal, e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada pessoa, de cada relação, numa perspectiva positiva de saúde. Por sua vez, Walin (2007) concluiu que a falta de confiança nas *Midwives*, por parte das adolescentes, pode significar que estas desvalorizam a complexidade do seu problema emocional e existencial.

Num estudo de Cunha, (2004), ressalta a opinião de que os médicos e enfermeiros que fornecem (in)formação específica acerca da gravidez, aproximam-se das jovens, dando-lhes a possibilidade de expor os seus problemas, o que as ajuda a ultrapassá-los. Ainda o mesmo estudo refere que estas jovens sentiram que a (in)formação disponibilizada lhes permitiu viver uma gravidez saudável, modificando comportamentos e adquirindo outros mais saudáveis.

Assim, a enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica deve dar atenção à adolescente grávida, facultar uma comunicação clara e ainda dar-lhe tempo para que, possa compreender e lidar com serenidade a sua gravidez (Walin, 2007). Walin (2007) descreve ainda que as adolescentes têm orgulho em ser mães e vêem a maternidade como algo natural. Desta forma, não gostam de serem tratadas como imaturas, mas sim como mães expectantes. Além disso, conclui-se que o suporte recebido pelas parteiras as ajudam a ser mais confiantes, e a ser mais positivas para a parentalidade. Se “ser tomada seriamente” é excluído de “ser cuidada por”, a mãe adolescente vai ver a parteira como uma figura falsa, que não está a cuidar correctamente (Walin, 2007).

A prevenção passa por impedir o abandono escolar, desenvolvendo na escola espaços de crenças, partilhas e bem-estar, onde a adolescente possa pedir ajuda do grupo. Não chega compreender o comportamento, sendo necessário conhecer o contexto

social, económico e administrativo, pelo que, se deixa de ter um grupo de risco, ou um indivíduo de risco, para ter um contexto de risco (Lourenço, 1998).

Assim, daqui se conclui que “A acção preventiva sobre gravidez na adolescência deve ser encarada numa perspectiva global de prevenção de contextos: familiar e escolar” (Lourenço, 1998, p.161).

CAPITULO II:

PERCURSO METODOLÓGICO

Após o enquadramento teórico apresentado ao longo do Capítulo I, segue-se a apresentação do percurso metodológico, que norteou este estudo.

Assim, num primeiro momento expõem-se os objectivos que se pretendem atingir e as variáveis alvo de estudo, seguindo-se a descrição do método, os participantes, o material utilizado e, finalmente, o procedimento adoptado para dar prosseguimento ao estudo.

OBJECTIVOS

O presente estudo de carácter exploratório observacional teve como principal objectivo avaliar se a satisfação com o apoio social percebido pela adolescente que engravida está relacionado com a adaptação desta à gravidez.

Para se obter a resposta da questão inicial do estudo, tornou-se necessário definir um percurso metodológico sistematizado. Atendendo ao carácter exploratório deste trabalho, e não havendo existência de manipulação das variáveis, optou-se por um estudo exploratório, observacional com uma abordagem quantitativa.

Objectivos gerais

- Descrever o grau de satisfação do suporte social percebido pelas adolescentes grávidas;
- Descrever o grau de adaptação à gravidez percebido pelas adolescentes grávidas;
- Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o suporte social e a adaptação à gravidez na adolescência.

Objectivos específicos

1. Investigar se há diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes com o suporte social;
2. Analisar se há diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes cuja gravidez foi planeada e as que não a planearam quanto à sua adaptação à gravidez, assim como nos seguintes domínios específicos: sintomas somáticos; relação conjugal; atitude perante o sexo; atitude perante a gravidez; e o bebé e imagem corporal.
3. Averiguar se o grau de satisfação com o suporte social percebido pelas grávidas adolescentes, está relacionado com sua idade e o grau de escolaridade;

4. Investigar se a adaptação à gravidez na adolescência têm relação com a idade e a escolaridade;
5. Analisar se há diferenças quanto à satisfação com o suporte social total (assim como nas diferentes sub-escalas: satisfação com os amigos, família, intimidade e actividades sociais) percebido pelas adolescentes grávidas em função do seu estado civil e a coabitação com o parceiro;
6. Analisar se existem diferenças ao nível da aceitação da gravidez e da adaptação à gravidez em função das diferentes situações profissionais;
7. Observar se existem diferenças ao nível da aceitação e a adaptação à gravidez pela adolescente entre jovens com companheiros com diferentes situações profissionais.

VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas no estudo foram as seguintes:

Variáveis principais: Satisfação com o suporte social e a adaptação à gravidez.

Variáveis secundárias: Idade (ordinal); estado civil (nominal); coabitação com o marido/companheiro (nominal); habilitações literárias (ordinal); situação profissional (nominal); idade da menarca (ordinal); idade do início da actividade sexual (ordinal); planeamento e aceitação da gravidez (ordinal); idade do marido/companheiro (ordinal); situação profissional do marido/companheiro (nominal); aceitação da gravidez pelo marido/companheiro (nominal); situação profissional do pai da adolescente (nominal); situação profissional da mãe da adolescente (nominal); estado civil dos pais (nominal) e número de pessoas que constituíam o agregado familiar (ordinal).

MÉTODO

Após descrição dos objectos e das variáveis delineadas para esta investigação, passa-se a apresentar os participantes, caracterização da amostra, material e procedimentos utilizados.

Participantes

Foi avaliada uma amostra de conveniência constituída por 63 adolescentes grávidas, com idades entre os 14 e os 19 anos ($M=17,14$ $DP=1,25$) que estavam no último trimestre da gravidez (28 semanas de gestação até ao parto).

Todas as grávidas frequentaram a Consulta Externa da Especialidade de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, e do Hospital Pedro Hispano, entre os meses de Maio de 2008 a Fevereiro de 2009.

A escolaridade, da amostra de adolescentes, variou entre o 4º ano e 12º ($M =7,16$; $DP=1,80$). Quanto ao estado civil, 76,2% ($n=48$) eram, na altura do preenchimento do questionário, solteiras e 23,8% ($n=15$) casadas ou a viver em união de facto. 52,4% ($n=33$) viviam com o pai do bebé até à altura da administração do questionário, enquanto 47,6% ($n=30$) não viviam com este. Relativamente à situação profissional, 27,0% ($n=17$) estavam empregadas, 63,5% ($n=40$) desempregadas e 9,5% ($n=6$) eram estudantes. A menarca aconteceu entre os nove e 15 anos ($M =12,03$; $DP=1,27$). Iniciaram a actividade sexual entre os 12 e os 17 anos ($M =14,89$; $DP=1,19$). Destas jovens 77,8% ($n=49$) não planearam a gravidez, contudo 22,2% ($n=14$) planearam-na. Das 63 adolescentes, 49,2% ($n=31$) aceitaram muito bem a gravidez; 39,7% ($n=25$) bem; 4,8% ($n=3$) nem bem nem mal; 6,3% ($n=4$) aceitaram mal. 52,4% ($n=33$) coabitam com o pai do bebé 47,6% ($n=30$) não coabitam. Ainda, uma das jovens morava com outro parceiro, que não o pai do bebé.

A idade do pai do bebé variou entre os 15 e aos 32 anos ($M =21,86$; $DP=3,78$). Destes, 69,8% ($n=44$) eram solteiros, 25,4% ($n=16$) casados ou em união de facto e 4,8% ($n=3$) eram divorciados ou separados. Dos 63 pais, 82,5% ($n=52$) estavam empregados, 12,7% ($n=8$) estavam desempregados e 4,8% ($n=3$) eram estudantes.

Todos tiveram conhecimento da gravidez. Quanto à aceitação da paternidade 3,2% ($n=2$) recusaram, 4,8% ($n=3$) aceitaram mal, 4,8% ($n=3$) aceitaram bem e 87,2% ($n=55$) aceitaram muito bem a paternidade.

A idade do pai da adolescente variou entre os 32 e os 64 anos ($M =46,11$; $DP=6,50$), estando empregados 63,5% ($n=40$) desempregados, 20,6% ($n=13$), reformados 4,8% ($n=3$) e 7,9% ($n=5$) já tinham falecido. Já a idade das mães das jovens variou entre os 29 e 64 anos ($M =42,69$; $DP=6,61$) estavam empregadas 39,7% ($n=25$) enquanto 57,1% ($n=36$) eram desempregadas ou domésticas e ainda 3,2% ($n=2$) estavam reformadas. Ainda, relativamente aos pais das adolescentes, 65,1% ($n=41$) estavam casados ou a viver em união de facto, 27% ($n=17$) estavam divorciados ou separados e 7,9% ($n=5$) tinham falecido. Finalmente o agregado familiar variou entre as 2 e as 9 pessoas ($M =3,9$; $DP=1,77$).

Material

Na continuidade do estudo, procedeu-se à selecção dos instrumentos necessários para a recolha de dados. Para a recolha de dados sociodemográficos, elaborou-se um questionário de auto-preenchimento. Para avaliar a Satisfação com o Suporte Social, recorreu-se à escala desenvolvida por Ribeiro (1999) “Escala de Satisfação com o Suporte Social” (ESSS) e, para avaliar a adaptação à gravidez utilizou-se o “ Maternal Adjustment and Maternal Attitudes” (MAMA), de Kumar, Robson e Smith (1984), adaptada à população portuguesa, por Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004).

Dados sociodemográficos

Para a recolha dos dados sociodemográficos foi elaborado um questionário sociodemográfico (apêndice 1) que permitiu recolher os seguintes dados: idade; idade gestacional; estado civil; coabitação; habilitações literárias; situação profissional; idade da menarca e do início da actividade sexual; planeamento e aceitação da gravidez. Relativamente ao companheiro: idade; habilitações literárias; situação profissional; estado civil; conhecimento e aceitação da gravidez. Quanto aos pais: idade; habilitações literárias; situação profissional, situação conjugal e por fim o agregado familiar.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Escala construída para a população portuguesa por Ribeiro (1999) com o objectivo de avaliar a satisfação com o apoio social que o indivíduo percebe como disponível (apêndice 2). Trata-se de uma escala de tipo Likert, de auto-preenchimento com cinco posições de resposta: “concordo totalmente”; “concordo na maior parte”; “não concordo nem discordo”; “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. É constituída por 15 itens, distribuídos em quatro dimensões: “Satisfação com os amigos/amizades” (SA), com uma consistência interna de 0,83, que mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, com cinco itens; “Intimidade” (IN), com uma consistência interna de 0,74, que mede a percepção da existência de suporte social íntimo, com quatro itens; “Satisfação com a família” (SF), com uma consistência interna de 0,74, que mede a satisfação com o suporte familiar existente, com três itens; e “Actividades sociais” (AS), com uma consistência interna de 0,64 Alfa de Cronbach, que mede a satisfação com as actividades sociais que realiza, com três itens. A consistência interna deste instrumento varia entre 0,64 e 0,83 e, na sua totalidade, apresenta um alfa de Cronbach de 0,85, pelo que se pode concluir que possui uma fidelidade aceitável. A nota total da escala varia entre 15 a 75, sendo a nota mais elevada correspondente à percepção de um maior suporte social.

A soma de todos os itens da escala dá a nota total e a soma dos itens de cada sub-escala dá a nota de cada sub-escala. Os valores atribuídos às letras “A, B, C, D e E” são os seguintes: “1, 2, 3, 4 e 5”. Os itens “4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15” têm valores invertidos. As notas totais podem variar entre 15 a 75, sendo a mais elevada, a que corresponde uma melhor satisfação com o suporte social.

Segundo o autor, trata-se de uma escala sensível e válida, que avalia o suporte social percebido, importante para as áreas de saúde, e que mede o bem e o mal-estar assim como a qualidade de vida em várias dimensões (Ribeiro, 1999).

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

Instrumento desenvolvido por Kumar, Robson, e Smith (1984, cit. in Figueiredo et al., 2004a). Estes autores construíram o inventário Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) que permite avaliar o ajustamento e as atitudes maternas (apêndice 3). Trata-se de um instrumento dirigido à avaliação de atitudes e ao ajustamento da mulher grávida. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Figueiredo et al. (2004a).

Tal como na versão original, a versão portuguesa da escala é composta por 60 itens, de auto-preenchimento, que medem a frequência com que determinadas situações ocorrem, avaliadas numa escala do tipo Likert. Todas as perguntas têm 4 respostas: “nunca/de forma alguma”; “raramente/um pouco”; “muito/às vezes” e “muitíssimo/muitas vezes”, cotadas de 1 a 4 respectivamente. Os itens: “2, 5, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 32, 35, 37, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 58, 6”, são cotados de forma inversa, de 4 a 1. Os pontos distribuem-se em cinco sub-escalas, com 12 itens cada, relativas às dimensões: imagem corporal; sintomas somáticos; atitudes para com o companheiro; atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé.

A MAMA foi testada na população portuguesa, demonstrando ser um instrumento robusto, que oferece garantias de fidelidade. Foram encontrados, pelas autoras, bons índices de consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,85 e um coeficiente de Bipartição de 0,86. A leitura da escala indica que quanto mais elevados forem os resultados do questionário, pior o ajustamento e atitudes do indivíduo.

Os resultados da aplicação desta escala podem prever o estado psicológico da mulher no pós parto, bem como problemas obstétricos. Valores elevados na sub-escala sintomas somáticos correlacionam-se positivamente com a ocorrência de falso trabalho de parto (Figueiredo et al., 2004a).

Procedimentos

Após a selecção das escalas, que se entendeu como sendo as que mais se adaptavam ao estudo, foi feito o pedido formal aos referidos autores para que pudessem ser utilizados (apêndice 4), tendo sido esse pedido aceite (apêndice 5).

Seguiu-se o pedido formal às Administrações e Comissões Éticas das oito instituições para a administração dos questionários, ao qual apenas três deram o aval positivo (apêndice 6). Contudo, só em apenas duas instituições se conseguiu efectivamente recolher dados.

Em Maio de 2008 deu-se início à administração dos questionários, sendo que a recolha de dados decorreu até Fevereiro de 2009.

Foram critérios de inclusão dos participantes: todas as adolescentes grávidas, com a idade gestacional correspondente ao terceiro trimestre de gravidez (28 semanas até ao parto) que aceitaram participarem voluntariamente no estudo; terem idade inferior a 20 anos (não tendo sido estabelecido limite mínimo de idade); todas saberem ler e escrever, para procederem ao auto-preenchimento dos questionários; e, ainda, a idade gestacional na altura do preenchimento do questionário corresponder ao 3º trimestre, mais especificamente entre as 28 e 40 semanas Foi motivo de exclusão as jovens que não sabiam ler nem escrever, por se ter determinado que seria um questionário de auto-preenchimento.

Os participantes na amostra aceitaram participar de livre vontade, após terem sido detalhadamente informados dos objectivos e procedimentos do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato e confidencialidade (apêndice 7).

O consentimento informado contém duas grandes linhas de orientação - o respeito pela liberdade da pessoa e a promoção do seu bem-estar -, que incentivam o exercício da responsabilidade individual (Serrão & Nunes, 1998, p, 13). Surge para salvaguardar os direitos liberdades e garantias das pessoas, constituindo um marco importante para o sistema de saúde (Ribeiro, 2002). Ribeiro (2002) refere que, segundo os códigos de ética de Nuremberg, os Princípios dos Direitos dos Doentes na Europa, na Declaração

de Helsínquia, bem como nos códigos de ética da Associação Americana de Psicologia (APA), e da Associação Britânica de psicologia (BPS), não é exigido a assinatura dos participantes, mas apenas um esclarecimento detalhado do estudo. No caso das instituições onde foram recolhidos os dados do trabalho, foi condição o consentimento informado ser obtido por escrito. Procedeu-se assim, à composição de documento de consentimento informado, onde estavam descritos de forma perceptível, os objectivos do estudo.

Os questionários foram administrados individualmente, no final de cada consulta de enfermagem de grávidas adolescentes, após terem assinado a declaração do consentimento informado. No caso das jovens com idade inferior e igual a 15 anos, o mesmo documento foi igualmente assinado pelo seu representante legal. Ainda para garantir que não seria possível a ligação da assinatura ao respectivo questionário, após a assinatura, questionários e consentimento, foram separados em diferentes pastas, em frente de cada jovem. Os questionários foram depois cotados de acordo com as informações cedidas pelos respectivos autores e os dados codificados e integrados numa base de dados informatizada.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

CAPITULO III:

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Este capítulo é dedicado à exposição dos resultados. Avaliaram-se, de forma estatística (descritiva ou inferencial) os dados obtidos através dos questionários sociodemográficos e da aplicação dos instrumentos MAMA e ESSS, com o intuito de dar resposta aos objectivos propostos neste trabalho.

8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados que se apresentam em seguida dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta aos objectivos que orientaram este estudo.

Grau de Satisfação com Suporte Social (ESSS) (escala total e sub-escalas), percebido pelas Grávidas Adolescentes

Para descrever o primeiro objectivo geral deste trabalho, o grau de satisfação com o suporte social, total e nas respectivas sub-escalas, percebido pelas grávidas adolescentes, recorreu-se à estatística descritiva média, desvio padrão, mínimo e máximo (quadro 1).

Quadro 1: Resultado da análise descritiva: *M*, *DP*, mínimo e máximo do Suporte Social (total e sub-escalas)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Escala de Satisfação com o Suporte Social	63	52,20	12,09	23	70
Satisfação com os amigos	63	17,92	6,19	5	25
Intimidade	63	13,97	4,02	4	20
Satisfação com a família	63	13,44	2,85	3	15
Actividades sociais	63	10,00	3,59	3	15

A observação do quadro 2 mostra que o suporte social total percebido se aproxima mais do valor máximo possível, 75, para um valor mínimo de 15, o que parece traduzir que as adolescentes percebem um bom suporte social. Quanto às sub-escalas, o resultado reflecte que as jovens percebem as quatro sub-escalas de forma positiva, uma vez que todas as médias obtidas se aproximam mais dos valores máximos possíveis (SA=25; IN=20; SF=15 e AS=15). Dentro destes valores salienta-

se uma maior percepção de suporte familiar, seguida das actividades sociais e da intimidade e só por último surge a satisfação com os amigos.

Grau de Adaptação à Gravidez (escala total e sub-escalas) percebido pelas adolescentes grávidas

Para descrever o segundo objectivo geral deste trabalho, adaptação das adolescentes à gravidez (escala total e sub-escalas), recorreu-se igualmente à análise descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) (quadro 2).

Quadro 2: Resultado da análise descritiva: média, desvio padrão, mínimo e máximo da escala da adaptação à gravidez (total e sub-escalas)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	51	149,23	8,47	125	161
Atitude perante a gravidez e o bebé	61	27,69	3,28	20	37
Atitude perante o sexo	58	27,88	3,75	19	36
Relação conjugal	58	26,64	4,12	17	34
Sintomas somáticos	57	31,11	2,94	22	38
Imagem corporal	59	30,93	2,85	25	37

Tendo em conta que neste instrumento, valores mais altos se traduzem numa pior adaptação à gravidez, o facto desta média se aproximar mais do valor mínimo, embora ligeiramente (máximo=240; mínimo=60), significa que estas jovens percebem como sendo razoável a sua adaptação à gravidez. Já nas sub-escalas atitude perante a gravidez e o bebé, atitude perante o sexo e relação conjugal as médias aproximam-se mais dos valores mínimos (mínimo=12 em todas as sub-escalas), o que reflecte uma boa adaptação à gravidez considerando cada um destes itens. Pelo contrário, na sub-escala sintomas somáticos a média aproxima-se mais dos valores máximos possíveis de obter (48), o que significa uma pior adaptação aos sintomas da gravidez, onde estão

incluídos sintomas como, náuseas, enjoos e vômitos, azia, sonolência, obstipação entre outros. A sub-escala imagem corporal revela haver uma má adaptação por parte das adolescentes uma vez que a média se aproxima mais dos valores máximos (48). Assim, dentro destes resultados, salienta-se uma melhor adaptação à relação conjugal seguida da adaptação à gravidez e ao bebé e à atitude perante o sexo. Sendo que as sub-escalas que revelaram pior adaptação foram a imagem corporal seguida, em último lugar, pelos sintomas somáticos.

Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Adaptação à Gravidez

Para avaliar a relação da satisfação com o suporte social e a adaptação à gravidez, recorreu-se à correlação de Pearson, um teste paramétrico, que mede a intensidade e a direcção da associação de tipo linear entre duas variáveis contínuas (quadro 3).

Quadro 3: Resultados da Correlação de Pearson para as variáveis suporte social e adaptação à gravidez

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes		
	<i>r</i>	0,01
Escala de Satisfação com o Suporte Social	<i>p</i>	0,94
	<i>N</i>	51

Curiosamente, estes resultados mostram que não existe correlação estatisticamente significativa entre o suporte social total percebido pelas grávidas adolescentes e a adaptação à gravidez globalmente analisada.

Relação entre as sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social e as sub-escalas da Adaptação à Gravidez

Para atingir este objectivo e avaliar se existe relação entre as sub-escalas da satisfação com o suporte social e as sub-escalas da adaptação à gravidez, utilizou-se novamente a correlação de Pearson (quadro 4).

Quadro 4: Resultados da Correlação de Pearson entre as sub-escalas da satisfação com o suporte social e as sub-escalas da adaptação à gravidez

		Sub-escalas da Maternal Adjustment and Maternal Attitudes					
		IC	SS	RC	APS	AGB	
Sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social	SA	<i>r</i>	0,08	0,13	0,36	-0,01	-0,24
		<i>p</i>	0,52	0,31	0,005	0,92	0,05
		<i>N</i>	59	57	58	58	61
	IN	<i>r</i>	-0,04	0,01	0,35	0,00]	-0,12
		<i>p</i>	0,72	0,93	0,006	0,97	0,32
		<i>N</i>	59	57	58	58	61
	SF	<i>r</i>	-0,06	-	0,07	-0,14	-0,09
		<i>p</i>	0,62	0,04	0,55	0,29	0,46
		<i>N</i>	59	0,74	58	58	61
	AS	<i>r</i>	-0,19	0,10	0,25	-0,14	-0,27
		<i>p</i>	0,14	0,41	0,05	0,27	0,03
		<i>N</i>	59	57	58	58	61

Legenda 1: Imagem Corporal - IC; Sintomas Somáticos - SS; Relação Conjugal - RC; Atitude Perante o Sexo – APS; Atitude perante a Gravidez e o Bebê – AGB; Satisfação com os Amigos – SA; Intimidade – IN; Satisfação com a Família – SF; Actividades Sociais – AS.

Estes valores sugerem que há uma correlação estatisticamente significativa entre algumas sub-escalas da satisfação com o suporte social e algumas sub-escalas da adaptação à gravidez. Verificou-se que a satisfação com os amigos (SA) apresenta relação com a relação conjugal (RC). Da mesma forma, observou-se relação entre a

intimidade (IN) e a relação conjugal (RC) e entre as actividades sociais (AS) e a atitude perante a gravidez e o bebé (AGB).

Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e as sub-escalas Adaptação à Gravidez

Seguidamente avaliou-se a relação entre a satisfação com o suporte social total percepcionado pelas grávidas adolescentes e a adaptação à gravidez nas sub-escalas: atitude perante a gravidez e o bebé, atitudes perante o sexo, relação conjugal, sintomas somáticos e imagem corporal (quadro 5).

Quadro 5: Resultados da Correlação de Pearson da Satisfação com o Suporte Social e as sub-escalas da Adaptação à Gravidez

		IC	SS	RC	APS	AGB
		-0,00]	0,10	0,37	-0,083	-0,26
Escala de Satisfação com o Suporte Social	r	0,82	0,44	0,00]	0,53	0,03
	N	59	57	58	58	61

Legenda 2: Imagem Corporal - IC; Sintomas Somáticos - SS; Relação Conjugal - RC; Atitude Perante o sexo – APS; Atitude perante a Gravidez e o Bebé – AGB.

Também neste ponto se encontraram correlações estatisticamente significativas, nomeadamente, entre a satisfação com o suporte social total e a sub-escala atitude perante a gravidez e o bebé (AGB) e a sub-escala relação conjugal (RC). Nenhuma das outras sub-escalas apresenta correlação com a satisfação com o suporte social.

Relação entre a Adaptação à Gravidez e as sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social

Avaliou-se a relação entre a adaptação à gravidez e o suporte percepcionado pelas grávidas adolescente nas vertentes satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais, recorrendo à correlação de Pearson (quadro 6).

Quadro 6: Resultados da Correlação de Pearson da Adaptação à Gravidez com as sub-escalas do Suporte Social

		SA	IN	SF	AS
	r	0,06	0,09	-0,05	-0,14
Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	p	0,66	0,49	0,71	0,30
	N	51	51	51	51

Legenda 3: Satisfação com os Amigos – SA; Intimidade – IN; Satisfação com a Família – SF; Actividades Sociais – AS.

No que diz respeito a este ponto, não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre qualquer uma das sub-escalas e a adaptação à gravidez. Verificou-se, portanto, que a adaptação à gravidez, analisada globalmente, não tem qualquer relação com a satisfação com os amigos, com a intimidade, com a satisfação familiar e com a existência de actividades sociais.

Diferenças na Satisfação com o Suporte Social face ao Planeamento da Gravidez

Para avaliar as diferenças na satisfação com o suporte social e o planeamento da gravidez, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, um teste não paramétrico, para detectar diferenças entre os valores centrais destas duas situações, considerando-se todos os diferentes sujeitos, uma vez que em causa estão amostras independentes (quadro 7).

Quadro 7: Resultados do teste Mann-Whitney para a Satisfação com o Suporte Social face ao Planeamento da Gravidez

Escala de Satisfação com o Suporte Social		
Mann-Whitney	U	284
	p	0,32
Gravidez planeada	n	14
Gravidez não planeada	n	49
Total	N	63

Os resultados evidenciam que a satisfação com o suporte social não difere perante o planeamento ou não planeamento da gravidez.

Diferenças na Adaptação à Gravidez face ao Planeamento da mesma

Aplicando novamente o teste de Mann-Whitney, investigaram-se as diferenças na adaptação à gravidez face ao planeamento da mesma (quadro 8).

Quadro 8: Resultados do teste Mann-Whitney para a Adaptação à Gravidez face ao Planeamento da Gravidez

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes		
Mann-Whitney	U	109,50
	p	0,02
Gravidez planeada	n	10
Gravidez não planeada	n	41
Total	N	51

O resultado indica claramente que o planeamento ou não da gravidez está relacionado com a adaptação à mesma, uma vez que se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as duas situações.

Seguidamente avalia-se a análise descritiva para o planeamento da gravidez e o não planeamento da gravidez (quadro 9).

Quadro 9: Resultado da análise descritiva para a Adaptação à Gravidez nos grupos das gravidezes planeadas e não planeadas

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Planeadas	10	132,00	157,00	143,30	9,68
Não planeadas	41	125,00	161,00	150,68	7,58

Verificou-se que a média obtida para o instrumento MAMA no grupo das adolescentes que planearam a gravidez está mais próxima dos resultados mínimos possíveis de obter (60). O resultado sugere que as adolescentes que planearam a gravidez percebem uma boa adaptação à gravidez. Simultaneamente, a análise revela que no grupo das adolescentes que não a planearam houve uma má adaptação à gravidez uma vez que a média se aproxima mais dos valores máximos possíveis (240). Estes resultados indicam que as jovens que planearam a gravidez têm melhor adaptação à mesma, relativamente às que a não planearam.

Análise das diferenças das sub-escalas da Adaptação à Gravidez face ao Planeamento

Uma vez que se identificaram diferenças na adaptação à gravidez face ao seu planeamento, recorreu-se novamente ao teste Mann-Whitney para verificar se também existem diferenças a nível das sub-escalas da adaptação face ao planeamento da gravidez (quadro 10). Em seguida recorreu-se à análise descritiva das sub-escalas da adaptação à gravidez para o grupo que planeou a gravidez e para o grupo que não a planeou (quadro 11).

Quadro 10: Resultados do teste de Mann-Whitney para as sub-escalas da Adaptação à Gravidez face ao seu Planeamento

	IC	SS	RC	APS	AGB
<i>U</i>	165,50	250,00	217,00	178,00	174,00
<i>P</i>	0,007	0,49	0,09	0,10	0,015

Legenda 4: Imagem Corporal - IC; Sintomas Somáticos - SS; Relação Conjugal - RC; Atitude perante o sexo – APS; Atitude perante a Gravidez e o Bebê – AGB.

Este teste revelou que existem diferenças estatisticamente significativas na atitude perante a gravidez e o bebé quando considerados os dois grupos (planeadas vs não planeadas).

Da mesma forma revelou que existem diferenças na adaptação à imagem corporal em função do planeamento da gravidez.

Quadro 11: Análise descritiva das sub-escalas da Adaptação à Gravidez nos grupos das jovens que Planearam ou não a Gravidez

	<i>N</i>		<i>Mínimo</i>		<i>Máximo</i>		<i>M</i>		<i>DP</i>	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Planeamento										
IC	14	45	25	27	36	37	29,07	31,51	3,19	2,50
SS	13	44	25	22	38	37	31,54	30,98	3,50	2,79
RC	14	44	24	17	34	33	28,50	26,05	3,18	4,24
APS	11	47	23	19	30	36	26,27	28,26	2,24	3,94
AGB	13	48	20	22	31	36	25,62	28,25	3,17	3,11

Legenda 5: Imagem Corporal - IC; Sintomas Somáticos - SS; Relação Conjugal - RC; Atitude perante o sexo – APS; Atitude perante a Gravidez e o Bebê – AGB.

Observando à luz destes novos resultados as diferenças patentes no quadro 10, observa-se que a diferença estatisticamente significativa entre o grupo das planeadas e não planeadas, relativamente à sub-escala atitude perante a gravidez e o bebé, deve-se a uma maior aproximação do valor mínimo possível de obter (11) no grupo das planeadas. Relativamente às diferenças significativas na imagem corporal entre os dois grupos (planeada e não planeada) observou-se que estas se devem ao facto da média da adaptação à imagem corporal no grupo das planeadas se aproximar mais do valor mínimo (12). Ao contrário do que acontece no grupo das não planeadas, que se aproxima mais do valor máximo (48).

Relação entre a Satisfação com o Suporte Social, a Idade da Adolescente e o seu Grau de Escolaridade

Para verificar a existência de relação entre o suporte social percebido, a idade e o grau de escolaridade da adolescente, recorreu-se à correlação de Pearson (quadro 12).

Quadro 12: Resultados da Correlação de Pearson para a Satisfação com o Suporte Social, a Idade e Grau de Escolaridade.

	Grau de Escolaridade	Idade
	0,08	0,11
Satisfação com o Suporte Social	0,49	0,37
	63	63

Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a idade e a satisfação com o suporte social, nem entre o grau de escolaridade e o suporte social.

Relação entre Adaptação à Gravidez, Idade e Escolaridade da Adolescente

Para avaliar se havia relação entre a adaptação à gravidez, a idade da adolescente e a escolaridade utilizou-se a correlação de Pearson (quadro 13).

Quadro 13: Resultados da correlação de Pearson para a Adaptação à Gravidez, a Idade da Adolescente e a Escolaridade

	Grau de Escolaridade	Idade
	-0,13	-0,13
Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	0,34	0,35
	51	51

Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa. a adaptação à gravidez, idade e escolaridade.

Diferenças na Satisfação com o Suporte Social entre as Grávidas Adolescentes em função do Estado Civil e Coabitação com o Companheiro

Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para saber se havia diferenças na satisfação com o suporte social em jovens com diferentes estados civis (quadro 14).

Quadro 14: Resultados do Teste Mann-Whitney para a Satisfação com o Suporte Social, em função do Estado Civil

Escala de Satisfação com o Suporte Social		
Mann-Whitney	U	225,00
	p	0,03
Solteira	n	48
Casada/em união de facto	n	15
Total	N	63

Relativamente à satisfação com o suporte social face ao estado civil ficou demonstrado que existe uma diferença significativa entre as adolescentes casadas ou em união de facto, em relação às solteiras.

Recorreu-se à análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) da satisfação com o suporte social entre as grávidas adolescentes em função do estado civil (quadro 15).

Quadro 15: Resultados da análise descritiva da Satisfação com o Suporte Social, em função do Estado Civil

Escala de Satisfação com o Suporte Social	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Solteira	48	23,00	70,00	50,33	12,34
Casada/em união de facto	15	38,00	70,00	58,20	9,23

Analisando as médias obtidas do grau de suporte social, quer no grupo das adolescentes solteiras, quer no grupo das adolescentes casadas/união de facto, verifica-se que estas se aproximam mais dos valores máximos possíveis de obter (75) do que dos mínimos (15), o que sugere uma boa percepção do suporte social em ambos os grupos. No entanto, é curioso denotar que esta aproximação aos valores máximos é muito mais evidente no grupo das adolescentes casadas, o que sugere que este estado civil favorece, de alguma forma, a percepção de um bom suporte social.

Recorreu-se novamente ao teste de Mann-Whitney para saber se havia diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em jovens com diferentes situações em termos de coabitação com o parceiro (quadro 16).

Quadro 16: Resultados do Teste Mann-Whitney para a Satisfação com o Suporte Social, em função da Coabitação com o Parceiro

Escala de Satisfação com o Suporte Social		
Mann-Whitney	U	435,50
	P	0,41
Vive com o companheiro	n	33
Não vive com o companheiro	n	30
Total	N	63

Neste teste não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na percepção do suporte social em função da coabitação com o companheiro.

Recorreu-se à análise descritiva da satisfação com o suporte social entre as grávidas adolescentes em função da coabitação com o parceiro (quadro 17).

Quadro 17: Resultados da análise descritiva para a Satisfação com o Suporte Social, em função da Coabitação com o Companheiro

Escala de Satisfação com o Suporte Social	<i>n</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Vive com o companheiro	33	23,00	70	53,18	12,73
Não vive com o companheiro	30	29,00	70,00	51,13	11,45

Recorrendo à comparação das médias obtidas com os valores máximos e mínimos (Máx=75; Min=15), constatou-se que em ambos os grupos, as médias da percepção do suporte social pende para os valores máximos, o que sugere uma boa percepção do suporte social. Verifica-se que nenhum dos grupos apresenta uma maior aproximação ao máximo relativamente ao outro, o que vem explicar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estes resultados sugerem que a

coabitação com o parceiro não é um factor decisivo para a percepção de um bom suporte social.

Diferenças entre as sub-escalas do Suporte Social em função do Estado Civil e da Coabitação com o Companheiro

Recorreu-se novamente ao teste de Mann-Whitney para saber se havia diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas da satisfação com o suporte social em relação ao estado civil (quadro 18) e em relação à coabitação com o companheiro (quadro 19).

Quadro 18: Resultados do teste Mann-Whitney para as sub-escalas do Suporte Social em função do Estado Civil

Estado civil	SA	IN	SF	AS
<i>U</i>	245,00	292,00	356,50	198,00
<i>P</i>	0,06	0,27	0,94	0,009

Legenda 6: Satisfação com os Amigos – SA; Intimidade – IN; Satisfação com a Família – SF; Actividades Sociais – AS.

Na sub-escala actividades sociais encontrou-se uma diferença significativa entre os dois grupos (solteiras vs casadas/união de facto).

Quadro 19: Resultados do teste Mann-Whitney para as sub-escalas do Suporte Social em função da Coabitação com o Companheiro

Coabitação	SA	IN	SF	AS
<i>U</i>	422,00	481,00	481,00	464,00
<i>P</i>	0,31	0,83	0,84	0,66

Legenda 7: Satisfação com os Amigos – SA; Intimidade – IN; Satisfação com a Família – SF; Actividades Sociais – AS.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das sub-escalas da satisfação com o suporte social.

Análise descritiva das sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social entre as Grávidas Adolescentes em função do Estado Civil

Recorreu-se à análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) das sub-escalas da satisfação com o suporte social entre as grávidas adolescentes em função do estado civil (quadros 20).

Quadro 20: Resultados da análise descritiva das sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social em função do estado civil

	<i>N</i>		<i>Mínimo</i>		<i>Máximo</i>		<i>M</i>		<i>DP</i>	
	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C
SA	48	15	5	6	25	25	17,10	20,53	6,330	5,12
IN	40	15	4	8	20	20	13,63	15,07	3,90	4,31
SF	48	15	3	12	15	15	13,25	14,07	3,18	1,11
AS	48	15	3	6	15	15	9,35	12,07	3,57	2,57

Legenda 8: Satisfação com os Amigos – SA; Intimidade – IN; Satisfação com a Família – SF; Actividades Sociais – AS.; S – Solteira; C - Casada

Estes resultados sugerem, para o grupo das jovens solteiras, uma boa adaptação às sub-escalas satisfação com os amigos, intimidade e satisfação com a família. Pelo contrário, na sub-escala actividades sociais observa-se uma má percepção das actividades sociais. No grupo das jovens casadas verificou-se que em todas as sub-escalas existe uma boa percepção do suporte social.

É desde já evidente a diferença de percepção das actividades sociais nos dois grupos, uma vez que no grupo das solteiras existe uma má percepção e no grupo das casadas uma boa percepção. Com estes resultados explica-se a diferença

estatisticamente significativa encontrada entre o grupo das solteiras e o grupo das casadas.

Diferenças ao nível da Aceitação da Gravidez e a Adaptação à mesma entre Adolescentes com diferentes Situações Profissionais

Para avaliar as diferenças ao nível da aceitação da gravidez e a adaptação à mesma entre adolescentes com diferentes situações profissionais utilizou-se o teste ANOVA one way, um teste paramétrico para comparação de populações a partir de amostras independentes, onde se procura comparar as médias da variável dependente considerando apenas um factor com três ou mais níveis (quadro 21 e 22).

Quadro 21: Resultados ANOVA one way relativamente à Aceitação da Gravidez em função da Situação Profissional da Grávida

<i>N</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
62	1,29	0,28

Relativamente à aceitação da gravidez em função da situação profissional (empregada, desempregada ou estudante), os resultados reflectem que não existem diferenças estatisticamente significativas. Ou seja a situação profissional das adolescentes não influencia a aceitação da gravidez.

Quadro 22: Resultados ANOVA one way relativamente à Adaptação à Gravidez em função da Situação Profissional da Grávida

<i>N</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
51	5,80	0,006

Recorreu-se à análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) da satisfação com o suporte social entre as grávidas adolescentes em função do estado civil (quadro 23).

Quadro 23: Resultado da análise descritiva relativamente à Adaptação à Gravidez em função da situação Profissional da Grávida

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Empregada	16	145,31	8,89	132,00	157,00
Desempregada	30	152,30	6,19	136,00	161,00
Estudante	5	143,40	12,11	125,00	157,00
Total	51	149,23	8,46	125,00	161,00

Quando analisados os resultados ANOVA one way relativamente à adaptação à gravidez em função da situação profissional da grávida, verificou-se que existem duas médias com diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (empregadas, desempregadas e estudantes). Estes dados revelam-se interessantes por transmitirem que a situação profissional da grávida está associada a diferentes níveis de adaptação à gravidez. As adolescentes empregadas e as adolescentes estudantes têm uma boa adaptação à gravidez, uma vez que os valores médios obtidos se aproximam mais dos valores mínimos (60). Já a média obtida pelas adolescentes desempregadas reflecte uma má adaptação à gravidez. Estes dados revelam que o suporte económico é um factor importante na adaptação à gravidez. Curiosamente, entre as adolescentes empregadas e as adolescentes estudantes as que melhor se adaptam à gravidez são as empregadas.

Querendo ir mais longe e determinar entre quais dos grupos as médias são diferentes recorreu-se a um teste post-hoc (à posteriori) de Bonferroni (quadro 24).

Quadro 24: Resultados ANOVA one way Bonferroni relativamente à Adaptação à Gravidez em função da Situação Profissional da Grávida

Situação profissional	Situação profissional	Diferenças de médias	<i>p</i>
Empregada	Desempregada	-6,98	0,01
Desempregada	Estudante	8,90	0,07
Estudante	Empregada	-1,91	1,00

Este teste revelou que as diferenças a nível da adaptação à gravidez surgem quando confrontados o grupo das jovens empregadas e o grupo das jovens desempregadas. Em nenhuma das outras comparações se encontraram diferenças.

Observa-se portanto que o grupo que melhor se adapta à gravidez é o grupo das adolescentes empregadas, por oposição às desempregadas que apresentam pior adaptação.

Diferenças ao nível da Aceitação da Gravidez pelas Adolescentes em função das diferentes situações Profissionais dos Companheiros

Para avaliar as diferenças ao nível da aceitação da gravidez e a diferentes situações profissionais dos companheiros utilizou-se o teste ANOVA one way (Quadro 25).

Quadro 25: Resultados ANOVA one way para avaliar o nível da Aceitação da Gravidez pelas Adolescentes em função das diferentes Situações Profissionais dos Companheiros

<i>N</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
60	0,23	0,79

Verificou-se que não existe qualquer diferença significativa entre a aceitação da gravidez pela adolescente e as situações profissionais dos companheiros.

CAPÍTULO IV:

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação dos resultados é seguida de uma discussão final dos mesmos, de onde se pretendem retirar ilações para uma melhor compreensão do fenómeno gravidez na adolescência, tanto na vertente da satisfação com o suporte social, como na vertente da adaptação à gravidez.

9. DISCUSSÃO

A ordem de discussão dos resultados será a ordem da apresentação dos mesmos, começando por discutir os objectivos gerais do estudo, seguidos dos objectivos específicos.

Percepção do Suporte Social pelas grávidas adolescentes

Os resultados deste estudo, relativamente ao suporte social, são reveladores de que as adolescentes percebem um bom suporte, quer seja da família, dos amigos, na intimidade e nas actividades sociais. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Carlos et al., (2007); Colman e Colman, (1994); Figueiredo, et al., (2006), Jongenelen (1998), entre outros.

A gravidez na adolescência, como tem sido referido ao longo deste estudo, é vista como uma situação de risco, pelo que se pode deduzir que o suporte social pode servir como um factor protector para esta população de jovens. Para além disso, também demonstra ser um factor de resiliência que permite à adolescente grávida dar respostas positivas, em contextos desfavoráveis (Figueiredo, 2000), nomeadamente na adaptação à maternidade (Monteiro et al., 2005). Pereira et al. (2003) relacionaram o apoio social recebido com uma maior satisfação com a vida.

Uma boa percepção do suporte social, pode sugerir que as adolescentes, quando engravidam, não se encontram ainda autónomas e dependem dos seus pais ou companheiro, para desempenharem o seu futuro papel de mães, com todas as tarefas que daí advêm. Contudo, Figueiredo (2000) refere que, sendo a adolescência um período de desenvolvimento em direcção à autonomia e independência, a família assume um papel de relevo numa situação de gravidez, mas também dificulta essa progressiva conquista e obriga, muitas vezes, a uma maior dependência principalmente da parte dos pais.

O apoio da família e amigos permite que estas jovens se sintam mais confiantes e seguras e aceitem melhor a gravidez. A falta de apoio da família associa-se ao sentimento de auto-desvalorização, desespero e abandono e, pelo contrário, o apoio

desta, do companheiro, dos amigos e até dos profissionais de saúde, fazem a adolescente sentir-se mais segura, confiante e feliz, contribuindo para uma melhor aceitação da gravidez (Carlos, 2007).

O estudo permitiu ainda verificar a ordem de satisfação nas diferentes sub-escalas do ESSS, sendo a satisfação com a família a que atinge maior importância, seguida pela satisfação com as actividades sociais, intimidade e só depois a satisfação com os amigos. Esta ordem pode significar a dependência afectiva e económica que estas adolescentes ainda têm em relação à sua família, e a necessidade de conviver e participar em actividades sociais com os amigos, comportamento típico da adolescência. Estas jovens também sentem que têm alguém da sua confiança, com quem podem partilhar e desabafar os seus segredos mais íntimos, alguém que se encontra disponível quando precisam, para as ouvir e compreender os seus problemas. Este aspecto é muito importante na vida do qualquer ser humano, mas muito mais na adolescente que está grávida e tem necessidade de alguém que a entenda e apoie, para que o seu percurso desenvolvimental se faça da forma mais normativa possível. Porque caso assim não seja, a gravidez pode desencadear uma maturidade acelerada, comprometendo o desenvolvimento, sendo motivador de exclusão social (Carvalho et al., 2004).

A forma como as adolescentes percebem o apoio dos amigos parece contribuir para uma melhor vivência da maternidade, quer na relação conjugal quer na intimidade. Também a satisfação das jovens nas suas actividades sociais, nomeadamente no convívio com amigos, na participação em actividades sociais e organizadas está correlacionada com uma atitude perante a gravidez e o bebé, talvez, pelo agrado que sentem nas pequenas coisas relativas ao bebé e pela felicidade que sentem por estarem grávidas.

O vasto conjunto de mudanças, a nível ocupacional, social e relacional, que uma gravidez na adolescência implica, obriga a novas tarefas e responsabilidades, que poderiam contribuir para o seu afastamento do convívio dos amigos e actividades sociais, não havendo continuidade a um desenvolvimento normativo. Na população em estudo não parece verificar-se este afastamento uma vez que as adolescentes se mostram

satisfeitas com o suporte social a nível dos amigos e das actividades sociais de que vão desfrutando. A gravidez na adolescência pode, em contrapartida, abrir portas a novas redes sociais, nomeadamente no contacto, conhecimento e apoio dos profissionais de saúde das instituições a que recorre, para que lhes seja facilitada a (in)formação necessária para prevenirem uma nova gravidez ou infecções sexualmente transmissíveis.

Adaptação à gravidez na adolescência

No que diz respeito à adaptação à gravidez, os resultados deste estudo evidenciam uma razoável adaptação à gravidez. A diversidade das situações em que ocorre uma gravidez pode favorecer uma boa adaptação, mas também a pode dificultar, pelo que são aspectos determinantes para uma boa adaptação: o bom relacionamento com o companheiro e família, a coabitação com a família, o emprego, e o emprego do companheiro/cônjuge (Figueiredo et al., 2006). Uma proximidade emocional com a figura materna parece ser um factor de protecção e, simultaneamente, de vulnerabilidade à adaptação à gravidez, uma vez que, mulheres que percebem uma maior proximidade emocional com a mãe apresentam níveis elevados de stress (Monteiro et al., 2005) e desequilíbrio emocional (Pereira et al., 2003). Na verdade, se a família contribui significativamente para o ajustamento das jovens à gravidez, uma superprotecção ou rejeição da figura materna pode contribuir para o seu desequilíbrio emocional, pois a necessidade de autonomia encontra-se ameaçada em sequência da necessidade de uma maior dependência (Pereira et al., 2003). Quando a jovem sente o apoio da família, companheiro, amigos e profissionais, sente-se mais confiante, segura e feliz o que contribui para o desenvolvimento de estratégias adequadas para a maternidade. (Carlos et al., 2007).

O estudo revelou boa adaptação na atitude perante a gravidez e o bebé. Denotou-se que as adolescentes se sentiam felizes com a gravidez e perspectivavam uma vida sem dificuldades após o nascimento do filho, sem dúvidas de que um dia se tornariam boas mães. Esta atitude pode ter como pano de fundo a imaturidade própria da adolescência e

a fantasia de quererem ter um bebê, não tendo a perspectiva efectiva do que na realidade implica a maternidade.

A atitude perante o sexo e relação conjugal demonstrou ser uma variável importante para este grupo de adolescentes. A proximidade do companheiro, a afectividade, a vivência da sua sexualidade parecem ter contribuído para uma boa adaptação à gravidez ou seja, a relação do casal parece evidenciar-se como suporte determinante para a aceitação e adaptação da mulher à gravidez. Denota-se que a relação conjugal parece desempenhar um papel de relevo na satisfação com os amigos e na satisfação com a intimidade. Estes resultados estão de acordo com o sublinhado por Colman e Colman (1994) ao dizerem que a vivência plena da sexualidade, neste período de crescimento e desenvolvimento da relação dual, deve ser experimentada em plena cumplicidade passando muitas vezes por uma necessidade acrescida de ternura e sensualidade, o que evidencia a importância de carinho e afectividade entre o casal. A relação do casal parece evidenciar-se como suporte social determinante para a aceitação e adaptação da mulher à gravidez (Mendes, 2002). Quando o companheiro apoia a adolescente, ela aceita melhor a gravidez aumentando a autoconfiança, segurança disponibilidade e sente-se menos discriminada, fruto dos estigmas sociais (Carlos et al., 2007).

Ao contrário, os sintomas somáticos demonstraram contribuir para uma pior adaptação à gravidez. Atendendo à imaturidade própria desta idade, pode entender-se esta dificuldade em lidar com nos sintomas desconfortáveis, próprias a algumas gravidezes, como por exemplo, cansaço, náuseas, vômitos, azia, tonturas, obstipação, edemas e sonolência.

Finalmente os dados relativos à imagem corporal demonstraram que existe uma má adaptação neste ponto por parte das adolescentes. Estes resultados vêm de encontro aos de Carvalho et al. (2004) que entendem que a maternidade exige reajustes importantes à nova imagem corporal, o que representa outra crise, que poderá atingir uma maior dimensão quando adolescência e gravidez coexistem. Se para uma mulher adulta a adaptação à nova imagem corporal, (alterações rápidas e incontáveis em apenas 40 semanas) pode ser complicada, para uma adolescente, com o corpo ainda não

completamente definido, acrescido das transformações da gravidez, é natural e compreensível esta má adaptação à sua nova imagem, mais ainda quando a gravidez não é planejada.

Suporte Social e a Adaptação à Gravidez na Adolescência

O estudo não encontrou qualquer relação entre o suporte social total e a adaptação à gravidez, contudo, quando se analisaram as sub-escalas destas duas variáveis, encontraram-se componentes do suporte social que estão relacionadas com uma boa adaptação à gravidez.

A relação conjugal revelou ter ligação com a satisfação com os amigos e com a intimidade, assim como as actividades sociais têm relação com a atitude perante a gravidez e o bebé. Mais uma vez se denota o valor significativo da presença do companheiro. Também Pereira et al. (1999) encontraram uma correlação entre o suporte social e a relação conjugal.

Resultados de um estudo de Carvalho et al. (2004), realizado com grávidas adolescentes e não adolescentes, evidenciaram uma menor rede social nas grávidas adolescentes, bem como uma menor quantidade de suporte social, nomeadamente da parte do pai do bebé, o que estava associado a um elevado nível de ansiedade. Tal como dizem Carlos et al. (2007), o apoio social faz toda a diferença na forma como as adolescentes vivenciam a maternidade.

Idade

Neste estudo a diversidade de idades dos sujeitos variou entre os 14 e os 19 anos, sendo a idade média os 17 anos. Apesar de falarmos em diferenças de apenas cinco anos, dos 14 aos 19 anos, existe uma diferença significativa em termos de desenvolvimento, tanto físico como psicológico e social, embora este também possa variar em função das suas vivências. Tal como refere Fenwich e Smith (1993), os 15 e 16 anos são caracterizados por comportamentos auto-concentrados enquanto nas jovens entre os 17 e 19 anos destaca-se mais a independência e maior socialização.

Não se encontrou no presente estudo relação entre a idade e a satisfação com o suporte social, tal com o estudo de Nelas (2004). Assim, a idade parece não influenciar a percepção do suporte social.

Ao relacionar a idade da adolescente à sua adaptação à gravidez não se encontrou correlação, o que se traduz numa boa adaptação independentemente da idade da adolescente. Esta boa adaptação independente da idade vem contrariar os resultados de Figueiredo (2000), quando esta sugere que as grávidas mais novas são dominadas pela fantasia de ter um bebé, não tendo ainda uma visão realista do que é ter um filho, por sua vez, uma mulher consciente das mudanças que uma gravidez implica tem uma visão mais realista da maternidade, adaptando-se por isso mais facilmente às mudanças.

No entanto, não pode deixar de ser anotada a pertinência de uma posterior comparação destes resultados com os de um grupo de grávidas adultas. Seria interessante verificar se, ao estabelecermos essa comparação, haveria alguma diferença na adaptação à gravidez entre os dois grupos (adolescentes e adultas).

Estado civil e coabitação com o companheiro

Das 63 adolescentes, 48 eram solteiras até à altura em que responderam ao questionário, enquanto 15 eram casadas ou viviam em união de facto.

Neste estudo encontraram-se diferenças na percepção do suporte social em função do estado civil. Ambas perceberam um suporte social satisfatório mas a aproximação aos valores máximos possíveis de obter, foi mais evidente no grupo das casadas ou em união de facto.

Posteriormente avaliou-se se existiam diferenças nestas mesmas situações relativamente às sub-escalas do suporte social, verificando-se que efectivamente existiam. Avaliando as médias, os resultados sugerem que o grupo das solteiras apresenta uma boa satisfação com os amigos, família, e intimidade, e uma má percepção das actividades sociais. Já o grupo das adolescentes casadas revela uma boa percepção em todas as sub-escalas da Satisfação com o Suporte Social.

Já na coabitação com o companheiro não se encontraram diferenças relativamente à percepção do suporte social. Em ambos os grupos de adolescentes, quer as que coabitavam com o parceiro, quer as que não coabitavam, as médias obtidas aproximaram-se dos valores máximos possíveis de obter, o que sugere uma boa percepção do suporte social em ambas as situações. No senso comum poder-se-ia dizer que a adolescência, idade marcada pela insegurança e pela necessidade de protecção, a coabitação com o companheiro se revela fonte muito importante de protecção, segurança e independência perante família, que por vezes, vive em situações de precariedade. No entanto os resultados obtidos não o confirmam.

Malta et al. (2007) concluíram no seu estudo que as jovens que viviam com os companheiros tinham repetidas zangas, separações, reconciliações, para novamente se juntarem, mas tal não parece confirmar-se nos resultados deste estudo, uma vez que não há correlação entre a coabitação e o suporte social percebido pelas adolescentes.

Não se sabendo, na altura em que responderam ao questionário, em que altura estas jovens foram viver com o companheiro, a maioria coabitava com o companheiro, para uma minoria que não coabitava e uma ainda outra que coabitava com outro que não o pai bebé. Maldonado (1989) entende que o acompanhamento da gravidez por parte do progenitor torna-se relevante para a evolução gestacional.

Escolaridade/habilitações literárias

No que se refere às habilitações literárias, a média de escolaridade encontrada foi o 7º ano, o que corresponde a uma baixa escolaridade, relativamente à escolaridade obrigatória. Também Figueiredo et al. (2004) encontraram no seu estudo 66,5% de grávidas adolescentes desempregadas. Estes dados vão de encontro ao preconizado por Almeida (2007) que considera que a gravidez na adolescência representa uma violação de uma norma social estabelecida, desafiando os seus valores de escolaridade, emprego, carreira e segurança Almeida (2007).

Neste estudo apenas seis das adolescentes eram estudantes, e sete deixaram de estudar em sequência da gravidez. Pereira et al., (2005) encontraram um elevado grau

de reprovação escolar nesta população de jovens adolescentes que pretendem continuar os estudos e, na óptica de Silva, (1992), estas jovens frequentemente optam pela indução do aborto e sentem menos expectativas relativamente à carreira profissional.

Questionadas as adolescentes acerca do motivo do abandono escolar, sobressai a resposta “não gostava ou “não tinha motivação” seguida de “necessidades económicas” e só depois o motivo foi a gravidez, em igualdade com as que continuavam estudantes. A resposta “não gostava” e “não tinha motivação” torna-se preocupante, na medida em que se pode entender que estas jovens não têm, no seu projecto de vida, aspirações profissionais num mundo cada vez mais competitivo, onde dificilmente conseguem um emprego estável e qualificado, não tendo habilitação académica ou profissional. Esta perspectiva vai ao encontro de muitos estudos (e.g., Figueiredo et al., 2004) que associa o abandono escolar à maior pobreza, pouca oportunidade de emprego, dependência económica e marginalização social e familiar à gravidez na adolescência.

Ainda no presente estudo e face aos resultados encontrados, verifica-se que, tanto na percepção do suporte social, como na adaptação à gravidez, não se encontrou relação com escolaridade.

O apoio social aos pais adolescentes, no sentido do exercício do direito à maternidade e paternidade consciente e saudável, em harmonia com as restantes esferas da vida nomeadamente, promovendo a escolarização e a formação de jovens, está contemplada no Projecto-lei nº 411/VIII de Março de 2001.

Situação profissional

No que diz respeito à situação profissional das adolescentes verificamos que poucas trabalhavam, a maioria estava desempregada e poucas eram ainda estudantes, contrastando com a situação profissional dos companheiros, que maioritariamente trabalhavam.

Estes dados vão ao encontro da ideia de Almeida (2007), ao afirmar que a gravidez na adolescência é um indicador de pobreza.

Desta população salienta-se que a maioria nunca tinha trabalhado e as que o tinham feito associaram o presente desemprego à gravidez, ao despedimento ou a não gostarem do emprego. Quando se relacionou a situação profissional com a adaptação à gravidez, encontraram-se diferenças estaticamente significativas e quando se recorreu análise das médias, observou-se que as adolescentes empregadas tinham uma melhor adaptação à gravidez, o que indica claramente que a estabilidade financeira é um factor decisivo na adaptação à gravidez, que permite centrarem o pensamento nos outros aspectos da gravidez.

Menarca

A menarca aconteceu, nas adolescentes estudadas, entre os 9 anos e os 15 (máxima) sendo os 11 e 12 anos as idades que apresentaram uma maior frequência. Figueiredo et al. (2004) encontraram no seu estudo, uma variação entre os 8 e 16 anos, com uma média de 11,96 anos. Com efeito, as mulheres têm menstruado cada vez mais precocemente, dos 17 anos no século XIX, para os 12 e 13 anos na actualidade (Justo, 2000). Registos da WHO (2004) indicam a idade média os 12,5 anos em países desenvolvidos. Com a menarca ocorrem transformações hormonais do organismo da mulher, que provocam rápidas transformações nos seus corpos, o que poderá ser um indicador a contribuir para as adolescentes engravidarem tão cedo.

Início da actividade sexual

A idade média para o início da actividade sexual foi de 14,89 anos, considerando ainda que a idade mais frequente foi os 15 anos, à semelhança do estudo de Figueiredo et al. (2004), em que a idade média da coitarca foi os 15 anos. Almeida (2007) refere que a actividade sexual é praticada com “fins não sexuais “ como maneira da adolescente encontrar a sua identidade e afirmar a sua feminilidade. A Comissão para a Adolescência (1996) aponta vários factores para um início da actividade sexual nos primeiros anos da adolescência, tais como puberdade precoce, abuso sexual, estado de pobreza, falta de atenção por parte dos pais e padrões culturais de um início de actividade sexual precoce.

Planeamento da gravidez

Do total das 63 jovens deste estudo, a maioria não planeou a gravidez. Almeida (2007) encontrou no seu estudo 56% de gravidezes planeadas para 27% não planeadas e 17% não foram planeadas nem desejadas, assim como Figueiredo et al. (2004b), que encontraram 47% de gravidez planeadas para 26,7% e 25,5% para não planeadas mas desejadas e não planeadas e não desejada, respectivamente.

Este resultado é interessante já que esta investigação sobre gravidez na adolescência encontrou dados contraditórios: um número superior de gravidezes não planeadas face às planeadas. Pode ser pertinente trazer para este estudo uma visão com raiz na prática diária de enfermagem obstétrica com adolescentes, que pode possibilitar uma explicação para este resultado - ainda que muitas adolescentes grávidas afirmem um não planeamento da gravidez, afirmam também que não utilizavam qualquer método contraceptivo, mesmo conscientes que poderiam engravidar. Mediante a exploração deste paradoxo, muitas finalmente acabam por afirmar que, de facto, não se importariam com uma gravidez.

Perante o planeamento, ou não, da gravidez, as adolescentes não perceberam de forma diferente o suporte social, tal como Nelas (2004), que também não encontrou uma relação significativa. Contudo, encontraram-se diferenças entre a adaptação à gravidez e o planeamento, ou seja, as adolescentes que planearam a gravidez perceberam uma boa adaptação à gravidez, enquanto as que não planearam tiveram uma pior adaptação. Perante este dado, foram analisadas as diferentes sub-escalas da MAMA, para se apurar em que situações as jovens sentiam maiores dificuldades na adaptação à gravidez. O estudo revelou que, quando a gravidez foi planeada, as adolescentes revelaram uma melhor atitude perante o sexo, a gravidez e o bebé, a sua imagem corporal e com a relação conjugal, mas no que se refere aos sintomas somáticos, as mesmas jovens revelaram uma má adaptação. Por sua vez, perante uma gravidez não planeada, estas jovens também demonstraram uma boa adaptação à atitude perante a gravidez e o bebé, atitude perante o sexo e a relação conjugal, mas uma má adaptação à imagem corporal e sintomas somáticos. Um resultado interessante surge ao

observar-se que a adaptação aos sintomas somáticos, embora má nos dois casos, revela-se pior nas adolescentes que planejaram a gravidez. Outro resultado relevante foi que embora se tenha encontrado uma boa atitude perante a gravidez e o bebé e perante a imagem corporal, nos dois grupos, quando a gravidez é planeada essa atitude era melhor.

Sobre o assunto, Justo (2000) diz que uma gravidez planeada pode ser vista como uma forma de ultrapassar uma carência objectal própria da adolescência, ou seja, ao engravidar, a jovem, conquista um objecto relacional capaz de colmatar a carência afectiva proveniente de famílias deficitárias ao nível da gestão da comunicação. A decisão de engravidar é tomada com base nas expectativas acerca do seu percurso escolar, profissional e pessoal ou então expectativas relativas ao envolvimento de figuras de apoio à prestação de cuidados à criança, tendo por base contingências estruturais e económicas (Pereira et al., 2003) Também Nelas (2007) afirma que as adolescentes que se tornam mães, engravidam porque necessitam e o desejam. Contudo, Lederman (1996) é de opinião que uma gravidez planeada, não significa que esta tenha uma boa aceitação, enquanto que Canavarro e Pereira (2001) são de opinião que, normalmente, uma gravidez planeada na adolescência é levada a cabo e até repetida num curto espaço de tempo.

A exemplo da prática diária com estas situações de gravidezes na adolescência e gravidezes em mulheres adultas, constata-se que ocorrem com frequência gravidezes planeadas em adolescentes com uma melhor aceitação e adaptação, do que em mulheres mais velhas, que não a planejaram e que provêm de extractos sociais mais elevados. Estar apaixonada, ter esperança num casamento, medo de perder o parceiro, receio de mais tarde não poder ter filhos, identificação com o papel materno, poder ganhar atenção e carinho, são os motivos apontados por Garret e Tidwel (1999) que levam uma jovem a querer engravidar. Concorda-se, a partir da prática profissional com esta opinião, porque na realidade estas jovens demonstram com frequência carências afectivas, visíveis nos comportamentos e atitudes no decurso das consultas.

Aceitação da gravidez

A maioria das adolescentes aceitou muito bem a gravidez e apenas uma minoria aceitou mal, tal como no estudo de Nelas (2004), que não encontrou relação entre aceitação da gravidez e a percepção do suporte social. Contudo, encontrou-se uma associação entre a aceitação e a adaptação à gravidez. Também Pereira et al., (2003) concluiu que as jovens que desejaram uma gravidez sentem mais satisfação com a vida. Por seu lado Carlos et al. (2007) relatam que, em situações de gravidezes não planeadas, a adolescente reage de forma negativa e com desespero ao descobrir que está grávida, pelo medo da reacção dos pais e do companheiro, medo de serem abandonadas e ainda medo da reacção dos pais ao saberem que iniciaram actividade sexual.

Apesar de poucas adolescentes terem efectivamente planeado a gravidez, a maioria reagiu muito bem quando o descobriu, ou seja, apesar de estas adolescentes não terem planeado a gravidez, ela foi desejada pelo que, possivelmente, havia nelas já um desejo em serem mães, embora não tão cedo. Talvez esta seja a justificação para que elas tenham tido uma boa adaptação à gravidez. Tal como desenvolvem Vilar e Gaspar (1999), a assimilação da gravidez pode demorar mais ou menos tempo e ser mais ou menos intensa, mas tudo tem a ver com a maior ou menor desejabilidade de ter um filho.

Idade do marido/companheiro

Relativamente à idade do marido/companheiro, apurou-se que a média de idades foi de 22 anos, à semelhança do estudo de Figueiredo et al. (2004), cuja média foi 20 anos, com uma variação entre os 14 e os 37 anos de idade.

A aproximação das idades dos companheiros à idade adulta poderá significar que a maioria dos maridos/companheiros das adolescentes desta população podia ser trabalhador, contribuindo para a estabilidade económica do casal.

Situação profissional do companheiro

A maioria dos companheiros das adolescentes estava empregada e, tal como as adolescentes, apenas uma minoria estudava. À semelhança do estudo de Almeida (2007) que contou com uma percentagem de 96% de companheiros trabalhadores, para 2% de desempregados e 2% de estudantes.

Verificou-se a não existência de diferenças quanto à aceitação da gravidez entre jovens com companheiros com diferentes situações profissionais; tal pode estar relacionado com a maioria dos pais ser trabalhador, e por conseguinte, não existir muita variabilidade entre todas as situações em que já se encontravam as adolescentes.

Aceitação da paternidade

Ao estudar a aceitação da paternidade, verificou-se que a maioria dos companheiros aceitou muito bem este acontecimento. Já no suporte social não foi encontrada uma relação com uma melhor ou pior aceitação da paternidade, talvez pelo facto de 87,3% dos companheiros terem aceite muito bem a gravidez. A aceitação da paternidade também evidencia uma boa adaptação à gravidez, o que sugere uma forte fonte de suporte emocional à adolescente grávida. Como diz Monteiro et al. (2005), o suporte social do marido, surge como um factor de protecção na transição para a maternidade. Carlos et al., (2007) também comunga desta opinião, ao explicar que quando o companheiro reage bem à gravidez e dá apoio à adolescente desde o início, é esperado que estas também aceitem a gravidez de forma favorável e que o sentimento de sobrecarga diminua, fazendo-as sentir mais confiantes, seguras e disponíveis. O abandono por parte dos companheiros é considerado para a adolescente como algo de muito mau, não só pelo significado em si, mas também pelo que esta atitude representa aos “olhos” dos outros (Carlos et al., 2007).

Situação profissional dos pais da adolescente

A maioria dos pais das adolescentes estava empregada. Já as mães eram, na sua maioria, desempregadas ou domésticas. No estudo de Figueiredo et al. (2004), 31,7% das mães eram desempregadas e 18,3% dos pais também o eram.

Estado civil dos pais

Neste estudo eram poucos os pais das adolescentes que se encontravam separados/divorciados, a maioria estava casada ou em união de facto e, uma pequena minoria era viúva. No estudo de Silva (1992), 47% dos progenitores estavam separados e ainda no estudo de Figueiredo et al. (2004), 62,7%, eram casados. O estado civil dos pais pode reflectir-se na satisfação com a vida da adolescente grávida, pois Pereira et al. (2003) encontraram, no seu estudo, uma relação positiva entre a satisfação com a vida, e grávidas adolescentes com famílias monoparentais ou famílias reconstruídas. Neste estudo, não há predominância de pais separados, o que vem contrariar estudos anteriores, e sugerir que a gravidez na adolescência pode não estar, sempre, associada a estruturas familiares disfuncionais, como monoparentais ou reconstruídas.

Agregado familiar da adolescente grávida

O agregado familiar das adolescentes era, em média, constituído por 4 pessoas. Contudo, verificou-se que a maioria das adolescentes vivia só com o companheiro. No estudo de Figueiredo et al. (2004), 78,2% das adolescentes viviam com a família e 41,6% viviam com a família, sem o companheiro.

O facto da maioria das adolescentes viver só com os companheiros, e da maioria destes trabalhar poderá significar que estes casais reúnem as condições económicas básicas, necessárias para sobreviverem sozinhos, não tendo necessidade de dependência económica da sua família.

10. CONCLUSÃO

Com a presente investigação pretende-se contribuir para o conhecimento e compreensão do fenómeno gravidez na adolescência em Portugal, pelo que se estudou um grupo de adolescentes, com o intuito de verificar a forma como se adaptaram à gravidez e, em que medida, o suporte social recebido contribuiu para essa adaptação.

O estudo do contribuiu para aprofundar conhecimentos nesta área, e permitiu concluir que estamos perante um fenómeno complexo, com factores e repercussões múltiplas a nível biopsicossocial, mas para o qual concorrem características individuais importantes, pelo que cada caso é diferente do outro, devendo ser abordado sempre na primeira pessoa, idiossincraticamente.

O estudo contou com um grupo de 63 adolescentes grávidas, a frequentar a Consulta de Enfermagem de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano e Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/ Vila do Conde. De entre os achados encontrados que se consideram mais preocupantes neste estudo, regista-se o motivo pelo qual as adolescentes deixaram de estudar: a maioria alegou não gostar, ou não ter motivação, outras alegaram necessidades económicas, tendo por isso necessidade de entrar no mundo do trabalho. No que se refere à situação profissional, poucas trabalhavam, contrastando com o companheiro, que maioritariamente trabalhava. Relativamente ao planeamento da gravidez, a maioria não a planeou, contudo registou-se uma boa aceitação, tanto da parte da jovem como do companheiro.

Resumindo, em relação às características sociodemográficas, encontrou-se na população estudada a existência de condições sociais desfavoráveis tais como: baixa escolaridade, desemprego, exclusão do sistema de ensino e emprego, tal como apontam outros estudos (e.g., Almeida, 2007; Carlos, et al., 2007; Figueiredo et al., 2004 & Jongenelen, 1998), actividade sexual precoce e gravidezes não planeadas.

Quando se estudou a percepção do suporte social, este revelou-se muito importante para este grupo de grávidas, sendo a satisfação com a família a mais valorizada, seguida da satisfação com as actividades sociais, a intimidade e só depois a satisfação com os

amigos. Já a adaptação à gravidez, conclui-se que foi razoável, mediante o estudo da escala total da MAMA, mas quando avaliadas as sub-escalas sobressaiu uma melhor adaptação à atitude perante a gravidez e o bebé, seguida da relação conjugal e só depois a atitude perante o sexo, e uma má adaptação à imagem corporal, seguida dos sintomas somáticos.

Quanto à adaptação à gravidez face ao suporte social total, não foi encontrada qualquer relação, mas quando avaliadas em pormenor as sub-escalas, registou-se uma associação entre a satisfação com os amigos e com a intimidade; e as actividades sociais com a atitude perante a gravidez e o bebé. O grupo das adolescentes grávidas solteiras demonstrou uma boa percepção do suporte familiar, amigos e intimidade, mas uma má percepção das actividades sociais, enquanto as casadas apresentaram uma boa satisfação em todas elas.

Outro dado de interesse diz respeito à melhor ou pior adaptação à gravidez, conforme a situação profissional. As adolescentes empregadas e as estudantes adaptaram-se melhor à gravidez, enquanto as desempregadas evidenciaram uma má adaptação. As empregadas revelaram melhor adaptação do que as estudantes. Também se encontraram diferenças quanto à adaptação à gravidez relativamente ao planeamento, ou seja, as adolescentes que planearam a gravidez ajustaram-se melhor à gravidez do que as que não a planearam. Quanto ao estado civil, também as adolescentes solteiras perceberam melhor a satisfação o suporte social em todas as sub-escalas do que as adolescentes solteiras, que tiveram uma má percepção das actividades sociais. Também as adolescentes que planearam a gravidez, tiveram uma melhor adaptação à sua imagem corporal do que as que não planearam a gravidez. A gravidez na adolescência pode surgir como consequência da imaturidade, irresponsabilidade e do pensamento mágico (só acontece aos outros), o adolescente expõe-se com frequência a situações de risco, que por vezes tem como desfecho uma gravidez, em geral não planeada, que altera o seu percurso do desenvolvimento “normal”. A nossa sociedade dita que os jovens, primeiro estudem e tirem um curso, casem e, só depois, tenham um filho, mas quando o projecto para a parentalidade se eleva a um projecto académico ou profissional, uma gravidez na adolescência planeada, pode não ser sempre um fenómeno negativo. Mães adultas com

défices económicos e baixa escolaridade, também têm gravidezes planeadas que, tal como na gravidez na adolescência, também podem contribuir para a perpetuação de um ciclo de pobreza.

Com este trabalho não se pretende apoiar, ou não, a gravidez na adolescência, mas torna-se relevante analisar caso a caso, dada a especificidade de cada uma das situações. Tal como referem Malta, et al. (2007), a precocidade pode ter mais a ver com o contexto em que a gravidez ocorre, do que propriamente com a idade cronológica, dependendo do ponto de vista de quem está a analisar a situação. Concorda-se com Malta et al. (2007) quando diz que uma gravidez planeada significa que a adolescente está preparada para tal, não sendo neste caso necessariamente precoce, por sua vez, uma gravidez não planeada numa mulher adulta pode ser considerada precoce, por acontecer antes do tempo planeado e a mulher ainda não estar preparada para a situação. Assim, é legítimo a comunidade científica e as redes de apoio social se preocuparem com este fenómeno, de forma individual, para melhor compreenderem as circunstâncias em que estas jovens engravidam. Uma concepção negativa e reducionista da parte dos profissionais de saúde acerca da gravidez na adolescência pode constituir restrições e implicações conceptuais no desenvolvimento das adolescentes grávidas. Cada adolescente é um ser singular, necessita de modelos diferentes para situações diferentes, com apenas uma coisa em comum – uma gravidez.

Programas que geram alternativas ao suporte social dirigido à mãe, bem como programas que fortalecem uma rede de suporte social já existente no seu ambiente, nomeadamente apoio que facilite as relações com o companheiro e com a mãe, são de grande importância, visto haver evidências de que um bom suporte social é muito importante para a boa adaptação à gravidez e ao contínuo desenvolvimento normativo da adolescência.

Enquanto profissional de saúde, a coordenar uma consulta de enfermagem de grávidas adolescentes desde 2000, e a prestar cuidados numa sala de partos e internamento de obstetrícia desde 1999, é fácil registar o elevado número de grávidas adolescentes. Cada adolescente apresenta diferentes dificuldades de adaptação à

gravidez. Muitas são oriundas de famílias com múltiplas deficiências socioeconómicas, baixo nível de educação sexual e informação contraceptiva e muito particularmente carentes de apoio afectivo. Surgem cheias de medos, ansiedades e preocupações, como qualquer mulher adulta, mas ao mesmo tempo cheias de expectativas positivas relativamente ao futuro filho, talvez por esperarem que este bebé vá colmatar as suas necessidades afectivas, ao receberem aquilo que não tiveram. Frequentam a consulta de forma sistemática, acompanhadas pelos parceiros ou, caso estes não o possam fazer por trabalharem, vêm acompanhadas pelas mães ou avós.

Apesar dos objectivos propostos terem sido cumpridos, e de se poder fazer um balanço positivo desta investigação, pode-se apontar algumas limitações ao percurso do trabalho. A primeira barreira encontrada foi a resposta aos pedidos às administrações das instituições. Muitas das administrações não deram resposta ao pedido, outras deram respostas negativas, outros, se deram um aval positivo inicialmente, impuseram muitas barreiras burocráticas, que não foram possíveis de ultrapassar e, ainda noutras situações, não se encontraram elos de ligação, na própria instituição, para que fossem distribuídos os questionários à população a estudar. Estes procedimentos difíceis de ultrapassar e morosos dificultaram os timings planeados para o trabalho, bem como condicionaram o número de participantes.

Teria sido interessante que este estudo contemplasse dois grupos diferentes, adolescentes grávidas e grávidas adultas para podermos saber se efectivamente percebem de igual forma o suporte social e a adaptação à gravidez. Atendendo a que este estudo contou com uma população de fracos recursos socioeconómicos, talvez por os dados terem sido recolhidos em hospitais públicos, seria curioso alargá-lo a instituições privadas, onde se encontrariam situações com recursos sociais mais favoráveis e, provavelmente, diferentes situações da percepção do suporte social e adaptação à gravidez. Efectivamente existem muitas situações de gravidezes em adolescentes que deram continuidade aos seus projectos de vida que incluíam um percurso académico superior e profissional.

A revisão da literatura efectuada para suporte desde trabalho permitiu perceber que existem áreas pouco estudadas em Portugal, nomeadamente ao nível de estudos de tipo longitudinal. Por exemplo, e em relação ao tema em estudo neste trabalho, seria pertinente abordar a relação existente entre a qualidade do suporte social percebido aquando da gravidez e a adaptação à mesma, com a avaliação que, anos depois, os mesmos sujeitos fazem da maternidade. Outros estudos, raros no nosso país, mas em tudo pertinentes, seriam estudos de “follow-up” das grávidas adolescentes, por exemplo ao nível da concretização de projectos de vida ou prosseguimento de estudos.

Face a estas considerações para o futuro, em termos da investigação nesta área, concludo com algumas angústias radicadas na prática profissional. Embora este estudo tenha versado sobre a rede de suporte social mais directa às grávidas adolescentes – família e pares/amigos, por limitações metodológicas, relacionadas com o alcance dos instrumentos utilizados, não permitiu perceber a qualidade do suporte social de carácter mais institucional, nomeadamente ao nível do apoio/resposta por parte das escolas e locais de emprego. Perceber a qualidade deste suporte seria de todo pertinente já que o contacto diário com grávidas adolescentes permite concluir que, no nosso país, as escolas ainda carecem de uma intervenção formativa que permita uma maior abertura e amplitude de respostas a esta problemática – não são poucos os casos em que as grávidas adolescentes são convidadas a desistir dos percursos formativos. Outra questão, que tenuamente aparece abordada neste estudo, está relacionada com a afectividade destas adolescentes. Os diálogos que diariamente se estabelecem no serviço de obstetrícia desvendam carências profundas a este nível, pelo que seria importante perceber se existe alguma relação entre esta carência e a gravidez na adolescência, isto é, se a pode potenciar, e se a mesma tem reflexos nos mecanismos adaptativos à gravidez e à maternidade. No âmbito da problemática deste estudo - gravidez na adolescência, suporte social e adaptação à gravidez, a investigação ainda muito pode contribuir para a definição de estratégias de intervenção, quer preventivas, quer em relação à intervenção psicossocial que melhor possa contribuir para processos adaptativos à gravidez na adolescência.

11. BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alarcão, M. (2000). Escola-família: Diálogos e monólogos em torno das dificuldades do aluno/filho. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp.469-502). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares. Uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M., & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: Do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Almeida, J. (2007). *Adolescência e maternidade* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi.
- Bernardo, P. (1997). Gravidez na adolescência: Factores psicológicos. *Revista Saúde Amato Lusitan*, 2, 54-56.
- Blos, P. (1998). *Adolescência - Uma interpretação psicanalítica* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bobak, I., Lowdermilk, A., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência.
- Bowlby, J. (1979). *The making and affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- Bowlby, J. (1980). *Attachement and loss, sadness and depression*. NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1984). *Attachement and loss* (vol.1). (2^a ed.). Harmondsworth: Penguin Books.
- Boulevard, L. (2006). Adolescent pregnancy. *Pediatric child health*, 11(4), 243-246.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Brown, J., L'Engle, K., Pardun, C., Guo, G., & Kenneavy, K. (2006). Sex media matter: Exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescent's sexual behavior. [versão electrónica]. *Pediatrics*, 117, (4), 1017-1028.
- Brazelton, T., & Cramer B. (1989). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. (2001). Gravidez e maternidade: perspectivas teóricas. In C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da Maternidade* (pp.323-358). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. (2006). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., & Morgado, M. (2003). A adolescência, a mulher e a SIDA, *IX Congresso virtual HIV/AIDS. A mulher e a infecção HIV/SIDA*, congresso net Portugal. Consultada a 30 de Outubro de 2008, em, <http://www.aidscongress.net/pdf/176.pdf>

- Carlos, A. I., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, & C. Bentes, M.H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2 (25), 183-194.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar* (ed.) São Paulo: Artmed.
- Carvalho, A., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez - auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In I. Leal, (2ª ed.) *Adolescência e Gravidez* (p.45-68). Lisboa: Fim de Século.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005). Versão I: Internacional Council.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, (5), 300-314.
- Coley, R., & Chase-Lansdale, P. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidency and future directions. *American Psychology*, 53, 152-166.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cohen, S. (2004). Social relations and health. *American Psychologist*, 59 (8). 676-684.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez parto e pós-parto, *Análise Psicológica* 3 (15), 381-398.
- Cordeiro, J. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Editora Salamandra.
- Correia, M. J. (1995). A Carla ficou grávida! E agora? A família inserida na sociedade actual: «exigências» de adaptação. *Análise Psicológica*, 1-2 (13), 47-51.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (16), 365-371.

- Correia, M. J. (2000). No mar de emoções: Ser mãe adolescente. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 13-16.
- Correia, M., & Alves, M. (1990). Gravidez na adolescência: o nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (8), 429-434.
- Correia, M. J., & Sereno, S. (2007). O lado masculino a gravidez na adolescente. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 40/41, 17-29.
- Costa, E., & Leal, I. (2005). Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (23), 247-260.
- Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (22), 55-64.
- Couto, A. (1994). *Crenças e representações da gravidez na educação para a saúde*. Dissertação de Mestrado não Publicada, Universidade de Ciências Humanas e Sociais: Lisboa.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four wave panel study. [versão electrónica]. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Crespi, F. (1997). *Manual de sociologia da cultura*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Cuche, D. (1999). A noção de cultura nas ciências sociais. Lisboa: Fim de século.
- Cunha, A., & Monteiro, D. Bastos, A. (1998). Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. In D. Monteiro, A. Cunha, & A. Bastos, (Ed.). *Gravidez na Adolescência (31-55)*. Rio de Janeiro: Revinter Lda.
- Cunha, F. (2004). *A (in)formação da gravidez na adolescência: Contributos da supervisão na educação para a saúde*. Dissertação de Mestrado não Publicada, Universidade de Aveiro.

- Cutsem, V. (2004). *A família recomposta, entre o desafio e a incerteza*. Instituto Piaget: Lisboa.
- Lei nº 9/2009 de 4 de Março (2009). Transposição para a ordem jurídica interna pela Directiva nº 2005/36/CE do Parlamento e do Conselho Europeu.
- Demographic Yearbook 2006 (2008). *Fifty-eighth issue/Cinquant-huitième édition*. Unit Nations: New York. Consultado a 23 de Outubro de 2008, em <http://unstats.un.org/unsd/Demographic/products/dyb/dyb2006.htm>
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4, (25): 625-634.
- Dunst, C., & Trivette, C (1990), Assesment of social support in early intervention programs In S. Meisels, & J. Shonkoff. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- East, P., Khoo, S., & Reyes, B. (2006). Risk and protective predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10 (4),188-199. Consultado a 12 de Setembro de 2008, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a783720550~db=all~order=page>
- Elis, B., Dodge, K., Fergusson, D., Horwood, L., Pettit, G., & Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 74(3), 801-821. Consultado a 12 de Setembro de 2008, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=14842566>
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the cycle*. New York: W: W. Norton & Company.

- Fabião, J. (2001). *Adolescentes grávidas: Vidas em desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, não Publicada, Instituto Abel Salazar. Porto.
- Falter, E. (2001). *A comprehensive review of programs and resources schools has to assist pregnant parenting adolescents*. [versão electrónica]. University of Wisconsin: Master of Science Degree.
- Faria, P., & Lerenó, I. (1996). Mães adolescentes, alguns aspectos da sua inserção social. *Revista Epidemiológica*, 10 (supl.4), 9-14.
- Fenwick, E. & Smith, T. (1993). *Adolescência - Um valioso guia para os pais e adolescentes*. Lisboa: Artes gráficas.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp.347-380). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2000a). Maternidade na adolescência: consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (18), 485-498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 3, 221-238.
- Figueiredo, B., Mendonça, M., & Sousa, R. (2004a). Versão portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & doenças*, 5 (1), 31-51.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Margarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 97-125.

- Figueiredo, B. Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes na consulta externa de grávidas adolescentes na Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 a 2003. *Análise Psicológica*, 22 (3), 551-571.
- Figueiredo, B. Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas. Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Porto*, 18, 97-105.
- Fischer, G. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Instituto Piaget: Divisão editorial.
- Fleming, M. (2003). O risco de não correr risco nenhum...impasses no desenvolvimento psíquico adolescente. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 24, 97-105. Editora Afrontamento.
- Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia*. (3ª Ed.) Porto: Afrontamento.
- Fonseca, A. (2004). *A psicologia da infância e da adolescência*. (2ª Ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, H., & Lourenço, C. (1993). Trabalho com mães adolescentes. Uma experiência. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 24 (4), 293-295.
- Fonseca, P., Borges, T., Macedo, C., & Lima, A. (2001). O que os adolescentes pensam e sabem da sexualidade? *Nascer e Crescer*, 10 (3), 143-147.
- Freud, S. (2001). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Lisboa: Coleção Vida e Cultura.
- Frade, A., Marques, A. M., Alberca, C., & Vilar, D. (1996). *Educação sexual na escola. Guia para professores, formadores e educadores* (2ª Ed.). Texto Editora.
- Gailamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Gonzalez, B., & Bouris, A. (2008). A conceptual framework for analysis of risk and problem behaviors: The case of adolescent sexual behavior. [versão electrónica]. *Social Work Research*, 32 (1).

- Garret, S., & Tidwel, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. [versão electrónica]. *Adolescence*, 34(3), 91-105.
- Gil, M., & Lucas, P. (1998). A maternidade na adolescência num contexto de abuso sexual na família. *Análise Psicológica*, 3 (16), 385-392.
- Gonçalves, J., Carvalho, P., & Teles, L.(1996). A gravidez na adolescência – Análise retrospectiva de dois anos (1994-1995). *Revista de Obstetrícia-Ginecologia*. 19(9), 330-335.
- Gonçalo, M. I. (2002). A mãe-menina. *Nursing*, 172, 10-15.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Inquérito à fecundidade familiar: Resultados definitivos 1997. Gabinete de Estudos Demográficos: Lisboa. Consultado a 13 de Outubro de 2008, em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=inepublicacoes&PUBLICAOESpubboui=133771&PUBLICACOES tema=55466&PUBLICACOES modo=2>
- Instituto Nacional de Estatística (2007). Estatística Demográfica 2005. Consultado a 13 de Outubro de 2008, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=inep_rincindic&contexto=pi&selTab=tab0
- Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na adolescência: Uniformidade e diversidade na adolescência*. Tese de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia do Porto.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 371-374.
- Justo, J. (1991). A gravidez na adolescência: Uma questão obstétrica que requer a atenção dos psicólogos clínicos. In *Actas de Psicologia Clínica* (pp. 183-197). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.

- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista portuguesa de psicossomática*, 2 (2), 97-147.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães um estudo antropológico da maternidade*. (2ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Klein, J. (2005). Adolescence trends and issues. [versão electrónica]. *Pediatrics*, 116, 281-286.
- Klein, J. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. [versão electrónica]. *American Academy of Pediatrics*, 116 (1), 281-286.
- Laplanche, J., & Pontalis J. B. (2005). *Vocabulário da Psicanálise* (7ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 4 (8): 365-366.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria à prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.
- Leal, I. (2000). Gravidez e maternidade na adolescência. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 23-26.
- Leal, I., & Ourô, A. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não. *Análise Psicológica*, 3(16), 441-446.
- Lederman, R. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. [versão electrónica]. USA: Spring Publishing Company.
- Lener, M., & Galambos, L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs and policies. [versão electrónica]. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.

- Lereno, I. (1992). *Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria à pratica de intervenção*. *Análise Psicológica*, 2 (10), 229-234.
- Lereno, I. Gomes, C., & Faria, P.(1996). *Mães adolescentes: alguns aspectos da sua inserção social*. *Revista de Epidemiologia*, 10 (supl. 4), 9-14.
- Lewis, L., Wade, T., & Lee, C. (2006). Psychosocial risk factors for pregnancy risk-taking in young women in emerging adulthood: Evidence from the Australian longitudinal study on women's health. [versão electrónica]. *Australian Journal of Psychology*, 58 (1), 17-30.
- Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência*. Lisboa: Fim de Século.
- Lourenço, M. (1999). Estou grávida!..não sei se choro, não sei se rio...., *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 21/22, 12-17.
- Maldonado, M. (1989). *Maternidade e paternidade*. Rio de Janeiro: Edições Vozes.
- Malta, I., Roque, O., Duarte, S., & Ventura, S. (2007). Gravidez e maternidade precoces.*Sexualidade & Planeamento Familiar*, 44/45, 8-19.
- Manlove, J. (1998). The influence of high school disengagement on the risk of school-age pregnancy. [versão electrónica]. *Journal of research on adolescence*, 8 (2), 187-220.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de dados com SPSS- primeiros passos* (2ª Ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, M. J. (2005). Conduas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 2 (23), 129-135.

- Matos, M. (1996). Adollescer e delinquir. *Análise Psicológica*, 1 (14): 23-29.
- Matos, M. (2005). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Mead, M. (1985). *Educación y cultura en Nueva Guinea: estudo comparativo de la educación entre los pueblos primitivos*. Barcelona: Paidós.
- Mead, Margaret. (1988). *Sexo e temperamento*. S. Paulo: Editora Perspectiva S.A.
- Mendes, L. (1998). Problematização da gravidez na adolescência no contexto das sociedades ocidentais. *Referência*, 1, 23-26.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Minuchin, S., Fishman, & H. Charles (2005). *Técnicas de terapia familiar* (2ª Ed.). São Paulo: Artmed.
- Monteiro, S., Araújo, A., Oliveira, C., Ramos, M., & Canavarro, M. (2005) O papel das relações com a família de origem e do suporte social na adaptação à transição para a maternidade [versão electrónica]. In (Ed.) *2º Congresso Hispano-Portugues de Psicologia*, 1-21.
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise psicológica*, 1 (21), 47-51.
- Nelas, P. (2004). Suporte social na gravidez adolescente. *Interacções*, 7, 170-184.
- Olausson, P., Haglund, B., Weitof, G., & Cnattingius, S. (2001). Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: A case study in Sweden. [versão electrónica]. *Family Planning Perspectives*, 33 (2), 70-74.
- Ourô, A., Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não. O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3 (16): 441-446.

- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35-59.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 7 (1/2), 8-41.
- Padovan, V. (2005). *Antecedentes de bem-estar no trabalho: Percepções de suportes e de justiça*. [versão electrónica]. Dissertação de Mestrado: Universidade Metodista de São Paulo.
- Pan American Health Organization, World Health (2000). Promotion of sexual health, recommendations for health. Antigua Guatemala. Consultado a 30 de Setembro 2008, em, <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>
- Paukku, M., Quan, J., Darney, P., & Raine T. (2003). Adolescents`contraceptive use and pregnancy history: is there a pattern? [versão electrónica]. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 101 (3), 534-538.
- Pereira, A. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Pereira, A., Canavarro, M.C., Mendonça, D., Cardoso, M. (2003). Factores promotores do ajustamento emocional em jovens durante a gravidez, *Psychologica*, 33, 33-46.
- Pereira, A., Canavarro, M. C., Cardoso, & M. Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparactive study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40 (159), 655-672.

- Pereira, M., Santos, & A. Ramalho, V. (1999), Adaptação à gravidez: um estudo biopsicosocial. *Análise Psicológica*, 17 (3), 583-690.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (2ª Ed.)*. Lisboa: Edições Síbaló, Lda.
- Prior, C., Baía, H, Trindade, M, & Lopes,T. (2001). Conduitas sexuais com risco de gravidez na adolescência. [versão electrónica]. Coimbra: *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 17, 111-138.
- Projecto Lei nº 411/VIII de Março (2001). *Medidas de apoio social às mães e pais estudantes*.
- Ramos, R. (2001). Dificuldade no acesso à contraceção. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 29-32.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. (2000). Psicologia do desenvolvimento e contexto familiar: perspectiva sistémica. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp.435-467). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2006). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In M. Canavarro (2ª Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 435-467). Coimbra: Quarteto.
- Rhodes, J., & Woods, M. (1995). Comfort and conflict in the relationships of pregnancy, minority adolescents: Social support as a moderator of social strain. [versão electrónica]. *Jornal of Commuty Psychology*, 23, 74-84.
- Ribeiro, J. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Porto: Climepsi Editores.

- Ribeiro, J. P. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, saúde & doenças*, 3 (1): 11-22.
- Ribeiro, J. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde* (2ª Ed.). Porto: Legis editora.
- Rodrigues, A. Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados de infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (22), 643-665.
- Rodriguez, M.S., & Cohen, S. (1998). *Social support. Encyclopedia of mental health*. Vol.3, New York: Academic Press.
- Rosa, V., & Lapointe, J. (2004). *Psicologia do comportamento transcultural: uma abordagem antropológica*. Campinas: Alínea.
- Rutman, D., Strega, S., Callahan, M., & Domilelli, L. (2005). “Undeserving” mothers? Practitioner’s - Experiences working with young mothers in/from care. [versão electrónica]. Turner, F. *Social Work Diagnosis*, 98-109.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar*. (6ª Ed.) Porto: Afrontamento.
- Santana, C., Sereno, R., Gomes, Z., Fernandes, I., Dias, H., Figueiredo, A., & Ribeiro, E. (1999). Gravidez na adolescência: Uma análise retrospectiva. *Revista Saúde*, 4: 24-30.
- Santelli, J., Lindberg, L., Finer, L., & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. [versão electrónica]. *American. J. Public Health*, 97, 150-156.
- Santos, M. (2002). Família e sexualidade - narrativas e quotidianos. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 35, 16-19.

- Sarason, I., Levine, H., Basham, & R., Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sardinha, M. J., Mendonça, I., Branco, M.J., & Morna, M. L. (1993). A gravidez na adolescência. [versão electrónica]. *Madeira-Medicina*, 10 (30), 3-17.
- Sarmiento, V. (2002). Famílias e educação sexual nas escolas. Há ainda um longo caminho a percorrer. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 35, 20-22.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- Silva, M. (1992). *A gravidez na adolescência-relevância de intervenção pré natal*. Tese de Doutoramento. Universidade de Medicina de Lisboa.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, A., & Figueiredo, B. (2005) Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-265.
- Singer, J., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, J. Singer (Ed.). *Handbook of psychology and health*, (vol. IV, pp. 269-278) New Jersey: Laurence Erlbaum Associates. Inc., Publishers.
- Smith, D., & Elander, J. (2006). Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15 year old girls. *Psychology Health & Medicine*, 11 (4), 399-410.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: Questões teóricas de investigação. In I. Soares, (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp.11-42). Coimbra: Quarteto.

- Soares, I. (2000a). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações da vinculação. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva, J., (2007). Vinculação e psicopatologia. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 193-240). Braga: Psiquilíbrios.
- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3 (16), 373-384.
- Soares, I., Marques, M., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da adolescência* (pp. 359-449). Coimbra: Quarteto
- Sousa, A. (1998). O trabalho com pais na óptica da formação em educação sexual. *Sexualidade & Planeamento familiar*, 17, 18-19.
- Subtil, C., & Sousa, M. (1994). Gravidez e adolescência. *Crescer*, 3 (3), 179-186.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Turner, J. (1996). *Encyclopedia of relationships across the lifespan*. [versão electrónica]. New London Connecticut: Greenwood Press.

- Vilar, D. (2003). "Mass media" e Sexualidade. *Sexualidade & Planejamento Familiar*, 36, 13-14.
- Vilar, D., & Gaspar, A. (1999). Traços redondos. In J. Pais (Coord.). *Traços e riscos de vida uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis* (pp. 31-91). Porto: Âmbar.
- Xarepe, F. (1990). A gravidez na adolescência, aspectos sociais. *Análise Psicológica*, 4(8): 435-437.
- World Health Organization (2000). *Young People's Health a challenge for society*. Consultado a 12 de Junho de 2008, em <http://whqlibdoc.who.int/trs/HOTRS731.pdf>
- World Health Organization (2004). Adolescent Health and Development. In *Nursing and Midwifery Education: Geneva*. Consultado a 12 de Junho de 2008, em, http://www.who.int/reproductive-health/docs/adolescent_health_dvpt_in_nursing_midwiferyeducation.pdf
- Wahn, E. (2007). *Teenage Childbearing in Sueden. Support from social Network and Midwife*. Stockholm: Karolinska Institut. Consultado a 12 de Junho de 2008, em <http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-289-7/thesis.pdf>
- Walín, E. (2007). *Teenage childbearing in Sueden. Support from social network and midwife*. [versão electrónica]. Stockholm: Karolinska Institut.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed), *Doing unto others* (pp.17-26). Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.

APÊNDICES

Apêndice 1:

Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

I. A adolescente

1. Idade:.....
2. Idade gestacional:.....semanas
3. Estado civil:
 - Solteira
 - Casada/em união de facto
 - Outro
 - Vive com o pai do bebé: Sim Não
 - Mora com um companheiro, que não é o pai do bebé: Sim Não
 - Se mora há quanto tempo:.....
4. Habilitações literárias:.....ano
 - De momento está a estudar? Sim Não
 - Se não está a estudar há quanto tempo abandonou os estudos:.....
 - porquê?.....
5. Situação profissional:
 - Empregada: Sim Não
 - Se trabalha qual a profissão que exerce.....
 - Se não trabalha actualmente, alguma vez trabalhou? Sim Não
 - Se já trabalhou, porque deixou?.....
6. Com quantos anos teve a 1ª menstruação?.....
 - Com quantos anos iniciou actividade sexual?.....
 - Esta gravidez foi planeada? Sim Não
 - Se não foi, como a aceitou?
 - Mal
 - Bem
 - Muito bem

II. Pai do bebé:

1. Idade:.....
2. Habilitações literárias:.....ano
3. Profissão:.....
4. Estado civil:
 - Solteiro
 - Casado/união de facto
 - Divorciado/separado
 - Outro
5. Tem conhecimento desta sua gravidez? Sim Não
6. Se tem conhecimento, como reagiu?
 - Rejeitou
 - Mal
 - Bem
 - Muito bem

III. Pai da adolescente

1. Idade:.....
2. Habilitações literárias:.....ano
3. Profissão:.....

IV. Mãe da adolescente

1. Idade:.....
2. Habilitações literárias:.....ano
3. Profissão:.....

V. Pais da adolescente

1. Estão casados ou vivem em união de facto? Sim Não
2. Estão separados ou divorciados? Sim Não
3. Algum dos dois já faleceu? Sim Não
 - Se sim, qual, e há quanto tempo?.....

VI. Composição do agregado familiar (com quem vive):.....

Apêndice 2:

Escala de Satisfação com o 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	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

Apêndice 3:

Escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

MAMA*

Figueiredo, Mendonça, & Sousa (2004)¹²
Departamento de Psicologia. Universidade do Minho
Instituto Nacional de Estatística

Pretendemos saber como se sentiu durante este último mês. Se algumas das situações propostas não ocorreram no mês passado, responda como se a questão se referisse ao seu estado actual.

Em cada uma das questões seguintes, faça um círculo em torno da resposta que melhor corresponde ao seu caso. Por favor, não se esqueça de responder a todas as perguntas.

Eis alguns exemplos de perguntas completadas:

"Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?"
Nunca
Raramente
às vezes
Muitas vezes

"Sentiu orgulho na sua aparência física?"
Muitíssimo
Muito
Um pouco
De forma alguma

Toda a informação que nos fornecer é inteiramente confidencial.

Neste último mês

1. Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?	Muitas vezes Às vezes Raramente Nunca
2. Sentiu-se atraente?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
3. Existiu tensão entre si e o marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
4. Transpirou muito?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
5. Desejou sexualmente o marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
6. Vomitou?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
7. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
8. Alguma vez as discussões entre si e o marido/companheiro quase atingiram a agressão física?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca

¹ É proibida a utilização deste instrumento de avaliação sem a autorização expressa dos autores. O pedido de autorização deverá ser efectuado em formulário próprio solicitado e posteriormente remetido a:

Bárbara Figueiredo
Instituto de Educação e Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4700-320 Braga
bbfi@iep.uminho.pt

² Figueiredo, B., Mendonça, M., & Sousa, R. (2004). Validação da versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) [Portuguese validation of the Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)]. *Revista Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1), 31-51

9. Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
10. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
11. Pensou que o marido/companheiro a desejava sexualmente?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
12. Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
13. Desejou de ter relações sexuais?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
14. A ideia de não ter tempo suficiente para si, quando o bebé nascer, preocupou-a?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
15. Foi fácil para si demonstrar afecto ao marido/companheiro	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
16. Lamentou estar grávida?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
17. Sentiu formigueiro ou picadelas nos seios?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
18. Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
19. Agradou-lhe a forma do seu corpo?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
20. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
21. Achou a sua cara atraente?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
22. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
23. Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé ?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
24. Tem-se sentido feliz por estar grávida?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
25. Sentiu prazer em beijar e acariciar?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
26. O marido/companheiro ajudou-a na lida da casa?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
27. Teve problemas de obstipação ou de prisão ventre?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes

28. Tem pensado em ter mais filhos?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
29. Estar grávida foi desagradável para si?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
30. Perguntou a si própria se as relações sexuais poderiam magoar o bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
31. Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
32. Sentiu-se cheia de energia?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
33. Os seus tornozelos incharam?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
34. Sentiu que o marido/companheiro lhe prestou pouca atenção?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
35. Sentiu-se bem desperta, durante o dia?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
36. O marido/companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
37. O marido/companheiro tentou participar nos seus interesses?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
38. Teve problemas de má digestão ou azia?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
39. Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
40. Tem tido prazer nas pequenas coisas relativas ao bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
41. Sentiu náuseas ou enjoos?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
42. Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
43. Sentiu que o marido/companheiro saía demasiadas vezes sem si?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
44. Sentiu orgulho na sua aparência física?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
45. Sentiu que se excitava sexualmente com facilidade?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
46. Tem tido fantasias sexuais agradáveis?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca

47. Sentiu o seu corpo suave e macio?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
48. Desde que está grávida, sentiu-se próxima do marido/companheiro?	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes
49. Sentiu o seu corpo desajeitado ou sem graça?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
50. Sentiu vontade de abraçar e acariciar o marido/companheiro?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
51. Tem perguntado a si própria se o bebé é saudável e normal?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
52. O marido/companheiro tem demonstrado afecto por si?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
53. Achou a sua constituição física frágil ou débil?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
54. Pensou que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
55. Achou os seus seios atraentes?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
56. Desejou poder contar mais com o marido/companheiro para cuidar de si?	Muitas vezes às vezes Raramente Nunca
57. Achou-se demasiado gorda?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
58. Tem desejado ter relações sexuais?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo
59. Tem comido com prazer?	Muitíssimo Muito Um pouco De forma alguma
60. Agrada-lhe a ideia de amamentar o bebé?	De forma alguma Um pouco Muito Muitíssimo

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração.



Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

escala de avaliação da satisfação com o suporte social

2 mensagens

Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

14 de abril de 2008 18:26

Para: jlpr@fpce.up.pt

Exmo Sr Professor Pais Ribeiro

Sou, Manuela Pinho, aluna do Mestrado em Psicologia da Saude na Universidade Fernando Pessoa. A temática que estou a estudar é "o Suporte Social na Adaptação à Gravidez na Adolescencia" Durante as minhas pesquisas bibliograficas, nos trabalhos do Professor, tomei conhecimento da "Escala de Avaliação da Satisfação com o Suporte Social", que se enquadram no contexto que presentemente estudo. Venho assim, solicitar a autorização do Professor, para a utilização do referido instrumento, bem como os respectivos sistemas de cotação, para utilizar na temática da minha Tese.

Grata pela atenção dispensada, aguardando uma resposta
Os meus respeitosos cumprimentos
Manuela Pinho

manuela.pinho@gmail.com

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

15 de abril de 2008 13:40

Para: Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

Autorizo a utilização da escala pedida abaixo

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile/cell phone 🇵🇹 (351) ~~914445500~~
<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

Apêndice 4:

Pedidos de autorização aos autores das Escalas



Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

escalas de avaliação

2 mensagens

Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

26 de março de 2007 14:19

Para: bbfi@iep.uminho.pt

Ex ma Sra Professora Bárbara Figueiredo

Chamo-me Manuela Pinho, e frequento o Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Fernando Pessoa.

Actualmente encontro-me a realizar a tese na área da gravidez na adolescência.

Tem sido com grande agrado que tenho vindo a ler artigos da Professora acerca desta temática, os quais me têm ajudado nos meus trabalhos e profissionalmente.

No II Congresso da Qualidade de Vida, realizado na Escola Superior de Enfermagem de S. João, tive o prazer de conhecer pessoalmente a Professora, altura em que tive oportunidade de trocar algumas impressões sobre este assunto, que pretendo pesquisar na minha tese.

Nos trabalhos da Professora, tomei conhecimento de escalas de avaliação, sendo que, duas se enquadram no contexto que presentemente estudo o "suporte social e a adaptação à gravidez".

Venho assim, solicitar a autorização da Professora, para a utilização das seguintes instrumentos, bem como os respectivos sistemas de cotação:

- Self-Evolution and Social Support (SESS)
- Maternal Adjust and Atitudes Inventory (MAMA).

Grata pela atenção dispensada, aguardando uma resposta
Manuela Pinho

manuela.pinho@gmail.com

bbfi@iep.uminho.pt <bbfi@iep.uminho.pt>

28 de março de 2007 13:03

Para: Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

Cc: pelikanorosa@gmail.com

Cara Manuela

Obrigada pelo seu email. Poderei providenciar-lhe o MAMA, mas quanto ao suporte social trata-se de uma entrevista que obriga a formação.

abraço

Bárbara Figueiredo
(Professora Associada)

Citando Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>:

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Apêndice 5:

Respostas dos autores das Escalas aos pedidos de autorização



Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

Professora Bárbara Figueiredo

1 mensagem

Professora Bárbara Figueiredo <pelikanorosa@gmail.com>
Para: manuela.pinho@gmail.com

30 de março de 2007 10:25

Cara colega,

Em resposta ao pedido que nos foi dirigido, junto enviamos os instrumentos solicitados, bem como os respectivos artigos de validação. Agradecemos o interesse que manifestou no nosso trabalho e desde já nos disponibilizamos para qualquer esclarecimento suplementar.

Braga, 30 de Março de 2007

Com os meus melhores cumprimentos,


Bárbara Figueiredo
(Professora Associada)

Instituto de Educação e Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga

Tlf.: 253 604223
Fax: 253 604221
E-mail: pelikanorosa@gmail.com
bbfi@iep.uminho.pt

2 anexos

 **MAMA.pdf**
91K

 **Versão portuguesa do mama.pdf**
66K



Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

escala de avaliação da satisfação com o suporte social

2 mensagens

Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

14 de abril de 2008 18:26

Para: jlpr@fpce.up.pt

Exmo Sr Professor Pais Ribeiro

Sou, Manuela Pinho, aluna do Mestrado em Psicologia da Saude na Universidade Fernando Pessoa. A temática que estou a estudar é "o Suporte Social na Adaptação à Gravidez na Adolescencia" Durante as minhas pesquisas bibliograficas, nos trabalhos do Professor, tomei conhecimento da "Escala de Avaliação da Satisfação com o Suporte Social", que se enquadram no contexto que presentemente estudo. Venho assim, solicitar a autorização do Professor, para a utilização do referido instrumento, bem como os respectivos sistemas de cotação, para utilizar na temática da minha Tese.

Grata pela atenção dispensada, aguardando uma resposta
Os meus respeitosos cumprimentos
Manuela Pinho

manuela.pinho@gmail.com

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

15 de abril de 2008 13:40

Para: Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

Autorizo a utilização da escala pedida abaixo

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile/cell phone 🇵🇹 (351) ~~912121212~~
<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

Apêndice 6:

Pedidos às Comissões Éticas e Administrações das Instituições
Hospitalares

Porto, 10 de Fevereiro de 2008

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Maria Manuela Padrão Pinho, no âmbito da sua Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, intitulado “O suporte social na adaptação à gravidez na adolescência”, vem solicitar a autorização para a realização do estudo sobre o Suporte Social e a adaptação da adolescente à gravidez, orientado pela Doutora Isabel Silva da Universidade Fernando Pessoa.

Para se proceder à investigação, torna-se necessário realizar um questionário a grávidas com idades até aos 19 anos. O questionário deverá decorrer durante as consultas das jovens. Estas deverão ser previamente informadas, acerca dos objectivos do estudo e da confidencialidade dos dados recolhidos, bem como deverão assinar uma declaração de consentimento informado, autorizando na sua participação, no estudo em questão.

Segura de que V. Exas. tomarão em consideração a referida proposta, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

De: Administração [mailto:administracao@mjd.min-saude.pt]
Enviada: segunda-feira, 21 de Abril de 2008 8:46
Para: direnf@mjd.min-saude.pt
Assunto: FW: pedido de autorização de estudo

De: Manuela Pinho [mailto:manuela.pinho@gmail.com]
Enviada: sexta-feira, 18 de Abril de 2008 21:09
Para: administracao@mjd.min-saude.pt
Assunto: pedido de autorização de estudo

Povoa de Varzim, 15 de Abril 2008

Ex mo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
da Maternidade Júlio Dinis

Maria Manuela Padrão Pinho, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetricia, no âmbito da sua Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, orientado pela Doutora Isabel Silva da Universidade Fernando Pessoa, vem novamente, averiguar a disponibilidade para a aplicação do um questionário para o estudo do Suporte Social e a Adaptação da Adolescente à Gravidez. Esta autorização fora já solicitada a Vças Exas tendo-me sido recusada pela grande afluência de estudos nesse período.

O questionário deverá ser aplicado durante as consultas das jovens com idades até aos 19 anos Estas deverão ser previamente informadas, acerca dos objectivos do estudo e da confidencialidade dos dados recolhidos, bem como deverão assinar uma declaração de consentimento informado, autorizando na sua participação, no estudo em questão.

Segura de que V. Ex as. tomarão em consideração a referida proposta, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Manuela Pinho

manuela.pinho@gmail.com



Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>

pedido de autorização

1 mensagem

Manuela Pinho <manuela.pinho@gmail.com>
Para: administracao@hpamerico.min-saude.pt

15 de abril de 2008 18:14

Povoa de varzim, 15 de Abril 2008

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Padre Américo

Maria Manuela Padrão Pinho, no âmbito da sua Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, intitulado "O suporte social na adaptação à gravidez na adolescência", vem solicitar a autorização para a realização do estudo sobre o Suporte Social e a adaptação da adolescente à gravidez, orientado pela Doutora Isabel Silva da Universidade Fernando Pessoa.

Para se proceder à investigação, torna-se necessário realizar um questionário a grávidas com idades até aos 19 anos. O questionário deverá decorrer durante as consultas das jovens. Estas deverão ser previamente informadas, acerca dos objectivos do estudo e da confidencialidade dos dados recolhidos, bem como deverão assinar uma declaração de consentimento informado, autorizando na sua participação, no estudo em questão.

Segura de que V. Exas. tomarão em consideração a referida proposta, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Manuela Pinho

manuela.pinho@gmail.com

Apêndice 7:

Respostas aos pedidos das Comissões Éticas Administrações
das Instituições Hospitalares

ULSM 15-01/08 0163

Exma. Senhora
Maria Manuela Padrão Pinho
Rua João Penha nº38 4º andar
4490-643 Póvoa de Varzim

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência
	18/11/2007	DGRHGD/CMC

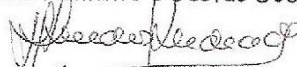
Assunto: Pedido de autorização para a realização de projecto de investigação: "O suporte social na adaptação à gravidez na adolescência"

Na sequência da carta de V. Exa., referente ao assunto mencionado em epígrafe, e na sequência do despacho do Sr. Vogal Administrativo do Conselho de Administração, de 11 de Janeiro de 2008, informa-se que o estudo se encontra autorizado nos termos definidos pela Comissão Ética o qual se transcreve:

"Avaliado o pedido decidiu-se nada opor à sua realização, desde que o consentimento informado seja assinado apenas pelo encarregado de educação nos menores de 16 anos, pelo encarregado de educação e pelo próprio entre os 16 anos e 18 anos e apenas pelo próprio nos maiores de 18 anos"

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Departamento de Gestão de
Recursos Humanos e Gestão Documental


(Maria de Lurdes Andrade)



CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

CENTRO HOSPITALAR
P.V. / V.C.
* ENTRADA *
DATA 19. DEZ 2007



Ministério da Saúde

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

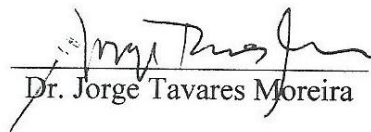
A Comissão de Ética em reunião extraordinária efectuada na presente data, apreciou o pedido formulado pela Enfermeira Maria Manuela Padrão Pinho, para realização de um estudo sobre o Suporte Social e a adaptação da adolescente à gravidez, a levar a cabo na consulta das grávidas com idades até aos 19 anos.

Após análise do projecto de estudo, esta Comissão considera não haver qualquer objecção do ponto de vista ético à realização do referido trabalho de investigação.

Entendemos porém que deverá ter o conhecimento e o aval do Director do Serviço de Obstetrícia.

Póvoa de Varzim, 19 de Dezembro de 2007.

Pel'A Comissão de Ética


Dr. Jorge Tavares Moreira

*Resolução aprovada
de Com. de Ética
solicito aprovação
& autorização do
Director Serv. de
Urb. / Ginecologia
do
20/12/07*

Dr. Torcato Santos
Presidente do C. A.



CENTRO HOSPITALAR

PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

CENTRO HOSPITALAR
P.V. / V.C.

* ENTRADA *

DATA 09/JAN 2008

Informações
para o Conselho de Administração
10/1/2008
Ministério da Saúde
Dr. Torcato Santos
Presidente do C. A.

Ao Exmo.

Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila Conde

Joaquim Rodrigo, na qualidade de Director do Serviço de Obstetrícia / Ginecologia, deste Centro Hospitalar, após apreciar pedido formulado pela Enfermeira Maria Manuela Padrão Pinho, não vê qualquer inconveniente para o Serviço, na realização do estudo solicitado, sendo iniciativa merecedora de apoio e regozijo para o Serviço.

Póvoa de Varzim, 09 de Janeiro de 2008

O Director do Serviço de Ginecologia / Obstetrícia



Dr. Joaquim Rodrigo

Apêndice 8:

Consentimento Informado

Consentimento Informado
O suporte social na adaptação à gravidez na adolescência

Eu, _____ abaixo-assinado,
_____ representante legal
de _____, fui
informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a analisar
se existe uma relação entre o suporte social e a adaptação à gravidez na
adolescência.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos
participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a
participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer
perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento
no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico,
garantindo o anonimato. Assinatura do representante
legal _____

Data: _____

O investigador responsável: Maria Manuela Padrão da Silva Barbosa Pinho

Consentimento Informado
O suporte social na adaptação à gravidez na adolescência

Eu, _____ abaixo-assinado,

informado de que o estudo de investigação acima mencionado, se destina a analisar se existe uma relação entre o suporte social e a adaptação à gravidez na adolescência.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura, _____

Data: _____

O investigador responsável: Maria Manuela Padrão da Silva Barbosa Pinho