



UC/FPCE\_2009

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes**

Raquel Sofia Antunes Pires (pires.rsa@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, na área Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

**Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes**

Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de gravidez na adolescência. A visibilidade deste fenómeno e o investimento no seu estudo têm sido progressivamente crescentes, bem como a cada vez maior valorização da sua componente psicológica, não só no que respeita à sua etiologia, como ao seu impacto.

No presente estudo, propusemo-nos a averiguar a influência das variáveis sociodemográficas e relacionais na etiologia da gravidez na adolescência e no ajustamento socioemocional das jovens em estudo, definido em termos de sintomatologia depressiva e qualidade de vida.

A **amostra** incluiu um grupo de grávidas adolescentes (N = 38) e um grupo de referência constituído por adolescentes sem história de gravidez (N = 38), equivalentes quanto à idade.

Os **resultados** revelaram um maior risco de ocorrência de gravidez em função de características sociodemográficas e relacionais passadas mais desvantajosas, como menores níveis socioeconómicos e educacionais, exclusão do sistema de emprego e maior proveniência de zonas rurais, maior frequência de familiares com história de gravidez na adolescência, maior número de mães inactivas profissionalmente (domésticas) e menor suporte emocional percebido nas práticas educativas parentais, particularmente por parte da mãe. As grávidas adolescentes da nossa amostra apresentaram melhores resultados nos indicadores de ajustamento socioemocional do que os seus pares sem história de gravidez. Registaram-se diferenças nos factores de vulnerabilidade e protecção de cada grupo, sendo o contexto relacional actual o mais influente no grupo de grávidas adolescentes. Estes resultados contribuem para reforçar a concepção da gravidez na adolescência enquanto fenómeno multideterminado e com resultados desenvolvimentais muito diversos, e permitem delinear algumas sugestões ao nível da prevenção deste acontecimento e da intervenção junto das jovens que engravidam.

**Palavras chave:** gravidez; adolescência; características sociodemográficas; contextos relacionais; etiologia; ajustamento.

**Contribution for the comprehension of etiology and impact of adolescent pregnancy: The influence of sociodemographic and past and present relational variables in the adjustment of a group of pregnant adolescents.**

Portugal is among the European Union countries with higher rates of adolescent pregnancy. The phenomenon's visibility and the investment in its study has been progressively increasing, as the appreciation of its psychological component, not only regarding its etiology but also its impact.

In the present study, we intended to investigate the influence of sociodemographic and relational variables in the etiology of teenage pregnancy and in the adolescent's adjustment, defined in terms of depressive symptoms and quality of life.

The **sample** included a group of pregnant adolescents (N = 38) and a reference group consisting of adolescents without pregnancy history (N = 38), equivalent in age.

The **results** revealed a greater risk for pregnancy in terms of more disadvantageous sociodemographic and past relational characteristics, as lower socioeconomic and educational levels, exclusion of employment system and provenience from rural areas, greater frequency of family history of adolescent pregnancy, largest number of professionally inactive mothers (domestic) and less emotional support perceived in parental educational practices, particularly by the mother. The pregnant adolescents in our sample showed better results in the adjustment indicators than their peers without pregnancy history. There were differences in the vulnerability and protection factors of each group, being the current relational context the most influential in the group of pregnant adolescents. These results help to clarify the concept of adolescent pregnancy as a phenomenon with multiple causes and with very different developmental outcomes, and to outline some suggestions for the prevention of this event and for intervention with young women who become pregnant.

**Key Words:** pregnancy, adolescence, sociodemographic characteristics, relational contexts; etiology; adjustment.

## Agradecimentos

A todos agradeço o suporte instrumental e emocional que me prestaram, com o compromisso de que não o esquecerei.

Às **adolescentes** que se disponibilizaram a participar nesta investigação, pela disponibilidade e cooperação.

Às **instituições** que proporcionaram a recolha da amostra do presente estudo, pela abertura e compreensão.

À **Professora Doutora Maria Cristina Canavarro** pelo investimento, pelas expectativas, pela confiança transmitida e pelas oportunidades, pela segurança e pelo esforço de organização e apoio, pela tolerância.

À **Ana** e à **Bárbara**, pela orientação, pela ajuda, pela disponibilidade incondicional e incansável, pelo que aprendi e pelo que ganhei, que foi tanto.

À **Dr.ª Anabela Pedrosa**, pela preocupação, disponibilidade e ajuda.

Ao **Doutor Marco Pereira**, pelos conhecimentos e pela orientação, pelo esforço incansável e pelo cuidado das revisões, pela disponibilidade, que foi tanta.

Aos **meus pais**, compreensivos e tolerantes, apoiantes e base segura. Porque acreditam em mim e porque querem o melhor.

Aos **meus amigos em geral**, pela compreensão da ausência e apoio.

Aos **amigos** com quem partilhei momentos de trabalho, de esforço e desespero, vitória e alívio, porque sem eles não teria conseguido. Uma palavra especial para a Ana, a Bruna, a Joana, o Zé, a Patrícia, as Marianas, a Sylvie, a Cátia e a Banetxi, pelas horas de trabalho partilhadas nestes meses, pela companhia, pela amizade.

À **minha segunda família**, a quem devo a alegria deste ano, a cumplicidade, o apoio, o ombro amigo e o incentivo, as alegrias de momentos que nos constroem como pessoas, o sonho, a magia, o meu lugar no mundo.

À **Marta**, pelo momento oportuno do apoio, por aquelas horas de trabalho, cansaço e insónia partilhadas, pela força que me deu estar ali. Se não fossem esses dias, não sei como teria sido. Foram o meu ponto de viragem.

Ao **João**, pelo ombro amigo, compreensivo e atento, pela cumplicidade e pelos sorrisos, pelas gargalhadas. Pelo incentivo, por acreditar em mim, por ser a minha terra firme quando precisei, por me ter ajudado a levantar e caminhar este percurso, e muitos outros. Porque estiveste sempre lá.

# Índice

## Introdução

<b>I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)</b>	<b>1</b>
1. Perspectiva desenvolvimental da gravidez na adolescência	1
2. Etiologia da gravidez na adolescência e condições associadas	1
2.1 Factores individuais	2
2.2 Factores relacionais familiares	3
2.3 Factores sociais	6
3. Consequências e trajectórias desenvolvimentais da gravidez na adolescência: (In)adaptação	7
3.1 Percurso educativo/profissional e nível socioeconómico	8
3.2 Ajustamento socioemocional e adaptação à gravidez e à maternidade	8
3.2.1 Factores individuais	11
3.2.2 Factores relacionais	12
3.2.2.1 Estrutura familiar	12
3.2.2.2 Factores relacionais passados	12
3.2.2.3 Factores relacionais presentes	15
3.2.3 Factores sociais	16
<b>II – Objectivos</b>	<b>17</b>
<b>III – Metodologia</b>	<b>19</b>
1. Caracterização da amostra	20
2. Instrumentos	23
3. Procedimentos de investigação	27
4. Procedimentos estatísticos	28
<b>IV – Resultados</b>	<b>28</b>
<b>V – Discussão</b>	<b>39</b>
<b>VI – Conclusões</b>	<b>53</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 1</b>	<b>59</b>

## Índice de quadros

<b>Quadro 1.</b> Características sociodemográficas do grupo clínico e do grupo de referência	21
<b>Quadro 2.</b> Características reprodutivas do grupo clínico	22
<b>Quadro 3.</b> Constituição do agregado familiar na infância	29
<b>Quadro 4.</b> Variáveis relacionais familiares avaliadas pelo EMBU: Comparação das práticas educativas parentais nos dois grupos (Teste t de Student)	30
<b>Quadro 5.</b> Ajustamento socioemocional: Correlações entre medidas (Correlação de Pearson)	30
<b>Quadro 6.</b> Ajustamento socioemocional (GA) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Pearson)	33
<b>Quadro 7.</b> Ajustamento socioemocional (ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Pearson)	34
<b>Quadro 8.</b> Contexto relacional actual (qualidade das relações actuais GA) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)	35
<b>Quadro 9.</b> Contexto relacional actual (apoio social percebido pelas ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)	35
<b>Quadro 10.</b> Contexto relacional actual (qualidade das relações actuais ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)	36
<b>Quadro 11.</b> Ajustamento socioemocional (GA) em função dos contextos relacionais actuais (Correlação de Spearman)	37
<b>Quadro 12.</b> Ajustamento socioemocional (ASHG) em função dos contextos relacionais actuais (Correlação de Spearman)	37
<b>Quadro 13.</b> Variáveis preditoras dos indicadores de ajustamento no grupo GA (Regressões lineares múltiplas hierárquicas)	39

## Índice de quadros do Anexo 1

<b>Quadro 1.</b> Consistência interna e correlações EMBU na amostra em estudo	60
<b>Quadro 2.</b> Consistência interna e correlações WHOQOL-BREF na amostra em estudo	61
<b>Quadro 3.</b> Ajustamento socioemocional: Qualidade de vida	61
<b>Quadro 4.</b> Sintomatologia depressiva em função das características reprodutivas (Teste U de Mann-Whitney)	62
<b>Quadro 5.</b> Qualidade de vida em função das aspirações académicas (ASHG) (Teste U de Mann-Whitney)	62
<b>Quadro 6.</b> Ajustamento socioemocional (ASHG) em função do NSE (teste U de Mann-Witney)	62
<b>Quadro 7.</b> Sintomatologia depressiva (totalidade da amostra) em função das aspirações académicas (teste Kruscal-Wallis)	63
<b>Quadro 8.</b> Sintomatologia depressiva (totalidade da amostra) em função do NSE e estado civil (Teste U de Mann-Whitney)	63
<b>Quadro 9.</b> Ajustamento socioemocional (GA) em função da estrutura familiar na infância (Teste U de Mann-Whitney)	63
<b>Quadro 10.</b> Ajustamento socioemocional (ASHG) em função da estrutura familiar actual (Teste U de Mann-Whitney)	64

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975), a adolescência compreende o período de desenvolvimento do indivíduo entre os 10 e os 19 anos de idade. Este é um período particularmente rico em mudanças nas várias esferas do indivíduo, implicando reajustamentos a vários níveis: fisiológico, psicológico e social (Lourenço, 1998).

A gravidez nesta fase do ciclo de vida está longe de se constituir como um fenómeno recente, mas a sua visibilidade tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Mudanças sociais, ao longo do último século, contribuíram para uma visão da gravidez na adolescência como fenómeno não esperado, não aceitável, nem socialmente desejável. A maior participação da mulher na vida laboral, social e o aumento da sua escolarização fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além das tradicionais funções de esposa e de mãe (Pereira, 2001). No entanto, a par das mudanças de mentalidade e papéis da mulher, outras alterações ocorreram, nomeadamente no que toca aos valores sobre a sexualidade e a própria adolescência, que parecem ter contribuído para a antecipação do início da actividade sexual e, conseqüentemente, para um período de risco alargado de gravidez na adolescência (Canavaro & Pereira, 2001).

Vários são os países com taxas elevadas de incidência de gravidez na adolescência, na frente dos quais se encontram os Estados Unidos da América (EUA), (Kaufmann et al., 1998; Manlove et al., 2002). Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de ocorrência deste fenómeno, tendo até há bem pouco tempo ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004). Com a entrada de novos países na União Europeia, a posição do nosso país melhorou (Eurostat, 2008), mas continua a ser bastante desfavorável. Assim, o estudo deste fenómeno na nossa cultura acresce-se de significado e importância, não só pela compreensão teórica da sua ocorrência e das suas consequências, como pelas contribuições para a prática que tal conhecimento pode proporcionar.

As implicações sociais de uma gravidez adolescente, muitas vezes relacionadas com situações de precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé (Canavaro & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Imamura et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001), têm promovido um investimento crescente no seu estudo, quer pela comunidade científica, quer pelas instituições de saúde, escolas e governantes (Justo, 2000), o que espelha a preocupação social e política envolvente e a importância cultural da compreensão deste fenómeno, para a qual o presente estudo pretende contribuir. Recentes solicitações governamentais de estudos nesta área têm pretendido aumentar o conhecimento sobre a mesma, de forma a delinear estratégias de prevenção e intervenção capazes de minimizar os efeitos negativos deste fenómeno. Exemplo desta situação é o recente estudo sobre a gravidez na adolescência realizado a pedido do Governo Regional dos Açores e coordenado pela Professora Doutora Maria Cristina Canavaro

(Canavarro, 2009). Desta iniciativa decorre a utilidade de estudos do mesmo âmbito temático na Região Continental do nosso país, não só pela compreensão global que podem proporcionar, como pelas especificidades que podem sobressair da vivência deste fenómeno nas diversas regiões. Pretendemos assim, com este trabalho, não só contribuir para o conhecimento deste fenómeno na zona centro do país (para representação da qual escolhemos os distritos de Coimbra e Viseu), como ainda demonstrar a utilidade da realização de um estudo nacional neste âmbito.

No corpo crescente de investigação sobre a gravidez na adolescência, a componente psicológica deste fenómeno tem vindo a ser cada vez mais considerada (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Por outro lado, segundo as mais recentes teorias e modelos multifactoriais do desenvolvimento, os resultados algo inconsistentes da literatura são espelho da diversidade e heterogeneidade dos percursos a ela conducentes, bem como dos seus produtos desenvolvimentais (Canavarro & Pereira, 2001). Assim, importa não só tentar compreender porque engravidam as adolescentes – por todos os contributos preventivos que daí podem advir – mas também procurar evidências que esclareçam os factores que distinguem as adolescentes grávidas melhor e pior adaptadas. Tal compreensão pode permitir, em caso de prossecução da gravidez, a promoção de caminhos desenvolvimentais mais positivos para estas jovens e para os seus filhos e contribuir para o esclarecimento de alguns mecanismos menos explorados pela investigação existente. Esta tendência actual do conhecimento abre desta forma espaço à necessidade de compreender os antecedentes e consequentes deste fenómeno nos vários níveis de vida do indivíduo, sejam eles da esfera individual, relacional ou social (Soares et al., 2001).

No presente trabalho, pretendemos focar-nos em duas das esferas de vida das jovens em estudo. Em primeiro lugar, na esfera social, na qual optámos por englobar os factores sociodemográficos, não por ignorarmos a sua vertente individual, mas sim por termos em conta o seu carácter abrangente da realidade familiar e comunitária das jovens. Em segundo lugar, na esfera relacional, prioritariamente focada nas relações familiares, pela importância que têm vindo a ganhar no rumo da investigação actual. É nosso objectivo apontar, nestes níveis, alguns dos factores de risco e protecção para a ocorrência da gravidez na adolescência, mas também, seguindo a tendência da investigação actual, alguns destes factores explicativos da melhor ou pior adaptação das jovens que engravidam, nomeadamente no que respeita ao seu ajustamento socioemocional durante a gravidez. Pretendemos, assim, responder não só à importância social e cultural do estudo deste fenómeno, mas também à necessidade teórica de compreender alguns mecanismos nele implicados, menos explorados na literatura e investigação actuais.

Na impossibilidade de responder às exigências actuais, que privilegiam o estudo longitudinal deste fenómeno com vista à captação das especificidades das trajectórias conducentes à gravidez na adolescência e dela resultantes, o presente estudo pretende contribuir para uma maior compreensão destes aspectos em termos transversais, centrando-se no momento da gravidez.

## **I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)**

### **1. Perspectiva desenvolvimental da gravidez na adolescência**

Os modelos teóricos que procuram abordar fenómenos complexos como a gravidez na adolescência têm evoluído de modelos defensores de uma causalidade linear, envolvendo um só factor, para modelos plurifactoriais e contempladores das interações entre factores e da interferência de mecanismos mediadores na sua acção (Canavarro, 1999; Figueiredo, 2001). Assim, nas teorias e modelos actuais do desenvolvimento, no seio dos quais a Psicopatologia do Desenvolvimento tem sido uma concepção privilegiada na análise deste fenómeno, a gravidez adolescente é perspectivada como multideterminada e com resultados desenvolvimentais muito diversos (Canavarro & Pereira, 2001), obedecendo aos princípios da equifinalidade e multifinalidade da Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1978)<sup>1</sup> e integrando-se nos modelos transaccionais e ecológicos, defensores da influência e interacção de um conjunto de sistemas e subsistemas, intrafamiliares e ambientais, no comportamento humano (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Neste seguimento, a investigação na área da gravidez na adolescência tem vindo a dar cada vez mais importância não só aos factores de risco e à interacção entre eles, mas à presença de factores protectores. Segundo a perspectiva actual, estes interferem com os anteriores e podem ser situados no mesmo nível de análise, embora por vezes sejam esquecidos em muitos trabalhos empíricos (Figueiredo, 2001). Daqui decorre a utilidade das investigações que se proponham estudar dimensões destes dois focos de análise de forma integrada, ponderando a possível acção de factores de risco mas também de protecção, com vista à compreensão da heterogeneidade dos padrões encontrados, âmbito no qual pretendemos inserir o presente estudo.

### **2. Etiologia da gravidez na adolescência e condições associadas**

A investigação na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado, desde cedo, identificar factores associados à origem deste fenómeno. É importante referir, antes de mais, que os maiores determinantes proximais da gravidez na adolescência passam pelo envolvimento em relações sexuais sem utilização efectiva de contracepção e, portanto, por todos os comportamentos sexuais de risco nele implícitos (Miller, Sage, & Winward, 2005). Consequentemente, os factores protectores e de risco associados à gravidez na adolescência - cujo conhecimento pode contribuir para o delinear de estratégias preventivas mais eficazes, especificamente dirigidas às jovens de maior risco - operam através desses determinantes e

---

<sup>1</sup> Von Bertalanffy defende, na Teoria Geral dos Sistemas, a possibilidade de dois sistemas com inícios diferentes poderem ter um final semelhante após determinada evolução (equifinalidade), bem como a possibilidade de sistemas com inícios semelhantes evoluírem para diferentes princípios de funcionamento (multifinalidade). Transpondo estes conceitos para a Psicopatologia do Desenvolvimento, tais princípios têm vindo a ser aplicados à gravidez na adolescência, sendo a tendência actual do conhecimento considerá-la resultado de diversas trajectórias, bem como início comum de um percurso desenvolvimental que pode resultar em diferentes princípios de funcionamento.

devem ser entendidos à luz dessa relação, nem sempre mencionada, mas implícita.

Numa revisão sistemática abrangendo vinte e cinco países da União Europeia, Imamura et al. (2007) identificaram como factores de risco mais consistentes para a gravidez na adolescência o baixo nível socioeconómico (NSE), a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional.

A maior parte dos estudos conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais dá conta do mesmo panorama: apesar de transversal aos vários sectores da sociedade (Carlos et al., 2007; Justo, 2000), a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social. Muitas delas viveram a sua infância em ambientes familiares caracterizados por stress, pressão e conflitos, apresentando, deste modo, maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), e tendo passado por condições desenvolvimentais adversas na sua história de vida (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004).

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

### **2.1 Factores individuais**

Ao nível das circunstâncias que, no indivíduo, podem favorecer a ocorrência de uma gravidez precoce, a investigação empírica tem revelado o contributo de factores biológicos e psicológicos. Entre eles, e começando pelos primeiros, a maturidade sexual (puberdade e fertilidade), que tem apresentado nas últimas décadas uma tendência para ocorrer mais cedo, parece contribuir para a precocidade da actividade sexual, implicando um alargamento do período de tempo em que a gravidez na adolescência é susceptível de acontecer e constituindo-se, por isso, como um factor de risco consensualmente apresentado na literatura (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001).

Quanto aos factores psicológicos, a investigação tem vindo a demonstrar que características como a preponderância do pensamento concreto, a impulsividade, a dificuldade de abstracção para antecipação das conseqüências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais contribuem para este aumento de vulnerabilidade a uma gravidez adolescente (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001). Por outro lado, embora não de forma consensual (Pereira, 2001), factores de ordem socioemocional – como sentimentos de desvalorização e

baixa auto-estima (Lourenço, 1996) – bem como outros aspectos de personalidade – como *locus* de controlo externo (Morgan, Chapan, & Fischer, 1995) e instabilidade emocional (Soares et al., 2001) – aparecem associados à gravidez na adolescência em algumas investigações.

Vários outros estudos, na tentativa de esclarecer as razões pelas quais as adolescentes engravidam, indicam como factores de risco um conjunto de condições adversas relacionadas com o seu contexto de vida, quer no que respeita ao contexto mais imediato (a família), quer ao contexto mais lato, ou seja, a comunidade em que estão inseridas, aspectos que passaremos a abordar de seguida.

## **2.2 Factores relacionais familiares**

Atendendo ao contexto familiar, a maioria dos estudos na área da gravidez na adolescência centra-se principalmente nas características sociodemográficas e estruturais das famílias. Estes estudos suportam a visão de que a gravidez na adolescência é mais incidente em famílias numerosas, com problemas socioeconómicos (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Garrett & Tidwell, 1999; Pereira, 2001), ou muitas vezes não nucleares, monoparentais ou reconstituídas (Canavaro, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Ellis et al., 2003; Figueiredo et al., 2006; Miller et al., 2005), com pais detentores de um baixo nível educacional (Miller et al., 2001; Pereira, Canavaro, Cardoso, & Mendonça, 2005) ou com ocorrência de maternidade adolescente na família (Figueiredo et al., 2006; Pereira et al., 2005). Figueiredo (2001), ao fazer uma revisão de diversos estudos neste âmbito, assinala também o carácter de risco da falta de estrutura e de coesão das famílias, sendo que Pereira (2001) constatou no seu estudo a existência de uma maior percentagem de adolescentes sem história de gravidez que vive com a família intacta, comparativamente com as adolescentes grávidas. Estes resultados parecem sugerir que viver numa família nuclear intacta é um factor de protecção para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Porém, se os estudos sobre a influência destas características familiares são abundantes e, até certo ponto, consensuais, menos o são as investigações que incidem sobre os aspectos funcionais e relacionais destas famílias. O presente estudo parte do pressuposto de que a influência familiar neste fenómeno inclui características estruturais e contextuais das famílias, mas também os processos familiares das mesmas, as relações e as práticas parentais (Miller et al., 2005), aspectos que podem dar uma importante contribuição para a compreensão dos mecanismos através dos quais a influência do contexto familiar se faz sentir no risco para uma gravidez adolescente.

Este pressuposto é assumido, em primeiro lugar, com base na importância crescente que tem vindo a ser dada aos modelos sobre o impacto das relações precoces no funcionamento do indivíduo e na sua capacidade de estabelecer relações ao longo da vida, entre os quais a Teoria da Vinculação de Bowlby (1978) tem sido, ao longo dos anos, o maior marco de referência.

Segundo esta teoria, o objectivo do sistema de vinculação é a regulação dos comportamentos no sentido de obter ou manter a proximidade e o contacto com a figura cuidadora, para obtenção de segurança. Assim, durante a infância, pretende-se que a figura de vinculação funcione como

uma base segura<sup>2</sup> para explorar o ambiente, em alturas tranquilas, e como refúgio de segurança, em alturas conturbadas. Através deste sistema e das interações com a figura de vinculação, a criança elabora um conjunto de expectativas acerca de si, dos outros e do mundo em geral, que correspondem à interiorização de características das suas interações com os pais, e que Bowlby (1978) designou por *modelos internos dinâmicos*. Estes modelos constituem-se como importantes grelhas de leitura na interpretação e na previsão de comportamentos, influenciando os padrões de interação nas relações de proximidade emocional. No que respeita à adolescência em específico, e à semelhança do que esta teoria postula para os indivíduos noutras etapas do desenvolvimento<sup>3</sup>, Rodrigues et al. (2004) referem que, teoricamente, os modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância continuam a ser importantes quando o adolescente estabelece novas relações. Por outro lado, as relações afectivas e interpessoais influenciam diferentes áreas do desenvolvimento, nomeadamente emocional, cognitivo, da personalidade e interpessoal.

A assunção da importância das interações familiares precoces nas questões da gravidez na adolescência tem, ainda, por base alguns estudos que apontam a influência de um ambiente familiar caracterizado por stress, pressão, conflitos e maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), baixa qualidade da relação entre pais e filhas (Canavarro & Pereira, 2001), falta de comunicação e/ou instabilidade familiar, inadequação ou ausência de supervisão familiar e falta de apoio (Figueiredo, 2001; Holden, Nelson, Velasquez, & Richie, 1993; Kapungu, Holmbeck, & Paikoff, 2006; Miller et al., 2001; Pereira et al., 2005), num maior risco para uma gravidez adolescente (cf. Miller et al., 2005, para uma revisão mais alargada).

Também Mendonça, Maia e Ribeiro (2007), numa revisão de diversos estudos, referem que uma boa comunicação entre pais e filhos pode diminuir a probabilidade do envolvimento destes em comportamentos de risco, nos quais englobam os que podem dar origem a uma gravidez precoce. As autoras concluem, no seu estudo, que a fraca qualidade do ambiente familiar (em termos de uma pior expressão afectiva e relações negativas com ambos os pais, caracterizadas por pouca responsividade, aceitação ou envolvimento na educação dos filhos e um estilo mais autoritário) parece influenciar o envolvimento dos adolescentes neste tipo de comportamentos. No entanto, salvaguardam que ainda não foi possível distinguir se tal efeito pode ser atribuído à interiorização de valores e normas implícitas veiculadas no discurso parental ou se existem outras características implícitas mais gerais, como a afectividade e o suporte parental, a mediar este efeito. Também Lederman, Chan e Roberts-Gray (2008), por sua vez, referem que a investigação tem demonstrado que intervenções envolvendo pais e filhos podem ter efeitos positivos no conhecimento e nas atitudes dos filhos acerca do comportamento sexual, tal como incrementar a comunicação entre estes.

---

<sup>2</sup> A Teoria da Vinculação usa o termo “base segura” para se referir à segurança que uma figura particular proporciona à criança – esta figura, ao disponibilizar protecção e apoio, e ao estar disponível e acessível, permite à criança explorar o ambiente, sendo facilitadora de sentimentos de segurança e protecção que conduziriam a um desenvolvimento cognitivo e social saudável.

<sup>3</sup> Apesar de não serem estanques ou imutáveis, pois apresentam capacidade de mudança com base em relações significativas posteriores, estes *modelos internos dinâmicos* são algo estáveis e direccionadores das relações futuras do indivíduo (Bowlby, 1978).

Assim, segundo estes autores, uma estratégia chave para aumentar o poder dos pais e incrementar interações familiares positivas para reduzir os riscos de gravidezes adolescentes passa por envolver pais e filhos em programas educacionais, tal como acontece no programa Parent-Adolescent Relationship Education (PARE).

Scaramella, Conger, Simons e Whitbeck (1998), por seu lado, num estudo prospectivo longitudinal com uma amostra de adolescentes de meio rural, obtiveram resultados no mesmo sentido, ao constatarem que relações com os pais, durante os primeiros anos da adolescência, caracterizadas por carinho e envolvimento se associam significativamente e negativamente com a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente os que podem dar origem a uma gravidez. Estes autores sugerem, ainda, que as relações familiares influenciam indirectamente o risco de gravidez na adolescência ao afectarem factores de risco e de protecção de outros contextos (pares e escola), tal como também nos referem Miller et al. (2005).

Os estudos de Pereira (2001) e Pereira et al. (2005), específicos ao contexto da gravidez na adolescência, ao compararem grupos de adolescentes grávidas e sem história de gravidez, concluíram que as primeiras percebem um menor apoio emocional do pai e uma menor sobreprotecção por parte do pai e da mãe do que as jovens sem história de gravidez, sendo que Rodrigues et al. (2004) detectaram também menores níveis de sobreprotecção de ambos os pais no grupo de adolescentes grávidas da sua amostra. Pereira indica que estes resultados podem sugerir que a percepção de menor suporte emocional por parte da família pode conduzir as jovens a procurar outras fontes de segurança afectiva, nomeadamente nas relações românticas. Mendonça et al. (2007) e Holmbeck, Raikoff e Brooks-Gun (1995), referem, neste âmbito, que a família pode constituir-se como factor protector importantíssimo nestas questões, ao promover a auto-estima das jovens e dando espaço à expressão de sentimentos, mas mantendo também uma posição firme, estabelecadora de limites e promotora da disciplina. Abdicando destas funções, a família estará a criar condições favorecedoras da adopção de comportamentos de risco, nomeadamente os que podem dar origem a uma gravidez precoce. É neste sentido que, segundo Pereira (2001), a intervenção preventiva para gravidezes na adolescência em famílias que constituem risco para este fenómeno deve passar por ajudar os pais das adolescentes em risco a serem melhores educadores, fornecendo o suporte emocional e a estrutura necessária para o desenvolvimento saudável dos seus filhos. Esta ajuda pode advir de diversas fontes, como a escola, os serviços de saúde ou serviços de aconselhamento, e exige o conhecimento dos aspectos relacionais precoces e actuais que se constituem como risco para uma gravidez adolescente ou para o desajustamento face à vivência da mesma, de modo a intervir nesses aspectos, potenciando o desenvolvimento de competências favoráveis à prossecução de caminhos alternativos.

Tem vindo assim a ser dada uma atenção crescente à importância das experiências precoces com as figuras significativas na determinação do risco de ocorrência de uma gravidez adolescente. Apesar de a investigação existente não ser consistente no que respeita ao impacto destas variáveis relacionais do contexto familiar num maior risco de gravidez precoce, nomeadamente no que respeita aos mecanismos pelos quais esta influência se faz sentir (Pereira et al., 2005), o panorama traçado pelos estudos

existentes remete-nos para uma dinâmica familiar que, através de diferentes mecanismos, pode criar vulnerabilidades para uma gravidez adolescente. Este é, portanto, um nível de influência ainda pouco explorado na literatura existente, e cuja compreensão necessita de estudos empíricos que se centrem directamente em tais questões.

### 2.3 Factores sociais

Ao nível dos factores relativos ao contexto mais alargado, onde a família se insere, convém assinalar a importância da pertença a uma minoria étnica, o papel da religião e das condições sociais, económicas e educacionais desfavorecidas (Figueiredo, 2001; Miller et al., 2005; Pereira et al., 2005).

No que respeita à etnia, este parece, de facto, ser um factor de peso para a gravidez na adolescência (Hardy & Zabin, 1991, citado por Pereira, 2001). Estas diferenças levam-nos a pensar que diferentes etnias se regem por normas culturais específicas, que afectam a aceitabilidade da actividade sexual na adolescência, da actividade sexual pré-conjugal e da própria gravidez durante este período (Garrett & Tidwell, 1999), podendo constituir-se como ambientes mais permissivos deste fenómeno e aumentar, assim, a probabilidade da sua ocorrência. No entanto, outros autores apontam para que estas diferenças se devam mais ao ambiente normalmente empobrecido e menos estimulador em que crescem as jovens de minorias étnicas (Miller et al., 2005).

Também a religião aparece algumas vezes como variável influente no risco para uma gravidez precoce (Miller et al., 2005), sendo que as adolescentes que participam em actividades religiosas, descrevendo-se a si próprias como sendo religiosas e detentoras de fortes convicções nesse âmbito, têm uma menor tendência para se envolverem em comportamentos sexuais de risco para a ocorrência de uma gravidez, encontrando-se, por isso, menos vulneráveis. Canavarró (2009), não encontrou, no entanto, diferenças a este nível.

Por outro lado, estudos demonstram que condições sociais e demográficas menos favoráveis se associam geralmente à gravidez na adolescência (Figueiredo et al., 2005). Jovens que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural - nomeadamente no que toca a situações de pobreza, baixos níveis educacionais, abandono escolar, exclusão do sistema de ensino e desemprego (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001; Figueiredo et al., 2004, 2005, 2006; Pereira et al., 2005) - , bem como em comunidades mais isoladas (Miller et al., 2005) parecem estar mais vulneráveis à vivência de uma gravidez na adolescência. Manlove (1998) refere, neste sentido, que níveis mais elevados de envolvimento com a escola estão associados com o adiamento da gravidez.

O NSE baixo é uma das variáveis antecedentes da gravidez na adolescência especialmente importantes, razão pela qual alguns autores (e.g. Harris, 1998) chegam mesmo a referir a pobreza como o melhor preditor da gravidez na adolescência. Famílias economicamente mais desfavorecidas descumrem, muitas vezes, as funções educativas e afectivas, possivelmente por estarem mais concentradas num esforço constante para a sua

sobrevivência, o que, como nos indica Justo (2000), faz com que a intervenção preventiva da gravidez na adolescência devesse ter estas famílias - com dificuldades de organização relacional e inseridas em meios psicossociais mais degradados - como alvo prioritário. Muitas vezes, as jovens destes contextos estão entregues a si próprias e à convivência com pares anti-sociais, sendo sujeitas a um ambiente comunitário mais empobrecido (Canavarro & Pereira, 2001). Justo salienta, neste sentido, que um dos aspectos pertinentes na prevenção da gravidez na adolescência é a participação em oportunidades de relacionamento social, pelo carácter potenciador do desenvolvimento psicológico saudável, organizador das atitudes de relacionamento social e estimulador do amadurecimento da personalidade que tais ocasiões exibem. Também Furriol (2004) realça que o foco das necessidades das adolescentes em risco de engravidar não está tanto na falta de informação ou acesso aos serviços de apoio, mas mais na falta de formação para as relações pessoais e para as relações de namoro. Assim, segundo estes autores, a educação sexual não deve visar apenas a transmissão de informação, mas também a formação dos jovens através de trocas interpessoais de ideias e valores, potenciando o desenvolvimento de competências como a expressão e a gestão de sentimentos, comunicação e assertividade, tomada de decisão e resolução de problemas, protectoras para a ocorrência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida e menos proporcionadas em ambientes mais desfavorecidos.

Por outro lado, baixos níveis socioeconómicos surgem também associados a uma menor valorização da escola e maior pressão para a entrada no mundo do trabalho, bem como com uma maior identificação da mulher com o papel materno e não com o profissional (Canavarro, 2009; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pereira, 2001). Facilmente percebemos os baixos custos atribuídos por estas jovens a uma gravidez precoce, devido ao parco leque de oportunidades alternativas de vida e ao impacto que essa ausência tem nas suas motivações. Como nos dizem Coley e Chase-Lansdale, “experiências de vida associadas com pobreza, alienação da escola (...) desemprego, falta de oportunidades educativas e ausência de perspectivas de carreiras estáveis” (p. 153) são aspectos que contribuem para que as jovens perspectivem os custos de uma gravidez adolescente como baixos e, portanto, aumentam o risco da sua ocorrência.

### **3. Consequências e trajectórias desenvolvimentais da gravidez na adolescência: (In)adaptação**

A perspectiva desenvolvimental tem vindo a assinalar que, para a grávida adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio desenvolvimental altamente exigente, uma vez que faz convergir tarefas oriundas de diferentes fases desenvolvimentais – adolescência e maternidade –, de outra maneira não coincidentes no tempo e, em larga medida, antagónicas (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001; Lourenço, 1996; Soares et al., 2001). Além do mais, tal situação ocorre num período em que os recursos pessoais da adolescente para lidar com o stress estão ainda em pleno desenvolvimento (Passino et al., 1993).

Segundo Soares et al. (2001), trata-se de um período que exige grandes reorganizações internas e relacionais e cujo resultado desenvolvimental pode ser diverso. Desta forma, é importante conhecer os mecanismos que medeiam não só a ocorrência deste fenómeno, acerca dos quais a literatura existente é mais extensa, como também as suas consequências desenvolvimentais, nomeadamente para a adolescente que engravida (Figueiredo, 2001), às quais tem sido progressivamente dada mais atenção na investigação sobre o tema.

Nesta linha, Figueiredo (2000) assinala que as consequências adversas para a mãe adolescente têm sido referidas na literatura como situando-se a diversos níveis: social, educacional, profissional e socioeconómico, mas também a nível físico e da saúde e, ainda, a nível psicológico. Passaremos a tratar, dentro destes, os níveis que se revestem de maior relevância, atendendo aos objectivos do presente trabalho empírico.

### **3.1 Percurso educativo/profissional e nível socioeconómico**

Em termos socioeconómicos, vários autores, ao reverem os trabalhos empíricos neste âmbito, referem a elevada frequência com que se verificam elevados níveis de abandono escolar, baixos níveis de instrução, empregos menos qualificados e menores índices de satisfação profissional nas mães adolescentes, associados habitualmente a um contexto de vida de maior pobreza e precariedade, num ciclo que se auto-perpetua (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Figueiredo et al., 2006; Sieger & Renk, 2007). Canavarro e Pereira (2001) salvaguardam, neste âmbito, que não devemos ignorar a possibilidade de parte destas consequências socioeconómicas se poder dever às condições prévias de vida destas jovens, não sendo consequências únicas de uma gravidez adolescente. Interessa então avaliar a adaptação destas jovens por outros índices, que não apenas estes, de modo a captar a especificidade do impacto que uma gravidez nesta fase do ciclo de vida pode ter para a adolescente que engravida.

### **3.2 Ajustamento socioemocional e adaptação à gravidez**

O conceito de adaptação na gravidez e na transição para a maternidade é vasto e de difícil operacionalização. A literatura científica remete para dimensões tão diversas como satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar ou recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas elas intrinsecamente ligadas (Canavarro, 2009). Da impossibilidade de avaliar e medir globalmente processos tão complexos, decorre a necessidade de circunscrever tal avaliação a aspectos mais específicos desta adaptação.

Neste sentido, alguns autores têm centrado os seus esforços na compreensão da adaptação das jovens que engravidam em termos do que Pereira (2001) denomina como ajustamento socioemocional ou Canavarro (2009) opta por conceptualizar como ajustamento individual, conceitos que englobam tanto a avaliação da presença de sintomas psicopatológicos nestas jovens, como a sua percepção da satisfação com a vida ou da qualidade de vida (QdV), respectivamente.

O desajustamento, nomeadamente emocional, da mãe, tem sido um

factor considerado de risco para os seus filhos, não só no que respeita às mães adolescentes. A depressão na mãe, por exemplo, tem vindo a ser referida ao longo dos anos como um factor de risco para práticas educativas menos adaptativas e para o conseqüente aumento do risco para problemas nas crianças (Eshbaugh, 2006; Shanok & Miller, 2007). Por outro lado, no que respeita à ansiedade materna, Van den Bergh (1990) conclui que as emoções das grávidas do seu estudo têm um efeito significativo no comportamento fetal dos seus filhos (maior actividade motora), influência que se reflecte no comportamento neo-natal e na infância destes bebés (e.g., grande nível de actividade após o nascimento, mais problemas gastrointestinais, temperamento difícil). Perante a literatura e perante as conseqüências adversas que, como vimos, aparecem frequentemente associadas à gravidez e maternidade adolescente, poderíamos esperar encontrar nestas jovens um padrão típico de desajustamento socioemocional, tal como de conseqüências negativas para o exercício do papel materno e desenvolvimento dos seus filhos.

No que respeita à satisfação com a vida<sup>4</sup>, ou à qualidade desta percebida pelas jovens<sup>5</sup>, além dos trabalhos de Pereira (2001) e Canavaro (2009), que comparam grávidas adolescentes com adolescentes sem história de gravidez e com grávidas adultas, respectivamente, não são do nosso conhecimento trabalhos empíricos especificamente dirigidos à compreensão desta valência do ajustamento socioemocional em grávidas adolescentes. Os resultados destes trabalhos vão no sentido da inexistência de diferenças significativas quanto à percepção da satisfação com a vida entre adolescentes grávidas e não grávidas (apesar da tendência para as adolescentes grávidas apresentarem valores mais elevados) e quanto à maioria dos domínios da QdV (*Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*) entre grávidas adolescentes e adultas, sendo as adultas a apresentar valores mais elevados.

A falta de consenso entre estudos que comparam grávidas adolescentes com grávidas adultas ou adolescentes sem história de gravidez no que toca às valências do seu ajustamento socioemocional é notória. De facto, os resultados negativos destas jovens em algumas áreas do desenvolvimento psicossocial nem sempre emergem consensualmente na literatura (Canavaro & Pereira, 2001; Milan et al., 2004; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007), não sendo visível nos estudos realizados um padrão desenvolvimental consistentemente desajustado, mas sim uma diversidade de padrões, repletos de idiosincrasias resultantes dos múltiplos níveis de transacção com os vários contextos de vida.

Diversos estudos (e.g. Black et al., 2002) demonstram a existência de mais sintomas de perturbação emocional (depressão, ansiedade e hostilidade) nas grávidas adolescentes do que nos seus pares sem história de gravidez. No entanto, outros estudos, comparando adolescentes grávidas e não grávidas do mesmo NSE, concluem que, apesar de as adolescentes grávidas e/ou mães

---

<sup>4</sup> Para uma revisão sobre o conceito da satisfação com a vida e sua avaliação, consultar Pereira (2001).

<sup>5</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde, podemos definir qualidade de vida (QdV), na sua vertente subjectiva e multidimensional, como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nas quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994, p. 28).

reportarem níveis acrescidos de sintomas de *distress* emocional comparativamente com os seus pares sem história de gravidez, estas diferenças não são estatisticamente significativas (Milan et al., 2004; Troutman & Cutrona, 1990). Milan et al. concluem, nesta linha, que, para a maioria das mães adolescentes, o risco para o desajustamento socioemocional parece ser maioritariamente devido às circunstâncias socioeconómicas prévias à gravidez. São diversos os estudos que não apontam níveis de desajustamento emocional superiores nas grávidas e mães adolescentes quando comparadas com os seus pares sem história de gravidez. Sieger e Renk (2007) concluem, neste sentido, que as grávidas e mães adolescentes do seu estudo experienciam níveis não clínicos de depressão e ansiedade, que não se diferenciam significativamente dos das adolescentes sem história de gravidez. No panorama nacional, Pereira (2001) e Soares et al. (2001) concluem que a gravidez na adolescência não parece ter conduzido as jovens dos seus estudos ao desequilíbrio emocional. No entanto, os resultados de Soares et al. apontam para a variabilidade dos padrões de adaptação à gravidez e à maternidade, e os de Pereira para que, no que respeita ao ajustamento socioemocional, os factores de vulnerabilidade e protecção do grupo de grávidas adolescentes não sejam necessariamente os mesmos do grupo de jovens sem história de gravidez.

Os estudos que comparam grávidas adolescentes com grávidas adultas são mais escassos na literatura sobre o tema e os seus resultados sugerem que as grávidas e mães adolescentes estão particularmente em risco para níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Canavarro, 2009; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007).

Depreende-se, assim, que não existe um quadro configurativo único ou uniforme sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial das grávidas adolescentes, mas sim uma variabilidade assinalável, passível de ser analisada na tentativa de compreender quais os factores que podem contribuir para um maior ou menor ajustamento destas adolescentes. A importância desta compreensão está nos benefícios que daí podem advir para o desenvolvimento da própria jovem e do seu bebé.

Quanto ao momento em que tal análise é pertinente, Pereira (2001) ressalva que, no que respeita à continuidade entre adaptação à gravidez e à maternidade, deve ser tido em conta que se trata de momentos que, embora interligados, são distintos, e que indicadores de ajustamento na gravidez não asseguram semelhante adaptação posterior. Canavarro (2009) verificou, por sua vez, que, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de sintomatologia depressiva de grávidas adolescentes e adultas, as mães adolescentes revelam níveis significativamente superiores deste indicador do que as grávidas adolescentes ou adultas. Por outro lado, o estudo de Soares et al. (2001) aponta para que a continuidade da qualidade de adaptação nos dois momentos seja mais saliente do que a mudança, que, a existir, tende a ocorrer mais no sentido positivo do que negativo. Podemos assim inferir que um bom ajustamento durante a gravidez pode constituir-se como um factor favorável à promoção da continuidade desse ajustamento após o parto, embora não o determine, pelo que interessa conhecer os factores capazes de exercer algum efeito sobre esse ajustamento prévio, a fim de aumentar a probabilidade de ocorrência de trajectórias desenvolvimentais mais adaptativas nestas jovens. Parece-nos então

vantajoso estudar as questões do ajustamento socioemocional das grávidas adolescentes no momento da gravidez e não apenas depois do nascimento dos seus bebés, pois tal estudo pode proporcionar conhecimento útil a uma intervenção precoce e, em nosso entender, mais eficaz na preparação destas jovens para uma fase de vida repleta de exigências e reajustamentos: a da maternidade.

Numa revisão de estudos sobre os factores passíveis de contribuir para a qualidade do ajustamento à gravidez precoce, Soares et al. (2001) concluem que este é influenciado não só pelas características individuais, como também pelas relacionais e sociais das adolescentes, devendo ser tidas em conta as várias ecologias de vida destas jovens, numa análise compreensiva dos mecanismos envolvidos no seu ajustamento socioemocional.

Apesar da menor quantidade de estudos disponíveis que analisam as variáveis associadas ao ajustamento das jovens grávidas, é possível uma vez mais agrupá-las em categorias – individuais, relacionais e sociais –, apenas para uma maior compreensibilidade das mesmas e não esquecendo a interação entre diferentes domínios, da qual resulta o maior ou menor ajustamento destas adolescentes.

### **3.2.1 Factores individuais**

Em termos individuais, algumas variáveis têm sido analisadas quanto ao seu impacto na maior ou menor adaptação à gravidez, embora nem tanto, de forma directa, ao ajustamento socioemocional das jovens grávidas/mães.

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

Pereira (2001), por sua vez, estudou a influência do ajustamento socioemocional prévio à gravidez no ajustamento apresentado durante a mesma. Segundo a autora, a situação de gravidez parece vir alterar o equilíbrio emocional das jovens do seu estudo no sentido positivo, ao passo que, no grupo de adolescentes sem história de gravidez, parece existir alguma continuidade entre o ajustamento anterior e actual.

No que respeita à desejabilidade/não desejabilidade da gravidez como variável influenciadora dos níveis de ajustamento socioemocional, a mesma autora encontrou nos seus estudos uma maior satisfação com a vida nas jovens que desejaram a gravidez, revelando que esta deve também ser uma variável a ter em conta neste domínio.

### **3.2.2 Factores relacionais**

Actualmente tem sido atribuído um reconhecimento crescente aos factores relacionais no ajustamento socioemocional destas jovens, nomeadamente no que respeita ao contexto familiar. As relações significativas podem ser vistas como factores de risco ou de protecção, uma vez que ora promovem sentimentos de segurança e de auto-estima, contribuindo para o bem-estar dos indivíduos, ora geram condições de vida adversas e implicam considerável sofrimento (Canavarro, 1999). Diversos estudos concluem que factores como as experiências de cuidados precoces (Pereira, 2001), o suporte social (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007) e a qualidade dos relacionamentos (Figueiredo et al., 2006) influenciam o ajustamento socioemocional das adolescentes que passam por uma gravidez nesta fase do ciclo de vida, dando assim um papel de relevo aos factores estruturais familiares e relacionais – passados e presentes - no estudo deste fenómeno.

#### **3.2.2.1 Estrutura familiar**

As variáveis referentes à estrutura familiar têm surgido nalguns estudos como influenciadoras da percepção de satisfação com a vida em amostras de adolescentes em geral, nomeadamente no que respeita ao efeito positivo da pertença a famílias nucleares intactas (e.g. Zullig, Valois, Huebner, & Drane, 2005), bem como relacionadas com a etiologia da gravidez na adolescência. Nesta sequência, actualmente tais variáveis começam também a ser cada vez mais consideradas no estudo do ajustamento das jovens grávidas.

Alguns estudos, como é o caso do de Pereira (2001), têm averiguado estas variáveis, nomeadamente no que diz respeito à pertença a famílias nucleares intactas, enquanto factor protector para um melhor ajustamento socioemocional durante a gravidez. Esta autora verificou no seu estudo que a estrutura familiar se mostrou uma variável importante no ajustamento socioemocional das jovens, mas apenas no que às adolescentes grávidas diz respeito. Assim, segundo estes resultados, as adolescentes grávidas pertencentes a famílias intactas antes da co-habitação com o companheiro mostram-se mais satisfeitas com a vida do que as jovens de famílias monoparentais ou reconstituídas.

São escassos os estudos que abordam a influência destas variáveis no ajustamento socioemocional durante uma gravidez adolescente, porém, a influência que elas parecem demonstrar na etiologia deste fenómeno (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Garrett & Tidwell, 1999; Pereira, 2001) e, como tem sido estudado mais recentemente, no ajustamento socioemocional da sua vivência (Pereira, 2001), bem como a possibilidade da explicação da sua influência passar pelas interacções familiares que proporcionam, cuja importância trataremos de seguida, parece-nos ir ao encontro da necessidade de as integrar cada vez mais nas investigações sobre o ajustamento socioemocional a uma gravidez adolescente.

#### **3.2.2.2 Factores relacionais passados**

Como já referimos nas questões da etiologia da gravidez na

adolescência, a Teoria da Vinculação de Bowlby (1978) e as evoluções que tem sofrido ao longo dos anos têm vindo a mostrar a relevância das relações precoces no percurso desenvolvimental do indivíduo. Neste sentido, a experiência de práticas parentais disfuncionais tem surgido em vários modelos como possível preditora de desajustamento posterior, quer relativamente a perturbações psicopatológicas (Perris, 1994), quer na influência negativa relativamente ao estabelecimento de relações ao longo da vida (Bowlby, 1978), e ainda, mais recentemente, à qualidade de vida posterior (Zimmermann, Eismann, & Fleck, 2008), sendo que a especificidade destes aspectos no ajustamento à gravidez e maternidade adolescente tem sido alvo de interesse e análise crescentes.

Apesar de ainda não ser um aspecto muito estudado, Rodrigues et al. (2004) referem que a maternidade é um momento que, por excelência, implica a revisão das relações com os pais, sendo, por isso, de igual modo, uma oportunidade para a revisão e modificação dos *modelos internos dinâmicos* elaborados na sequência das interações na infância, pelo que importa compreender os aspectos dessas interações que mais podem contribuir para o (des)ajustamento das jovens que vivenciam este momento.

Assim, sendo que: a) os padrões de relação estabelecidos nas interações na infância têm uma importante influência nas relações mantidas ao longo da vida do indivíduo, nomeadamente na adolescência, b) a adolescência é um período particularmente centrado nas relações - e em que a contribuição destas para o ajustamento socioemocional dos jovens é sonante, c) a adaptação à transição para a maternidade na idade adulta parece ser influenciada pelas relações com a família de origem durante a infância e adolescência, nomeadamente no que respeita ao ajustamento emocional (Monteiro, Pedrosa, Oliveira, Ramos, & Canavarro, 2005), d) a presença de uma vinculação segura parece beneficiar a adaptação à maternidade, nomeadamente quando esta se verifica em situações de risco, como é o caso da gravidez na adolescência (Pacheco et al., 2003, citado por Rodrigues et al., 2004), e que e) a maternidade se constitui como uma tarefa desenvolvimental capaz de interferir nos modelos que guiam as relações do indivíduo, constituindo-se como oportunidade reestruturadora (Rodrigues et al., 2004), torna-se particularmente importante estudar o impacto das relações precoces no ajustamento das jovens nesta situação.

Têm surgido neste âmbito alguns estudos, quer internacionais, quer no panorama nacional, que tentam esclarecer os mecanismos mediante os quais as memórias de cuidados na infância (variável usada em alguns estudos para avaliar as relações precoces estabelecidas entre o indivíduo e os seus pais, na infância e adolescência) influenciam o ajustamento das grávidas/mães adolescentes.

Esta influência tem sido evidenciada em estudos onde se demonstra que representações caracterizadas pela negatividade ou ambivalência podem comprometer a resposta psicológica da jovem à transição para a parentalidade (Brophy-Herb & Honing, 1999). Também a sobreprotecção ou rejeição da mãe (Pereira, 2001), duas das três dimensões (*Rejeição, Sobreprotecção e Suporte Emocional*) avaliadas separadamente para o pai e para a mãe pelo EMBU (*Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour*, versão portuguesa de Canavarro, 1996) aparecem correlacionadas significativamente com o ajustamento socioemocional da

jovem grávida, associações estas verificadas respectivamente com o ajustamento emocional e com a satisfação com a vida. Canavarro (2009), por sua vez, refere a rejeição por parte do pai como um importante preditor da sintomatologia depressiva das jovens grávidas do seu estudo. A autora verifica também que, em termos da QdV, a percepção de suporte materno por parte da mãe é um importante preditor da mesma no domínio *Ambiente*.

Pereira (2001) salienta ainda que a forma como as experiências de determinadas práticas educativas na infância se relacionam com o ajustamento socioemocional das jovens grávidas acontece num perfil diferenciado do dos seus pares: enquanto no grupo das jovens grávidas parece ser mais determinante a percepção de rejeição e sobreprotecção da mãe para o seu ajustamento actual, para o grupo das jovens sem história de gravidez é o suporte emocional do pai que parece influenciar mais o seu ajustamento.

Rodrigues et al. (2004), por sua vez, estudaram a relação entre as memórias de infância, o estilo de vinculação e as relações actuais numa amostra de 48 adolescentes grávidas, procurando analisar o impacto da qualidade das relações com os pais na infância, tal como são reportadas na adolescência, nas estratégias de vinculação e na qualidade das relações que estabelecem com pessoas significativas durante a gravidez. Fundamentam a análise destas variáveis pelo modo como condicionam a adaptação psicológica à maternidade, particularmente quando se trata de situações de risco, como geralmente é o caso da gravidez na adolescência. Os seus resultados indicam que a *Rejeição* materna é a dimensão dos cuidados parentais que mais parece contribuir para a insegurança da vinculação na relação com adultos significativos. O suporte emocional de ambos os pais aparece também como uma variável com elevada influência. Os resultados deste estudo sugerem, assim, que as memórias de infância sobre as práticas educativas parentais interferem na qualidade do relacionamento interpessoal actual das grávidas adolescentes, relação aparentemente mediada pela qualidade da vinculação, altamente correlacionada com ambas. No entanto, este estudo não estabelece comparações com jovens sem história de gravidez, ficando por conhecer a especificidade deste impacto nas grávidas adolescentes, sugerido noutros estudos - como o de Pereira (2001), em que foram encontradas diferenças nas dimensões das memórias de infância com impacto no ajustamento das adolescentes com e sem história de gravidez - objectivo para o qual o presente estudo pretende contribuir.

Sherman e Donovan (1991), por sua vez, ao tentarem explicar o impacto que as experiências precoces parecem ter no ajustamento das jovens grávidas, relatam a influência que a aceitação/rejeição materna na infância pode ter na capacidade da grávida adolescente para estabelecer uma rede de apoio social satisfatória e para perceber o apoio futuro de figuras significativas como positivo e adequado, indo ao encontro do referido por Soares e Jongenelen (1998) no que respeita ao facto de a influência do apoio social não ser linear, sendo as adolescentes não só receptoras como também agentes activas na obtenção desse apoio. Assim, os autores concluem que o facto de a adolescente grávida se ter sentido rejeitada na relação com a mãe ao longo da sua infância tende a inibir o seu envolvimento em relações afectivas e a construção de uma rede de suporte efectiva e adequada. Nesta perspectiva, estas adolescentes, ao perceberem rejeição materna na

infância, encontram-se numa desvantagem inquestionável para a obtenção e percepção de apoio eficaz.

Apesar da escassa literatura que aborda estas questões, parece existir uma estreita associação entre as experiências precoces de interacção na infância e o ajustamento socioemocional das jovens grávidas, aparentemente pela influência que tais experiências exercem sobre as relações actuais por si estabelecidas.

### 3.2.2.3 Factores relacionais presentes

Para além dos factores familiares precoces, as relações interpessoais das jovens e o apoio trocado nessas relações têm um peso importante no seu equilíbrio emocional (Figueiredo et al., 2006; Pereira, 2001). Na adolescência, as associações entre as relações que o jovem estabelece e o seu desenvolvimento e ajustamento socioemocional tornam-se ainda mais evidentes pelas características desta fase do ciclo de vida. Desta forma, este é um período privilegiado de estudo do impacto destas variáveis, até porque, do ponto de vista desenvolvimental, constitui um importante ponto de viragem e reorganização, em que os jovens têm oportunidade de adquirir novos recursos, mas também novas vulnerabilidades (Pereira, 2001).

A percepção do apoio social é uma das variáveis mais consensualmente estudadas, surgindo como variável mediadora importantíssima para o ajustamento socioemocional das grávidas e mães adolescentes em particular. É teoricamente previsível, e está bem apoiado por diferentes estudos, que a disponibilidade e eficácia de apoio social aumentam as probabilidades de uma transição bem-sucedida para a parentalidade, nomeadamente na adolescência (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001). Apesar do reconhecimento do importante papel do apoio social na adolescência em geral, Pereira (2001) conclui que este exerce diferentes influências no ajustamento das adolescentes grávidas e dos seus pares sem história de gravidez, sendo o apoio percebido mais relevante no ajustamento das primeiras e o apoio prestado no ajustamento das segundas. Como nos dizem Soares et al. (2001) e Soares e Jongenelen (1998), ao reverem vários estudos neste âmbito, uma boa rede de apoio social parece ter uma acção protectora nestas jovens, nomeadamente na diminuição da ansiedade associada à própria gravidez.

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

No que respeita às fontes de apoio social, e de uma forma sintética perante a extensa literatura que aborda o tema, a mãe e o companheiro da adolescente - embora não de forma consensual - são as fontes de apoio habitualmente mais valorizadas pela adolescente (Bogat et al., 1998;

Canavarro & Pereira, 2001; Jongenelen, 1998; Shanok & Miller, 2007; Soares & Jongenelen, 1998), não devendo, no entanto, ser menosprezado o papel da família em geral (Figueiredo et al., 2006). Acerca da relação com o companheiro, Milan et al. (2004), por exemplo, concluem que a relação entre o apoio actual deste e o ajustamento das grávidas adolescentes é significativamente maior do que para as adolescentes sem história de gravidez, realçando o diferente papel que os factores interpessoais desempenham para os dois grupos de jovens. Figueiredo et al. (2006) encontram também um papel importante por parte do apoio do companheiro na adaptação das jovens durante a gravidez. Camarena et al. (1998) referem no entanto que, além de o apoio informal (família, amigos, pai da criança) se relacionar com um maior ajustamento da mãe e da criança, o apoio formal – sob a forma de serviços profissionais e programas – tem igualmente demonstrado efeitos positivos a curto e a longo prazo no bem-estar parental e da criança. Shanok e Miller (2007) apresentam resultados no mesmo sentido, ao revelarem a importância do apoio e reforço por parte dos técnicos de saúde, além do da família e de outros adultos significativos, como um dos factores que parecem influenciar o humor das jovens em processo de transição para a maternidade, nomeadamente no que diz respeito à sintomatologia depressiva.

### 3.2.3 Factores sociais

Os aspectos sociais, intrinsecamente relacionados com os factores individuais e relacionais - por se constituírem o contexto alargado em que eles se inserem - parecem também ter um papel importante no ajustamento das grávidas adolescentes.

No que respeita à etnia, a investigação tem demonstrado diferenças culturais nas atitudes face à gravidez e maternidade na adolescência, que parecem determinar diferentes interacções entre factores e, conseqüentemente, diferentes resultados (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Eshbaugh, 2006; Sieger & Renk, 2007).

Outra das variáveis sociodemográficas relativas ao contexto mais alargado, cujo impacto no ajustamento das jovens grávidas já foi estudado, é a área de residência, a propósito da qual Pereira (2001) conclui que as grávidas de zonas rurais estão mais satisfeitas com a vida do que as grávidas de zonas urbanas. Segundo a autora, este dado pode estar relacionado com o facto de, nestas comunidades rurais, a gravidez ser mais desejada.

Relativamente a outros factores de ordem sociodemográfica, como o baixo NSE das famílias das grávidas adolescentes, referimos já alguns estudos, nomeadamente o de Milan et al. (2004), em que as condições socioeconómicas, quando controladas, esbatem a significância das diferenças entre jovens adolescentes ajustadas e com pior ajustamento, indicando que estes factores têm também um papel importante no seu ajustamento socioemocional, apesar da ausência de consenso entre estudos.

Quanto à escolaridade, a investigação revela dados discordantes no que respeita à sua influência no ajustamento socioemocional das jovens grávidas. Pereira (2001), por exemplo, conclui que a escolaridade não se encontra estatisticamente correlacionada com os índices de ajustamento emocional na amostra do seu estudo. Por outro lado, existem estudos em que

o factor escolaridade (inferior ou superior ao 9º ano de escolaridade) e o estatuto escolar (estuda ou não estuda) estão entre as variáveis que permitem prever a adaptação da grávida à concepção (Figueiredo et al., 2006).

## II - Objectivos

O presente trabalho tem como objectivo geral contribuir para a compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência no que respeita à sua etiologia e impacto no ajustamento socioemocional. Para isso, propõe-se a analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e relacionais na ocorrência da gravidez e no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes por comparação com outro de adolescentes sem história de gravidez. Para tal, organizámos o presente estudo tendo em conta dois objectivos mais abrangentes e, dentro deles, estabelecemos objectivos específicos.

A opção por organizar os objectivos, apresentando em primeiro lugar os factores sociodemográficos, seguidos dos relacionais, ao contrário do que aconteceu no enquadramento teórico do presente trabalho, prende-se com questões práticas de análise e apresentação. A opção por esta organização facilitará, em nosso entender, a exposição e leitura dos aspectos abordados, partindo de uma dimensão mais descritiva do indivíduo e da sua realidade social (mais conhecida e fundamentada teórica e empiricamente na literatura), para aspectos mais restritos ao contexto das relações (cuja exploração na literatura é menor).

O **primeiro objectivo geral (A)** deste trabalho consiste em avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e familiares na ocorrência de uma gravidez na adolescência. Deste objectivo decorrem os seguintes objectivos específicos:

1. Caracterizar dois grupos de adolescentes do sexo feminino (um deles constituído por grávidas adolescentes – **GA** – e outro por adolescentes sem história de gravidez – **ASHG**) em relação:
  - 1.1 às variáveis sociodemográficas (idade, etnia, religião, local de residência (rural-urbano), estado civil, habilitações literárias, abandono escolar, situação profissional, aspirações académicas e nível socioeconómico (NSE));
  - 1.2 às variáveis familiares, conceptualizadas em termos estruturais (constituição do agregado familiar na infância, idade média dos pais, estado civil destes, situação profissional da mãe, número de irmãos, existência familiares com história de gravidez adolescente) e relacionais (memórias das práticas educativas parentais na infância nas dimensões *Suporte Emocional*, *Rejeição* e *Sobreprotecção*).
2. Comparar os dois grupos quanto às variáveis em estudo, de modo a averiguar quais as que se associam com a ocorrência de uma gravidez na adolescência.

O **segundo objectivo geral (B)** do presente trabalho prende-se com a averiguação dos padrões que num e noutro grupo (**GA** e **ASHG**) podem conduzir a um melhor ajustamento socioemocional (tendo como indicadores

a sintomatologia depressiva e a percepção de qualidade de vida). Neste âmbito, propomos os seguintes objectivos específicos:

3. Caracterizar e comparar os dois grupos de adolescentes em relação ao ajustamento socioemocional.
4. Averiguar, no grupo GA, a influência das características reprodutivas no ajustamento socioemocional.
5. Averiguar, em cada um dos grupos, a influência dos factores sociodemográficos no ajustamento socioemocional.
6. Averiguar, em cada um dos grupos, a influência das variáveis familiares no ajustamento socioemocional.
7. Conhecer as possíveis associações entre as memórias de infância sobre as práticas educativas parentais e dimensões do contexto relacional actual (percepção do apoio social e da qualidade das relações actuais).
8. Averiguar, em cada um dos grupos, a influência da percepção do apoio social e da qualidade das relações actuais no ajustamento socioemocional.
9. Explorar modelos explicativos do ajustamento socioemocional durante a gravidez na adolescência com base nas variáveis sociodemográficas e familiares.

A revisão da literatura permitiu-nos estabelecer algumas hipóteses de trabalho sobre os objectivos enunciados. Assim, relativamente ao **objectivo geral A**, estabelecemos as seguintes hipóteses:

**H1.1:** Espera-se que o grupo GA apresente níveis socioeconómicos e educacionais mais baixos, bem como maior abandono escolar e desemprego, menores aspirações académicas, maior proveniência de meios rurais e maior número de jovens casadas/em união de facto relativamente às jovens do grupo ASHG.

**H1.2:** Espera-se, por comparação com o grupo ASHG, que as jovens do grupo GA apresentem uma maior frequência de pertença a famílias nucleares não intactas ou reconstituídas, fratrias mais numerosas, maior frequência de gravidez adolescente na família e relações familiares na infância pautadas por menor suporte emocional e menor sobreprotecção nas práticas educativas parentais.

**H2:** Esperam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, reveladoras de associações entre a ocorrência de gravidez e:

- a) baixas habilitações literárias
- b) elevadas taxas de abandono escolar
- c) baixo NSE
- d) proveniência de meio rural
- e) maior número de irmãos
- f) pertença a famílias não nucleares ou reconstituídas
- g) maior frequência de gravidez adolescente na família
- h) baixo suporte emocional e sobreprotecção percebidos nas práticas educativas dos pais durante a infância.

No que ao **objectivo geral B** diz respeito, colocamos as seguintes hipóteses:

**H4:** Espera-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que toca à qualidade do ajustamento socioemocional das jovens.

**H5:** Espera-se que o facto de a gravidez ter sido planeada ou desejada influencie positiva e significativamente o ajustamento socioemocional das jovens do grupo GA, contribuindo para resultados mais ajustados.

**H6.1:** Esperam-se associações estatisticamente significativas entre um melhor ajustamento socioemocional das jovens dos dois grupos e níveis socioeconómicos mais elevados.

**H6.2:** Esperam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na influência da proveniência de meios rurais/urbanos e da exclusão do sistema de ensino no ajustamento socioemocional das jovens:

- a) No grupo GA espera-se que um melhor ajustamento se associe com:
  - a.a proveniência de meios rurais
  - b. o abandono escolar prévio à gravidez
  - c. menores habilitações literárias
- b) No grupo ASHG espera-se que um melhor ajustamento se associe com:
  - a.a proveniência de meios urbanos
  - b. maiores habilitações literárias

**H7.1:** Esperam-se associações estatisticamente significativas entre um melhor ajustamento socioemocional das jovens dos dois grupos e:

- a) pertença a famílias nucleares intactas na infância
- b) pertença a famílias nucleares intactas (agregado actual)
- c) menor número dos elementos do agregado familiar actual

**H7.2:** Esperam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas práticas educativas parentais durante a infância que influenciam o ajustamento socioemocional das jovens.

- a) No grupo GA espera-se que um melhor ajustamento se associe com:
  - a. Menor rejeição da mãe
  - b. Maior sobreprotecção da mãe
- b) No grupo ASHG espera-se que um melhor ajustamento se associe com:
  - a. Maior suporte emocional do pai

**H8:** Espera-se que práticas educativas na infância caracterizadas por maior suporte emocional se associem nos dois grupos a uma melhor qualidade percebida das relações e apoio social actuais.

**H9:** Espera-se que a associação da percepção de qualidade das relações e apoio social actuais com o ajustamento socioemocional das jovens seja estatisticamente mais significativa no grupo de GA.

**H10:** Espera-se que o NSE e a rejeição por parte da mãe e o apoio actual da mãe percebidos pela adolescente se revelem como preditores estatisticamente significativos no ajustamento socioemocional durante a gravidez.

### III - Metodologia

Nesta secção do presente trabalho procederemos à caracterização da amostra em estudo, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos metodológicos e estatísticos a que recorreremos.

### 1. Caracterização da amostra

Para a realização do presente trabalho constituímos um **grupo clínico** de 38 jovens do sexo feminino que engravidaram com idade igual ou inferior a 19 anos (**GA**). Na impossibilidade de recolher em tempo útil uma amostra suficiente para a constituição do referido grupo no distrito de Coimbra, a escolha do distrito de Viseu para o integrar visou retratar a realidade da zona centro do país. Assim, este grupo integrou grávidas adolescentes provenientes de diferentes serviços, que se disponibilizaram a participar na investigação: a) utentes da Maternidade Doutor Daniel de Matos, em Coimbra, durante o acompanhamento que lhes foi prestado no âmbito da Consulta de Grávidas Adolescentes, b) utentes da consulta da mesma especialidade do Hospital São Teotónio, em Viseu e c) jovens apoiadas pela Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo (ADFP) e pela Associação de Defesa e Apoio à Vida, em Coimbra, no período que decorreu entre Outubro de 2008 e Maio de 2009.

Foi também constituído um **grupo de referência**, composto por 38 jovens do sexo feminino sem história de gravidez e com idade igual ou inferior a 19 anos (**ASHG**). Integraram este grupo: a) alunas da Escola Secundária Avelar Brotero, em Coimbra, e b) adolescentes integradas nas actividades da Associação Cultural e Recreativa de Coimbra. Os critérios de exclusão da amostra foram a ausência de um nível de compreensão que permitisse responder ao protocolo de avaliação (**GA** e **ASHG**) e a existência de gravidez actual ou passada (**ASHG**).

No Quadro 1 apresentamos uma descrição detalhada do **grupo clínico** e do **grupo de referência** no que respeita às características sociodemográficas. Os dois grupos eram constituídos por jovens dos 13 aos 19 anos de idade ( $M_{GA} = 16.32$ ;  $DP = 1.397$ ;  $M_{ASHG} = 16.37$ ;  $DP = 1.324$ ) e maioritariamente de etnia caucasiana (**GA** 89.5%; **ASHG** 100%).

As adolescentes do **grupo clínico** residiam predominantemente em meios urbanos (73.7%), embora exista ainda uma percentagem assinalável de jovens provenientes de meio rural (26.3%), sendo que 89.5% eram de caucasianas e apenas 10.5% de etnia cigana. Quanto ao estado civil, 57.9% das jovens deste grupo encontravam-se em situação de união de facto/casamento, perante 42.1% de jovens que permaneciam solteiras. No que concerne à escolaridade, o nível de ensino mais frequentado era o 9º ano ( $Mo = 9$ ), oscilando as habilitações literárias das jovens (operacionalizadas em termos do último ano de escolaridade frequentado) entre o analfabetismo e o 11º ano ( $Min = 0$ ;  $Max = 11$ ). Apenas 26.3% das adolescentes grávidas permaneciam a estudar, sendo que 31.6% abandonou o sistema de ensino ainda antes da ocorrência da gravidez. Apenas 7.9% se encontravam empregadas. Quanto às aspirações académicas, 23% das jovens pretendiam estudar até ao 9º ano, 21.1% até ao 12º e 15.8% tencionavam ingressar no ensino superior, sendo que 36.8% das jovens não tencionavam voltar a estudar. O nível socioeconómico (NSE) baixo<sup>6</sup> apresentou-se como claramente maioritário neste grupo (92.1%), sendo que apenas 3 das 38 jovens se integravam no NSE médio/elevado.

As jovens do **grupo de referência** provinham maioritariamente de zonas urbanas (94.7%), sendo caucasianas e solteiras na sua totalidade. Em

<sup>6</sup> A classificação por nós adoptada vai de encontro aos critérios definidos por Simões (1994).

termos da escolaridade, o ano mais frequentado era o 12º ano ( $Mo = 12$ ), oscilando as suas habilitações entre o 6º e o 12º ano ( $Min = 6$ ;  $Max = 12$ ). As aspirações académicas das jovens variaram entre completar o 12º ano (18.4%) ou ingressar no ensino superior (81.6%). A totalidade das jovens continua a frequentar o sistema de ensino. Quanto ao NSE, 42.1% das jovens integravam o NSE baixo e 57.9% pertenciam ao NSE médio/elevado.

**Quadro 1. Características sociodemográficas do grupo clínico e do grupo de referência**

		Grupo clínico		Grupo de referência	
		GA (N=38)		ASHG (N=38)	
		N	%	N	%
<b>Idade</b>	13-15	11	28.1	11	28.9
	16-19	27	71.1	27	71.1
		<i>M=16.32; DP=1.397</i>		<i>M=16.37; DP=1.324</i>	
<b>Etnia</b>	Caucasiana	34	89.5	38	100
	Cigana	4	10.5	--	--
<b>Religião</b>	Sim	32	84.2	30	78.9
	Não	6	15.8	8	21.1
<b>Residência</b>	Rural	10	26.3	2	5.3
	Urbana	28	73.7	36	94.7
<b>Estado civil</b>	Solteira	16	42.1	38	100
	União/Cas.	22	57.9	--	--
<b>Hab.Lit.<sup>7</sup></b>					
	Analfabetismo	1	2.6	--	--
	Ensino básico (1-4)	2	5.3	--	--
	2º Ciclo (5-6)	3	7.9	2	5.3
	3º Ciclo (7-9)	25	65.8	5	13.2
	Secundário (10-12)	7	18.4	31	81.6
<b>Anos de escolaridade</b>		<i>M=8.21; DP=2.195</i>		<i>M=10.47; DP=1.623</i>	
<b>Abandono escolar</b>	Antes da gravidez	12	31.6	--	--
	Durante a gravidez	16	42.1	--	--
	Nunca abandonou	10	26.3	38	100
<b>Situação profiss.</b>	Empregada	3	7.9	--	--
	Desempregada	25	65.8	--	--
	Estudante	10	26.3	38	100
<b>NSE</b>	Baixo	35	92.1	16	42.1
	Médio/Elevado <sup>8</sup>	3	7.9	22	57.9

O estudo da **comparabilidade** dos dois grupos revelou que estes são equivalentes na sua distribuição quanto à idade,  $t(74) = -.168$ ,  $p = .867$ , e à religião,  $\chi^2(1) = .350$ ,  $p = .554$ .

No entanto, os grupos diferem de forma estatisticamente significativa

<sup>7</sup> Optámos pela sua apresentação por categorias para facilitar a sua leitura.

<sup>8</sup> Dado o reduzido número de jovens da totalidade da amostra que integravam o NSE elevado (6 do grupo ASHG), optámos por categorizar o NSE em dois níveis: baixo e médio/elevado. No grupo GA nenhuma das jovens pertencia a um NSE elevado, pelo que os valores apresentados para esta categoria dizem respeito unicamente a jovens classificadas com NSE médio.

num conjunto de características que devem ser tidas em conta<sup>9</sup>. O grupo GA revelou menores habilitações literárias (em termos do último ano de escolaridade frequentado,  $M = 8.21$ ,  $DP = 2.195$ ) do que o grupo ASHG ( $M = 10.47$ ,  $DP = 1.623$ ;  $t(74) = -5.110$ ,  $p < .001$ ), bem como maior abandono escolar no momento da avaliação [ $\chi^2(2) = 44.333$ ,  $p < .001$ ] e antes da ocorrência da gravidez [ $\chi^2(1) = 14.25$ ,  $p < .001$ ], sendo que apenas três das adolescentes do grupo GA se encontram inseridas no mercado de trabalho. As aspirações académicas das jovens do grupo GA eram igualmente significativamente mais baixas do que as do grupo ASHG [ $\chi^2(3) = 40.959$ ,  $p < .001$ ]. Verificou-se ainda uma maior proveniência de zonas rurais nas jovens do grupo GA [ $\chi^2(1) = 6.333$ ,  $p = .012$ ]. Foram ainda detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no estado civil [ $\chi^2(1) = 30.963$ ,  $p < .001$ ] e NSE [ $\chi^2(1) = 21.518$ ,  $p < .001$ ] (cf. Quadro 1), diferenças cuja análise integra os objectivos a que nos propomos, e que exploremos em ponto subsequente.

Parece-nos ainda importante referir algumas características do **grupo clínico**, que expomos no Quadro 2.

**Quadro 2. Características reprodutivas do grupo clínico**

<b>Grupo clínico GA (N=38)</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional (semanas)</b>		$M=27.66$ ; $DP=9.333$	
<b>Gravidez planeada</b>	Sim	7	18.4
	Não	31	81.6
<b>Gravidez desejada</b>	Sim	20	52.6
	Não	18	47.4
<b>Partos anteriores</b>	Não	36	94.7
	Sim, um	2	5.3
<b>Abortamento anterior</b>	Não	36	94.7
	Sim	2	5.3
<b>Complicações obstétricas gestação actual</b>	Não	35	92.1
	Sim	3 <sup>10</sup>	7.9

Do ponto de vista reprodutivo, a maioria das grávidas adolescentes não planeou a actual gravidez e uma percentagem pequena tem história de parto ou abortamento anteriores. Importa notar que 44.7% das jovens que o constituem pertenciam ao distrito de Coimbra, sendo que os restantes 55.3% pertenciam ao distrito de Viseu. A avaliação foi efectuada em qualquer momento do acompanhamento da gravidez destas jovens pelos serviços referidos, abrangendo, portanto, avaliações em diferentes idades gestacionais, desde as 8 às 40 semanas, sendo a média da avaliação aproximadamente 28 semanas.

<sup>9</sup> No que respeita à etnia, o baixo  $n$  de uma das categorias levou-nos à opção por não realizar o estudo comparativo entre os dois grupos. No entanto, é de referir que apenas no grupo GA existiam adolescentes de etnia cigana ( $N = 4$ ).

<sup>10</sup> Ameaça de parto pré-termo e outras dificuldades não especificadas.

## 2. Instrumentos

O protocolo utilizado no presente trabalho foi constituído por uma ficha de recolha de dados sociodemográficos, por duas grelhas de avaliação da qualidade das relações e apoio social percebido actuais e por um conjunto de questionários de auto-resposta. Passaremos a descrevê-los de forma breve.

### *Ficha de caracterização sociodemográfica*

Esta ficha foi construída a partir da entrevista semi-estruturada sobre as dimensões psicológicas da gravidez utilizada na avaliação e triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Constituída por questões de resposta aberta e de resposta fechada, visa avaliar informação sociodemográfica (e.g. idade, estado civil), escolar e profissional, familiar, de história de saúde e saúde reprodutiva, projecto de vida e gravidez na adolescência na família. As versões desta entrevista utilizadas num e noutra grupo diferiam em alguns aspectos de formulação, que visavam adequá-la à realidade de ambos. Para o grupo GA é ainda avaliada informação acerca do pai do bebé, reacções e atitudes face à gravidez, vigilância e impacto da mesma na vida da adolescente.

### *Escalas de adjectivos*

Foram também utilizadas escalas de avaliação subjectiva para avaliar dimensões relativas à qualidade das relações com a família, o companheiro e o grupo de amigos, bem como às redes de apoio percebidas. Estas escalas apresentam um contínuo de adjectivos ou julgamentos relativos a uma determinada situação, sendo que cada grau identificado na escala corresponde a uma opção de resposta. Embora elaboradas de forma semelhante às escalas visuais analógicas, distinguem-se pela introdução de descritores adicionais intermédios. Passamos a descrever as duas escalas utilizadas.

- *Percepção da relação com os pais, companheiro e amigos*, constituída por quatro itens numa escala tipo Likert de oito pontos, que vai desde “Inexistente” [1] a “Extremamente boa” [8], no sentido de recolher informação acerca da qualidade percebida pelas jovens dos seus relacionamentos actuais com a mãe, o pai, o companheiro e grupo de amigos.

- *Percepção da satisfação com o apoio social*, composta por sete itens sobre a satisfação que as jovens sentem com o apoio que recebem dos outros (mãe, pai, namorado/companheiro, família do namorado/companheiro, escola, serviços de saúde e técnicos de saúde) no momento actual, numa escala tipo Likert de seis pontos, que vai de “Nada satisfeita” [0] a “Extremamente satisfeita” [5].

### *Grelha de informação obstétrica*

Utilizámos ainda uma grelha de informação médica, dirigida à recolha de dados referentes à história de saúde prévia da jovem e de aspectos obstétricos da saúde reprodutiva e gestação actual (curso da gestação, vigilância médica, número de ecografias, possíveis intercorrências clínicas

durante a gravidez).

*Questionários de auto-resposta*

*Memórias de Infância; EMBU - Egna Minnen av Barndoms Uppfostram* (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorris, & Perris, 1980; Versão Portuguesa: Canavarro, 1996, 1999)

A versão original deste instrumento (Perris, Jacobson, Lindstrom von Knorris, & Perris, 1980) era constituída por 81 itens, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção dos adultos acerca das práticas educativas dos seus progenitores. Arrindell e colaboradores elaboraram uma forma abreviada do EMBU, constituída por 23 itens, distribuídos por três dimensões: Suporte emocional, Rejeição e Sobreprotecção. Esta versão revelou bons indicadores de validade e fiabilidade, bem como níveis satisfatórios de variância intercultural para as dimensões consideradas (Arrindell et al., 1994).

A versão portuguesa da escala abreviada recebeu a designação de *Memórias de Infância*, embora a sigla EMBU seja utilizada por ser a mais corrente na literatura, e consiste num questionário de auto-resposta, constituído por 23 itens numa escala de resposta tipo Likert de quatro pontos, que vai desde “Não, nunca” [1] até “Sim, a maior parte do tempo” [4]. A sua utilização científica com a população portuguesa é possível a partir dos estudos realizados por Canavarro (1996, 1999). Os 23 itens que constituem o instrumento foram sujeitos a análise factorial, sendo que os factores encontrados coincidem com os apontados na teoria subjacente, pelo foram mantidas as designações originais (Canavarro, 1999). Assim, a dimensão *Suporte Emocional* refere-se aos comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável na sua presença e lhe confirmam a ideia de que é aprovado como pessoa por aqueles; operacionalmente esta dimensão diz respeito ao somatório de comportamentos de aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho. A dimensão *Rejeição*, por sua vez, é definida pelos comportamentos dos pais que procuram modificar a vontade dos filhos e são sentidos por estes como uma pressão para se comportarem em consonância com a vontade dos progenitores; operacionalmente esta variável resulta da frequência de práticas como castigos físicos, privação de objectos ou privilégios, ou aplicação directa da força com o objectivo de influenciar o comportamento do filho. Finalmente, a dimensão *Sobreprotecção* reflecte os comportamentos parentais caracterizados por protecção excessiva em relação a experiências indutoras de stress e adversidades, elevado grau de intrusão nas actividades dos filhos, padrões muito elevados de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas. A ponderação de todos os aspectos mencionados levam a autora a afirmar que a versão portuguesa do EMBU mede as mesmas variáveis que a versão original (Canavarro, 1999).

No que respeita aos dados psicométricos da versão portuguesa, os valores do  $\alpha$  de Cronbach situaram-se em .73 para o pai e .74 para a mãe. O valor do coeficiente de Spearman-Brown (.71 para o pai e .79 para a mãe) foi também abonatório de uma boa consistência interna. Se ponderados conjuntamente, os valores obtidos parecem ser representativos de um instrumento com boa consistência interna, verificando-se, porém, que a escala que avalia as práticas educativas maternas apresentou maior

consistência interna do que a que avalia as práticas educativas do pai (Canavarro, 1999). O EMBU revelou também boa estabilidade temporal.

Na amostra do presente trabalho, o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach variou de .529 na dimensão *Sobreprotecção\_Mãe* a .889 na dimensão *Suporte Emocional\_Pai* no grupo GA e de .428 na dimensão *Sobreprotecção\_Mãe* a .918 na dimensão *Suporte Emocional\_Pai* no grupo ASHG. Os valores das dimensões *Sobreprotecção* relativas ao pai e à mãe não oferecem garantias de boa consistência interna na amostra em estudo, pelo que decidimos pela sua exclusão no presente trabalho. Todas as outras dimensões apresentaram valores de consistência interna aceitáveis para o pai e para a mãe no grupo GA: respectivamente *Suporte Emocional* .889 e .875, *Rejeição* .859 e .876; bem como no grupo ASHG: respectivamente *Suporte Emocional* .918 e .861, *Rejeição* .901 e .875<sup>11</sup>.

*Escala de Depressão pós-parto de Edinburg [EPDS]; Edinburg Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Versão traduzida para investigação: Figueiredo, 1997)

A versão original deste instrumento é da autoria de Cox, Holden e Sagovsky (1987), e destina-se, como a própria designação indica, à detecção de sintomas de depressão pós-parto. É constituída por 10 itens e os autores ao avaliarem a fiabilidade dos resultados da escala através do método da divisão em duas partes iguais (split-half), encontraram um coeficiente de partição de .880; os itens revelaram também bons dados de consistência interna, que se traduz num valor  $\alpha$  de Cronbach de .870.

A versão por nós utilizada foi a tradução efectuada por Figueiredo (2001) no âmbito da sua investigação de Doutoramento, que consiste num questionário de auto-resposta composto igualmente por dez itens numa escala tipo Likert de quatro pontos, que aborda a intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores ao seu preenchimento. A autora realizou estudos psicométricos prévios à utilização da escala, com uma amostra de 51 mulheres, tendo obtido um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .850 e o valor de .840 para a fiabilidade avaliada através do coeficiente de partição. Estudou ainda a fidelidade dos resultados da sua versão traduzida da escala através do método de teste-reteste, no qual obteve um coeficiente de correlação de .750. Os indicadores encontrados são significativos, garantindo a estabilidade e a consistência interna dos resultados desta versão. A autora estudou ainda o valor da escala para discriminar mulheres com diagnóstico de depressão, tendo concluído, a partir dos resultados com a sua amostra, que o valor 9 se revela um ponto de corte mais adequado.

Uma vez que a EPDS não contém itens específicos acerca de questões relativas à maternidade ou ao bebé, tem sido utilizada não apenas para a triagem e detecção de sintomatologia depressiva no período pós-natal, mas em várias outras situações, pelo que a escolhemos para integrar o protocolo do presente estudo. Cox e Holden (2003) citam estudos realizados com esta escala na gravidez, doença terminal, estudos com pais e triagem de humor disfórico em famílias adoptantes, entre outras populações.

Na presente amostra este instrumento apresentou boas qualidades

<sup>11</sup> Os valores de consistência interna e correlações entre as escalas do EMBU nos dois grupos encontram-se representados no Anexo 1 (Quadro 1).

psicométricas no que respeita à fiabilidade (consistência interna) com um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .699 (N=38) para o grupo GA e de .811 (N=38) para o grupo ASHG.

*Versão breve do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS [WHOQOL-Bref]* (WHOQOL Group, 1998; Vaz Serra, et al., 2006)

Este é um instrumento destinado à avaliação da Qualidade de Vida, sendo constituído por 26 itens, numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta [1 a 5]. Este instrumento avalia a QdV segundo quatro domínios (*Físico*, *Psicológico*, *Relações sociais* e *Ambiente*) e uma faceta *Geral* da QdV, constituída por 2 itens que avaliam a satisfação global com a QdV e a percepção global do estado de saúde. Cada um destes domínios é composto por facetas específicas da QdV que sumarizam o domínio particular de QdV em que se inserem.

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

Os estudos psicométricos da versão portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) demonstram boas qualidades psicométricas, tanto no conjunto dos quatro domínios (.79), como considerando cada um individualmente (*Físico*: .87; *Psicológico*: .84; *Relações Sociais*: .64; *Ambiente*: .78), para os quais os valores para o  $\alpha$  de Cronbach são aceitáveis. No conjunto dos 26 itens, o valor do  $\alpha$  de Cronbach foi de .92. O WHOQOL-Bref apresentou boa estabilidade temporal, bem como bons indicadores de validade.

Na amostra do presente trabalho este instrumento revelou boas qualidades psicométricas gerais no que respeita à consistência interna, com coeficientes  $\alpha$  de Cronbach para o total dos itens de .877 (GA) e .917 (ASHG). No entanto, alguns domínios apresentaram baixos valores de  $\alpha$  de Cronbach. Foi o caso do domínio *Relações Sociais* (.529), resultado espectável pelo reduzido número de itens que o constitui e pelos valores de consistência interna habitualmente mais baixos que os restantes domínios que assume noutros estudos (Vaz Serra et al., 2006), razão pela qual optámos por mantê-lo no presente trabalho. Também o domínio *Físico* apresentou baixos valores de  $\alpha$  de Cronbach, em particular no grupo GA (.577), porém, a nossa opção foi de o utilizar no presente estudo. Nos restantes domínios o  $\alpha$  de Cronbach variou dentro de valores aceitáveis em ambos os grupos: respectivamente *Psicológico* .707, *Ambiente* .772 para o grupo GA e *Psicológico* .803, *Ambiente* .837 para o grupo ASHG.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Os valores de consistência interna para os quatro domínios do WHOQOL-Bref, bem como as correlações entre estes e com a faceta *Geral* encontram-se representados para os dois grupos no Anexo 1 (Quadro 2).

### 3. Procedimentos de investigação

A primeira etapa da presente investigação consistiu na recolha de dados junto das adolescentes grávidas acompanhadas pelos diferentes serviços mencionados, após contacto directo com as instituições e aprovação da recolha pelas respectivas comissões de ética ou administrações, conforme a entidade em causa.

Na Maternidade Doutor Daniel de Matos a abordagem às jovens foi feita num primeiro momento sem contacto pessoal directo com as mesmas, a fim de não violar os princípios estabelecidos pelo serviço para a sua protecção e salvaguarda dos seus direitos durante a gravidez. Assim, o contacto e pedido de colaboração foram efectuados via envelope, anexado aos processos das jovens nos dias em que frequentavam a Consulta de Obstetrícia de Grávidas Adolescentes. Dentro do envelope seguiu o pedido de colaboração, o consentimento informado elaborado no âmbito da investigação e o conjunto de instrumentos de auto-resposta que constituía o protocolo de avaliação, que deveriam devolver no final da consulta nos serviços de secretariado da mesma instituição. No referido consentimento informado eram explicados aos participantes os objectivos da investigação e salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, sendo ainda explicados os papéis dos investigadores que teriam acesso a esses dados, bem como o carácter voluntário da sua participação. Procedeu-se igualmente à consulta dos processos das jovens que colaboraram no estudo e que eram seguidas na Consulta de Acompanhamento Psicológico, a fim de recolher os dados sociodemográficos das mesmas. Quando tal não era possível ou quando o protocolo não havia sido preenchido correctamente/na sua totalidade, as adolescentes voltaram a ser contactadas na altura do internamento para o parto, no sentido de completar a sua colaboração, se para tal se disponibilizassem. Foram ainda consultados os seus processos hospitalares a fim de recolher os dados clínicos respeitantes ao preenchimento da grelha de informação médica da grávida.

No Hospital São Teotónio, em Viseu, a recolha foi autorizada via contacto directo com as adolescentes, tendo sido executada por uma psicóloga credenciada na área, mediante entrevista para preenchimento do mesmo protocolo de avaliação. O mesmo método de recolha foi por nós utilizado com as jovens acompanhadas pela ADFP e ADAV, tendo estas, neste caso, sido contactadas pelas próprias instituições a fim de averiguar a sua disponibilidade para participar na investigação.

Por seu lado, a recolha da amostra constituinte do grupo de referência foi feita por duas vias. A primeira consistiu na recolha por auto-preenchimento colectivo em ambiente de sala de aula, devidamente autorizado e monitorizado por docentes da escola onde foi efectuada (Escola Secundária Avelar Brotero, em Coimbra). Foram escolhidos diferentes anos escolares e diferentes turmas, de modo abranger uma amplitude de idades semelhantes às do grupo clínico. Por seu lado, a recolha efectuada na Associação Cultural e Recreativa de Coimbra visou completar a amostra de referência anteriormente recolhida em termos etários e do tipo de sistema de ensino frequentado, uma vez que esta associação integra jovens de todas as faixas etárias, residentes no distrito de Coimbra e integrados em diferentes tipos e estabelecimentos de ensino ou inseridos no mercado de trabalho.

#### 4. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 14.0), com o qual procedemos aos cálculos necessários para estatísticas descritivas e inferenciais que permitissem trabalhar os objectivos a que nos propusemos. Em relação às estatísticas descritivas, foram calculadas frequências de variáveis caracterizadoras dos grupos que constituem a amostra, bem como valores de tendência central (média e moda) e desvios-padrão de algumas variáveis. No que respeita às estatísticas inferenciais, para comparação de médias foram calculados testes t de Student, testes U de Mann Whitney ou de Kruskal-Wallis (quando não eram preenchidos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, nomeadamente pela dimensão da amostra), análises univariadas da variância (ANOVA), e análises multivariadas da variância (MANOVA). Foi ainda utilizado o teste do Qui-Quadrado para comparação de dados categoriais. Adicionalmente, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman (quando as variáveis em análise não seguiam uma distribuição normal) para aferir a associação entre variáveis de natureza contínua. Procedeu-se ainda a análises de Regressão Linear para exploração de modelos explicativos das relações entre algumas das variáveis em estudo.

#### IV – Resultados

Na presente secção procederemos à apresentação dos resultados obtidos através das análises estatísticas realizadas. Utilizaremos como referencial para a sua exposição os objectivos previamente estabelecidos.

#### A. Influência de variáveis sociodemográficas e familiares na ocorrência de uma gravidez na adolescência

##### A.1 Caracterização e comparação dos dois grupos em estudo

###### 1.1 Variáveis sociodemográficas

No que concerne à caracterização e comparação dos grupos GA e ASHG, apresentaremos apenas os resultados respeitantes às variáveis familiares, uma vez que as variáveis sociodemográficas foram apresentadas anteriormente e comparadas em ambos os grupos na descrição da amostra em estudo (cf. Capítulo III, ponto 1).

###### 1.2 Variáveis familiares

No Quadro 3 apresentamos os dados referentes à **constituição do agregado familiar na infância** das jovens dos dois grupos. Estes resultados indicam que 81.6% das jovens do grupo **GA** viveu numa estrutura familiar nuclear intacta (pais), enquanto 18.4% provinham de uma estrutura familiar não intacta ou reconstituída. No grupo **ASHG** a percentagem de jovens provenientes de famílias nucleares intactas foi superior (92.1%), sendo que apenas uma pequena minoria viveu na infância com famílias não intactas (7.9%). Esta diferença não foi, no entanto, estatisticamente significativa,  $\chi^2(1) = 1.842, p = .175$ .

Quadro 3. Constituição do agregado familiar na infância

	Grupo clínico GA (N=38)		Grupo de referência ASHG (N=38)	
	N	%	N	%
<b>Pais (e irmãos)</b>	31	81.6	35	92.1
<b>Pai (sem mãe)</b>	1	2.6	--	--
<b>Mãe (sem pai)</b>	1	2.6	3	7.9
<b>Outros familiares<sup>13</sup></b>	11	28.9	8	21.1
<b>Instituição</b>	--	--	--	--

Quanto ao **número de irmãos**, verificou-se que a análise das diferenças entre grupos apresentou valores próximos da significância estatística, mostrando uma tendência, embora não significativa, para as jovens do grupo **GA** terem um maior número de irmãos ( $M = 2.42$ ) comparativamente com as jovens do grupo **ASHG** ( $M = 1.61$ ;  $t(74) = 1.965$ ,  $p = .053$ ).

Ainda no que à estrutura familiar diz respeito, verificou-se que as jovens de ambos os grupos não apresentavam diferenças estatisticamente significativas quanto à **idade média dos seus pais**, nem quanto ao **estado civil actual** dos mesmos.

A comparação entre os dois grupos revelou, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre a **situação profissional da mãe** das jovens<sup>14</sup>. Assim, verificou-se que as mães das jovens do grupo **GA** pertencem com elevada frequência à categoria domésticas ( $N = 16$ ) quando comparadas com as mães das jovens do grupo **ASHG** ( $N = 4$ ,  $\chi^2(1) = 9.771$ ,  $p = .002$ ).

Os dois grupos revelaram ainda diferenças estatisticamente significativas no que respeita à existência de **familiares que engravidaram na adolescência**, sendo o grupo **GA** aquele que revelou valores mais elevados da ocorrência deste fenómeno ( $N = 22$ ) quando comparado com o grupo **ASHG** ( $N = 10$ ;  $\chi^2(1) = 7.773$   $p = .005$ ).

No que respeita às **memórias das práticas educativas parentais** na infância, os dois grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Suporte Emocional* da mãe, sendo o grupo **ASHG** o que apresentou valores mais elevados na mesma ( $M = 22.05$ ,  $DP = 4.36$ ) comparativamente com o grupo **GA** ( $M = 19.42$ ,  $DP = 5.48$ ,  $t(69) = -2.236$ ,  $p = .029$ ). No Quadro 4 estão representados os testes t de Student entre os dois grupos para todas as dimensões avaliadas.

<sup>13</sup> Valor referente às jovens que viveram na infância apenas com outros familiares que não os pais, mas também às jovens cujo agregado era constituído, além dos seus pais, por outros familiares.

<sup>14</sup> A situação profissional do pai não foi alvo de análise por se integrar na categorização do NSE da grande maioria das jovens, dado ser considerado critério quando estas permanecem a viver com a família de origem.

**Quadro 4. Variáveis relacionais familiares avaliadas pelo EMBU: Comparação das praticas educativas parentais nos dois grupos (Teste t de Student)**

		N	Média	DP	t	p
<b>PAI</b>	<i>Suporte emocional GA</i>	33	18.66	5.86	-5.79	.566
	<i>Suporte emocional ASHG</i>	34	19.50	5.94		
<b>PAI</b>	<i>Rejeição GA</i>	30	9.26	2.49	-1.328	.189
	<i>Rejeição ASHG</i>	29	10.44	4.16		
<b>MÃE</b>	<i>Suporte emocional GA</i>	35	19.42	5.48	-2.236	<b>.029</b>
	<i>Suporte emocional ASHG</i>	36	22.05	4.36		
<b>MÃE</b>	<i>Rejeição GA</i>	33	10.66	3.34	-1.436	.156
	<i>Rejeição ASHG</i>	31	12.06	4.40		

## **B. Padrão que, num e noutro grupo, podem conduzir a um melhor ajustamento socioemocional**

### **B.4. Ajustamento socioemocional**

#### **B.4.1 Sintomatologia depressiva**

No que respeita à presença de sintomatologia depressiva, o grupo **GA** apresentou valores médios mais baixos ( $M = 6.81$ ,  $DP = 3.66$ ) quando comparado com o grupo **ASHG** ( $M = 11.42$ ,  $DP = 5.91$ ). Através da realização de uma Anova Univariada pudemos constatar a significância estatística do efeito grupo na sintomatologia depressiva apresentada,  $F(1) = 16.631$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .184$ .

#### **B.4.2 Qualidade de vida (QdV)**

A análise multivariada da variância da QdV não revelou qualquer efeito significativo da variável grupo (Lamda de Wilks = .886:  $F(5) = 1.728$ ,  $p = .140$ ,  $\eta^2 = .114$ ). No entanto, constatou-se que os resultados do grupo **GA** foram tendencialmente mais elevados para todos os domínios da QdV<sup>15</sup>.

A associação entre as medidas de ajustamento em estudo encontram-se representadas no Quadro 5, para cada um dos grupos.

**Quadro 5. Ajustamento socioemocional: Correlações entre medidas (Correlação de Pearson)**

<b>GA</b>	<b>QdV</b>				
	<b>Geral</b>	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Ambiente</b>
<b>EPDS (GA)</b>	-.283	-.242	<b>-.350*</b>	<b>-.444**</b>	-.293
<b>EPDS (ASHG)</b>	<b>-.473**</b>	<b>-.473**</b>	<b>-.554**</b>	-.235	<b>-.462**</b>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### **B.5 Influência das variáveis reprodutivas do grupo GA no ajustamento socioemocional**

A análise da sintomatologia depressiva e da QdV das jovens do grupo **GA** não revelou diferenças estatisticamente significativas em função

<sup>15</sup> Os valores descritivos para cada domínio da qualidade de vida para os dois grupos encontram-se representados no Anexo 1 (Quadro 3).

das variáveis gravidez planeada/não planeada e gravidez desejada/não desejada, como foi possível observar através dos testes U de Mann-Whitney realizados. No entanto, em termos da sintomatologia depressiva apresentada, as jovens cuja gravidez não foi planeada, nem foi desejada apresentaram valores médios superiores (cf. Anexo 1, quadro 4). As análises relativas à existência de partos anteriores, abortamento em gestação anterior e existência de complicações obstétricas na gestação actual não foram realizadas dado o  $n$  muito pequeno de uma das categorias.

### **B.6 Influência dos factores sociodemográficos no ajustamento socioemocional**

Das variáveis sociodemográficas em estudo (habilitações literárias, abandono escolar no momento da avaliação, abandono escolar prévio à ocorrência da gravidez, situação profissional, aspirações académicas, local de residência, estado civil e NSE) apenas o abandono escolar prévio revelou diferenças significativas ao nível da sintomatologia depressiva apresentada pelas jovens do grupo **GA** (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.007$ ,  $p = .045$ ), sendo que as adolescentes que tinham já abandonado o sistema de ensino antes de engravidar apresentaram menores níveis de sintomatologia depressiva ( $M = 14.21$ ) do que as jovens que permaneciam a estudar ( $M = 21.94$ ). Nenhuma das restantes variáveis analisadas revelou uma influência estatisticamente significativa nos indicadores de ajustamento para o grupo **GA**, como foi possível observar pelas Correlações de Pearson, testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis realizados<sup>16</sup>.

No grupo **ASHG**, porém, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das habilitações literárias, das aspirações académicas e do NSE nos resultados apresentados nos indicadores de ajustamento em estudo.

As **habilitações literárias** (avaliadas em termos do último ano de escolaridade frequentado) apresentaram associações positivas significativas ( $r = .340$ ,  $p = .037$ ), com a QdV *Geral* das jovens do grupo **ASHG**. Também as **aspirações académicas** revelaram uma influência estatisticamente significativa na QdV *Geral* das jovens deste grupo (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -3.102$ ,  $p = .002$ ), bem como no domínio *Físico* (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.518$ ,  $p = .012$ ) e no domínio *Ambiente* (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.592$ ,  $p = .010$ ) e ainda marginalmente significativa no domínio *Psicológico* (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -1.950$ ,  $p = .051$ ), reveladoras de níveis mais elevados de QdV nestes domínios entre jovens com maiores aspirações (cf. Anexo 1, quadro 5).

Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados da faceta *Geral* (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.048$ ,  $p = .004$ ) e do domínio *Ambiente* (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.495$ ,  $p = .013$ ) da QdV em função do **NSE**, sendo as jovens do NSE médio/elevado as que apresentam resultados mais elevados em ambos os domínios (cf. Anexo 1,

<sup>16</sup> Apesar, como referimos anteriormente, do reduzido  $n$  de uma das categorias da variável etnia ser pequeno, a título exploratório, verificámos que a existência de diferenças em termos de sintomatologia depressiva das adolescentes (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.154$ ,  $p = .031$ ), no sentido de menores resultados por parte das jovens de etnia cigana ( $M = 8.25$ ) comparativamente com as jovens caucasianas ( $M = 20.82$ ).

quadro 6). O local de residência não se mostrou uma variável estatisticamente significativa neste grupo nos indicadores de ajustamento em estudo.

Procedemos ainda à análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas em estudo e os indicadores de ajustamento para a **totalidade da amostra**, de onde sobressaiu uma associação positiva estatisticamente significativa entre as **habilitações literárias** e a sintomatologia depressiva apresentada ( $r = .306, p < .001$ ). Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva das jovens em função das suas **aspirações académicas** (teste Kruskal Wallis:  $\chi^2 = 9.894, p = .042$ ), reveladoras de maior sintomatologia depressiva nas jovens com aspirações superiores (cf. Anexo 1, Quadro 7).

Foram ainda encontradas diferenças na sintomatologia depressiva relativamente ao **NSE** (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -1.840, p = .006$ ) - sendo as jovens de NSE mais elevados (médio/elevado) a apresentar maior sintomatologia depressiva - e do **estado civil** (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.980, p = .003$ ), reveladora de maiores níveis de sintomatologia depressiva nas jovens solteiras (cf. Anexo 1, Quadro 8).

## **B.7 Influência das variáveis familiares no ajustamento socioemocional das jovens dos dois grupos**

### **7.1 Variáveis estruturais familiares**

A análise do ajustamento socioemocional das jovens do grupo **GA** em função das variáveis estruturais familiares passadas revelou apenas diferenças estatisticamente significativas (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.329, p = .020$ ) na QdV domínio *Psicológico* em função da proveniência de **famílias nucleares intactas** (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.329, p = .020$ ), sendo que as adolescentes que viveram na infância com a sua família nuclear intacta revelam menores valores de QdV neste domínio ( $M = 17.52$ ) do que as jovens que não viveram ( $M = 28.29$ , cf. Anexo 1, Quadro 9).

No grupo **ASHG** não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a pertença ou não a famílias nucleares intactas na infância e os indicadores de ajustamento socioemocional actual.

Quanto às variáveis familiares actuais, em termos de estrutura, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo o grupo **GA** aquele que apresentou agregados familiares mais numerosos ( $M = 4.49, DP = 1.835$ ) comparativamente com o grupo **ASHG** ( $M = 3.68, DP = 1.544, t(73) = 2.051, p = .044$ ). Também na influência que esta variável revelou no ajustamento socioemocional das adolescentes se encontraram diferenças entre os grupos. Assim, no grupo **GA**, o **número total de elementos do agregado** familiar associou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a QdV *Geral* das jovens ( $r = -.431, p = .008$ ). No grupo de **ASHG**, por seu lado, o **número total de elementos do agregado actual** mostrou-se negativamente associado não só com a QdV *Geral* ( $r = -.420, p = .009$ ), como ainda com o domínio *Ambiente* ( $r = -.444, p = .005$ ).

No grupo **ASHG**, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas no domínio *Psicológico* da QdV das jovens em função da **constituição do agregado actual**, sendo que as adolescentes que vivem com

a sua família nuclear intacta revelaram maior QdV no referido domínio, (teste U de Mann-Whitney:  $Z = -2.076$ ,  $p = .038$ , cf. Anexo 1, Quadro 10).

## 7.2 Variáveis relacionais familiares

A análise dos indicadores de ajustamento socioemocional nos dois grupos em função da percepção actual das práticas educativas na infância revelou alguns resultados estatisticamente significativos, como é possível observar nos Quadros 11 e 12.

Assim, no grupo **GA**, não se verificaram associações entre a sintomatologia depressiva apresentada pelas jovens e as dimensões das práticas educativas na infância. No que respeita à QdV, a dimensão das práticas educativas que se associou com um maior número de domínios foi o *Suporte Emocional* da mãe, seguida pela *Rejeição* por parte do pai, e, por fim, pelas dimensões *Suporte Emocional* do pai e *Rejeição* da mãe, que revelaram associações estatisticamente significativas apenas com o domínio *Ambiente* (cf. Quadro 11).

Em termos mais específicos, no grupo **GA**, a QdV *Geral* revelou apenas uma associação estatisticamente significativa com a dimensão *Suporte Emocional* por parte da mãe ( $r = .345$ ,  $p = .042$ ), tal como o domínio *Relações Sociais* ( $r = .361$ ,  $p = .033$ ). Verificou-se então que, neste grupo, quanto menor o *Suporte Emocional* por parte da mãe, menor a QdV *Geral* e no domínio *Relações Sociais* das jovens.

Por seu lado, a o domínio *Psicológico* da QdV revelou associações estatisticamente significativas reveladoras de que uma menor rejeição por parte do pai e um maior suporte emocional por parte da mãe se associam significativamente com uma maior QdV neste domínio, como é possível observar no Quadro 11.

Por fim, a *QdV Ambiente* mostrou-se associada, também de forma estatisticamente significativa, com todas as dimensões das práticas educativas parentais, com associações que oscilaram entre .371, para o *Suporte Emocional* por parte do pai, a .504, para *Suporte Emocional* por parte da mãe (cf. Quadro 6).

**Quadro 6. Ajustamento socioemocional (GA) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Pearson)**

Grupo GA	EPDS	QdV	QdV	QdV	QdV	QdV
		Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente
SupEm Pai	.130	.333	-.206	.330	.175	.371*
Rejeição Pai	.132	-.277	-.016	-.463*	-.283	-.480**
SupEm Mãe	.039	.345*	.055	.452**	.361*	.504**
Rejeição Mãe	.292	-.310	-.317	-.236	-.133	-.498**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

No grupo **ASHG** verificou-se um maior número de associações entre as memórias sobre as práticas educativas parentais e os indicadores de ajustamento socioemocional em estudo. Assim, a presença de sintomatologia depressiva revelou -se positivamente associada com a dimensão *Rejeição*, quer para o pai, quer para a mãe, e negativamente associada com o *Suporte Emocional* por parte do pai (cf. Quadro 7).

**Quadro 7. Ajustamento socioemocional (ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Pearson)**

Grupo ASHG	EPDS	QdV	QdV	QdV	QdV	QdV
		Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente
SupEm Pai	-.455**	.487**	.367*	.610**	.260	.528**
Rejeição Pai	.724**	-.681**	-.413*	-.819**	-.553**	-.715**
SupEm Mãe	-.227	.704**	.435**	.587**	.317	.656**
Rejeição Mãe	.427*	-.732**	-.515**	-.745**	-.481**	-.807**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

A faceta *Geral* e os domínios *Físico*, *Psicológico* e *Ambiente* da QdV revelaram, por seu lado, associações estatisticamente significativas com todas as dimensões das memórias das práticas educativas, tendo sido as associações mais fortes encontradas entre o domínio *Psicológico* e a *Rejeição* por parte do pai e da mãe e entre o domínio *Ambiente* e a *Rejeição* por parte da mãe (cf. Quadro 7). Por fim, o domínio *Relações Sociais* da QdV revelou associações negativas e estatisticamente significativas com a dimensão *Rejeição* para o pai ( $r = -.553$ ,  $p = .002$ ) e mãe ( $r = -.481$ ,  $p = .006$ ), reveladoras de que, quanto maior a rejeição por parte de ambos os pais, pior a QdV neste domínio.

### **B.8 Influência das memórias das práticas educativas na infância no contexto relacional actual (percepção do apoio social e da qualidade das relações)**

No grupo **GA**, apenas a percepção actual da satisfação com o apoio social recebido do pai e da mãe se mostrou associada com algumas dimensões das memórias de infância sobre as práticas educativas parentais.

Verificou-se, assim, a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a percepção de **apoio actual do pai** e o *Suporte Emocional* deste ( $r_s = .652$ ,  $p < .001$ ) e da mãe ( $r_s = .405$ ,  $p = .026$ ) durante a infância e negativa entre a percepção de apoio actual do pai e a dimensão *Rejeição* da mesma figura ( $r_s = -.570$ ,  $p = .002$ ). Foi ainda encontrada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre *Suporte Emocional* da mãe na infância e a percepção actual de satisfação com o apoio social desta ( $r_s = .413$ ,  $p = .014$ ).

A percepção de satisfação com o apoio social actualmente recebido pelo namorado, família do namorado, escola, serviços e técnicos de saúde não se mostrou associada com nenhuma das dimensões das práticas educativas em estudo.

Ainda no grupo **GA**, para além das correlações estatisticamente significativas encontradas entre a **qualidade das relações actuais** com o pai e com a mãe e dimensões das práticas educativas destes na infância (cf. Quadro 8) a qualidade da **relação com o grupo de amigos** mostrou-se positivamente associada com as dimensões *Suporte Emocional* para o pai ( $r_s = .353$ ,  $p = .044$ ) e para a mãe ( $r_s = .495$ ,  $p = .003$ ).

**Quadro 8. Contexto relacional actual (qualidade das relações actuais GA) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)**

Percepção da qualidade das relações actuais - GA	Mãe	Pai	Namorado	Grupo de amigos
SupEm Pai	.343	<b>.504**</b>	.200	<b>.353*</b>
Rejeição Pai	.056	-.295	-.284	.173
SupEm Mãe	<b>.602**</b>	<b>.367*</b>	.220	<b>.495**</b>
Rejeição Mãe	-.214	-.130	-.127	-.019

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

No grupo **ASHG**, além das associações encontradas entre dimensões das práticas educativas parentais referentes à mãe e a qualidade percebida do seu apoio actual, bem como de dimensões referentes ao pai e a qualidade percebida do apoio actual deste (cf. Quadro 9), verificaram-se ainda correlações estatisticamente significativas entre as dimensões das práticas educativas parentais na infância e a qualidade percebida do apoio prestado pela escola e pelos serviços e técnicos de saúde.

Assim, a percepção de apoio da **escola** mostrou-se associada de forma positiva com o *Suporte Emocional* por parte do pai ( $r_s = .496, p = .003$ ), e de forma negativa com a *Rejeição* deste ( $r_s = -.451, p = .014$ ) e da mãe ( $r_s = -.428, p = .016$ ). Por seu lado, a percepção de apoio por parte dos **serviços de saúde** mostrou-se positivamente associada com o *Suporte Emocional* do pai ( $r_s = .422, p = .013$ ). Já no que respeita à percepção de apoio por parte dos **técnicos de saúde** enquanto satisfatório, verificaram-se associações estatisticamente significativas entre este e todas as dimensões das práticas educativas, à excepção do *Suporte Emocional* da mãe (cf. Quadro 9).

**Quadro 9. Contexto relacional actual (apoio social percebido pelas ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)**

Satisfação com o apoio social - ASHG	Mãe	Pai	Namor.	Família namor.	Escola	S. de Saúde	T. de Saúde
SupEm Pai	.239	<b>.830**</b>	-.321	.044	<b>.496**</b>	<b>.422*</b>	<b>.395**</b>
Rejeição Pai	-.201	-.319	.191	.071	<b>-.451*</b>	-.149	<b>-.378*</b>
SupEm Mãe	<b>.453**</b>	.307	.042	-.213	.133	.232	.147
Rejeição Mãe	<b>-.440*</b>	-.312	-.510	.335	<b>-.428*</b>	-.316	<b>-.387*</b>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

No que respeita à **qualidade percebida das relações actuais** no grupo **ASHG**, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a qualidade percebida da relação com a mãe e dimensões de práticas educativas relativamente à mesma figura, acontecendo o mesmo em relação ao pai, à semelhança do verificado para o apoio social (cf. Quadro 10).

A qualidade das **relações com o grupo de amigos**, por seu lado, revelou associações estatisticamente significativas com as dimensões *Suporte Emocional* ( $r_s = .416, p = .014$ ) e *Rejeição* ( $r_s = -.498, p = .006$ ) relativas ao pai.

**Quadro 10. Contexto relacional actual (qualidade das relações actuais ASHG) em função das práticas educativas parentais (Correlação de Spearman)**

Percepção da qualidade das relações actuais do - ASHG	Mãe	Pai	Namorado	Grupo de amigos
SupEm Pai	.335	<b>.713**</b>	-.207	<b>.416*</b>
Rejeição Pai	-.336	-.331	-.162	<b>-.498**</b>
SupEm Mãe	<b>.561**</b>	.240	-.083	.061
Rejeição Mãe	<b>-.675**</b>	-.243	-.122	-.102

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### B.9 Influência da percepção do apoio social e da qualidade das relações actuais no ajustamento socioemocional

A análise do ajustamento socioemocional em função dos contextos relacionais actuais das jovens do grupo **GA** revelou um conjunto de associações estatisticamente significativas.

No que respeita à **sintomatologia depressiva** apresentada pelas adolescentes, foi apenas encontrada uma associação negativa entre esta e o apoio por parte da escola ( $r_s = -.629$ ,  $p = .005$ ), sendo esta a correlação mais elevada encontrada no conjunto dos indicadores de ajustamento.

No que à **QdV** diz respeito, as variáveis do contexto relacional actual que se associaram de forma estatisticamente significativa com um maior número de domínios da mesma foram o apoio percebido por parte dos **serviços e técnicos de saúde** e a qualidade percebida da **relação com a mãe**, seguidos da qualidade percebida da **relação com o grupo de amigos**. A qualidade da relação com o pai e o apoio percebido da parte deste associaram-se apenas com a faceta *Geral* da QdV (Quadro 11).

Dentro de cada domínio da QdV, e de forma mais específica, as associações com as variáveis do contexto relacional actual variaram (cf. Quadro 11).

Assim, em relação à faceta *Geral* de QdV, registou-se uma associação com o apoio percebido por parte do pai ( $r_s = .405$ ,  $p = .019$ ) e com a qualidade percebida da relação com a mãe ( $r_s = .410$ ,  $p = .011$ ), bem como com o apoio percebido os serviços de saúde e com a qualidade percebida da relação com o pai, sendo estas associações mais baixas que as primeiras.

Por seu lado, o domínio **Psicológico** da QdV revelou-se positivamente associado com o apoio percebido dos serviços e dos técnicos de saúde, bem como com a qualidade percebida da relação com a mãe, sendo esta a variável que menos se associa com este domínio da QdV, entre as três referidas.

No que diz respeito ao domínio **Relações Sociais**, as associações positivas mais elevadas variaram entre .465 e .490 (cf. Quadro 11) e ocorreram com o apoio percebido da escola, dos serviços de saúde, e com a qualidade das relações com o grupo de amigos, verificando-se ainda uma associação positiva, embora mais baixa ( $r_s = .397$ ,  $p = .014$ ), com o apoio percebido pelos técnicos de saúde.

Por fim, o domínio **Ambiente** foi o que demonstrou associações positivas mais fortes em termos da QdV, que variaram entre .460 e .541, com o apoio percebido por parte dos serviços e técnicos de saúde e com a qualidade percebida da relação com a mãe. Revelou ainda uma associação

estatisticamente significativa com a qualidade percebida das relações com o grupo de amigos, embora mais baixa que as anteriormente referidas.

**Quadro 11. Ajustamento socioemocional (GA) em função dos contextos relacionais actuais (Correlação de Spearman)**

Grupo GA	EPDS	QdV	QdV	QdV	QdV	QdV
		Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente
Apoio Mãe	-.060	.289	.059	.115	.099	.276
Apoio Pai	-.183	<b>.405*</b>	-.136	.200	-.015	.181
Apoio Namor.	.020	.035	-.037	.042	.164	.082
Apoio Fnam.	.231	-.132	-.081	-.010	-.110	-.015
Apoio Escola	<b>-.629**</b>	.321	.364	.169	<b>.489*</b>	.443
Apoio S.Saúde	-.038	<b>.339*</b>	.270	<b>.394*</b>	<b>.465**</b>	<b>.541**</b>
Apoio T.Saúde	-.069	.167	.281	<b>.391*</b>	<b>.397*</b>	<b>.467**</b>
Relação Mãe	-.019	<b>.410*</b>	.073	<b>.329*</b>	.223	<b>.460**</b>
Relação Pai	.044	<b>.344*</b>	-.171	.165	.094	.278
Relação Nam.	-.140	.205	.089	.244	.212	.270
Relação GAmig	-.222	.223	.065	.302	<b>.490**</b>	<b>.344*</b>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

No grupo **ASHG** a análise do ajustamento socioemocional em função dos contextos relacionais actuais demonstrou um elevado número de associações com significação estatística (Quadro 12).

**Quadro 12. Ajustamento socioemocional (ASHG) em função dos contextos relacionais actuais (Correlação de Spearman)**

Grupo GA	EPDS	QdV	QdV	QdV	QdV	QdV
		Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente
Apoio Mãe	-.086	<b>.380*</b>	.227	.263	-.085	.285
Apoio Pai	<b>-.385*</b>	<b>.528**</b>	<b>.386*</b>	<b>.584**</b>	.304	<b>.448**</b>
Apoio Namor.	-.062	.132	.134	.241	<b>.470**</b>	.203
Apoio Fnam.	-.045	-.426	-.340	-.290	.182	-.431
Apoio Escola	-.220	.187	.232	<b>.397*</b>	<b>.324*</b>	<b>.328*</b>
Apoio S.Saúde	<b>-.440**</b>	<b>.329*</b>	<b>.435**</b>	<b>.326*</b>	.105	<b>.407*</b>
Apoio T.Saúde	<b>-.491**</b>	<b>.421**</b>	<b>.399*</b>	<b>.473**</b>	.181	<b>.379**</b>
Relação Mãe	-.242	<b>.552**</b>	<b>.322*</b>	<b>.452**</b>	.275	<b>.571**</b>
Relação Pai	-.216	<b>.494**</b>	<b>.412**</b>	<b>.573**</b>	<b>.416**</b>	<b>.512**</b>
Relação Nam.	-.129	-.085	.205	-.050	<b>.416**</b>	-.013
Relação GAmig	-.273	.210	.184	<b>.390*</b>	<b>.362*</b>	<b>.353*</b>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

As variáveis do contexto relacional actual que se associaram de forma estatisticamente significativa com um maior número de indicadores de ajustamento neste grupo foram o **apoio e a relação com o pai**, a **relação com a mãe**, o **apoio dos serviços e técnicos de saúde** e o **apoio da escola** (cf. Quadro 12). Em termos da sintomatologia depressiva apresentada pelas jovens deste grupo, verificaram-se associações negativas desta com o apoio

do pai ( $r_s = -.385$ ,  $p = .019$ ), dos serviços de saúde, ( $r_s = -.440$ ,  $p = .006$ ), e dos técnicos de saúde ( $r_s = -.491$ ,  $p = .002$ ).

### **B.10 Modelos explicativos do ajustamento socioemocional durante a gravidez na adolescência**

Foram elaboradas análises de regressão para cada um dos índices de ajustamento que revelaram associações estatisticamente significativas com as variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, QdV *Geral* e domínios *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente*) com o objectivo de explorar os melhores modelos explicativos do ajustamento socioemocional no grupo de GA da nossa amostra. Para tal, dado o elevado número de preditores a inserir nos modelos (variáveis que, dentre as suportadas teoricamente, se apresentaram correlacionadas nas análises anteriores com os vários índices) e o reduzido tamanho da amostra ( $N=38$ )<sup>17</sup>, realizámos alguns procedimentos prévios.

Em primeiro lugar, procedemos à conjugação das variáveis percepção da satisfação com o apoio dos serviços de saúde e dos técnicos de saúde numa nova variável (percepção da satisfação com o apoio relacionado com a saúde), por estas se encontrarem altamente correlacionadas ( $r = .834$ ,  $p < .001$ ), de modo a poderem ser integradas nos modelos de regressão sem pôr em causa o pressuposto da multicolinearidade.

Em segundo lugar, para todos os índices de ajustamento, à excepção da sintomatologia depressiva e do domínio *Físico* da QdV<sup>18</sup>, foram explorados modelos explicativos prévios aos apresentados [sobretudo quando várias variáveis de um mesmo bloco (e.g., práticas educativas parentais) se mostravam significativamente associadas com a variável dependente], através de análises de regressão linear múltipla, de modo a seleccionar os melhores preditores deste *bloco* a integrar nos modelos finais.

No que respeita à **sintomatologia depressiva**, as variáveis que se revelaram preditores estatisticamente significativos da sua ocorrência foram o abandono escolar prévio à ocorrência de gravidez e a percepção da satisfação com o apoio da escola (cf. Quadro 13). O modelo encontrado revelou-se estatisticamente significativo,  $F(2) = 9.452$ ,  $p = .002$ , e explicativo de 55.8% da variância da sintomatologia depressiva apresentada pelas jovens da nossa amostra.

Relativamente à faceta *Geral* da QdV, o modelo explicativo final encontrado integrou como preditores estatisticamente significativos o *Suporte Emocional* da mãe e o total de elementos do agregado familiar actual (cf. Quadro 13), mostrando-se estatisticamente significativo,  $F(2) = 5.895$ ,  $p = .008$ . Este modelo revelou explicar 31.2% da variância da faceta *Geral* da QdV na amostra em estudo.

No que respeita ao domínio *Psicológico*, as variáveis que se demonstraram melhores preditores na sua determinação foram a *Rejeição*

<sup>17</sup> Os critérios por nós utilizados para a determinação do número de variáveis predictoras a incluir nos modelos explicativos foi de encontro ao referido por Field (2005).

<sup>18</sup> No que se refere à sintomatologia depressiva, este procedimento não foi necessário pelo facto de existirem apenas duas variáveis a si associadas. Relativamente ao domínio *Físico* da QdV, o facto de nenhuma das variáveis em estudo se ter revelado significativamente associada com os resultados das jovens do grupo GA neste indicador faz com que não tenha sido explorado qualquer modelo explicativo da sua variação.

por parte do pai e a percepção da qualidade da relação actual com a mãe (cf. Quadro 13). O modelo explicativo final que integrou estes preditores revelou-se estatisticamente significativo,  $F(2) = 9.837$ ,  $p = .001$ , e explicativo de 44% da variância deste indicador na nossa amostra.

Quanto ao domínio *Relações Sociais*, o melhor modelo explicativo encontrado englobou como preditores deste índice de ajustamento as variáveis percepção de satisfação com o apoio com a saúde e relação com o grupo de amigos (cf. Quadro 13). Este modelo revelou-se estatisticamente significativo,  $F(2) = 10.078$ ,  $p < .001$ , e explicativo de 34.8% da variância da QdV neste domínio.

Por último, e para o domínio *Ambiente*, o modelo que melhor o explicou revelou como melhores preditores as variáveis percepção da satisfação com o apoio com a saúde, *Suporte Emocional* da mãe e *Rejeição* por parte do pai (cf. Quadro 13). Este modelo mostrou-se estatisticamente significativo,  $F(3) = 14.062$ ,  $p < .001$ , e explicativo de 61% da variância da QdV neste domínio na amostra em estudo.

**Quadro 13. Variáveis predictoras dos indicadores de ajustamento no grupo GA (Regressões lineares múltiplas hierárquicas)**

Sintomatologia depressiva	B	EP	$\beta$	p
Abandono escolar prévio	-3.267	1.474	-.409	.043
Apoio da escola	-1.267	.477	-.491	.018
<b>Sintomatologia depressiva: <math>R^2 = .558</math></b>				
Faceta Geral QdV	B	EP	$\beta$	p
Suporte Emocional da mãe	.737	.313	.386	.026
Total de elementos do agregado	-2.011	.924	-.357	.039
<b>Faceta Geral: <math>R^2 = .312</math></b>				
Domínio Psicológico QdV	B	EP	B	p
Rejeição pai	-3.060	.794	-.580	.001
Relação mãe	4.613	1.772	.392	.015
<b>Domínio Psicológico: <math>R^2 = .440</math></b>				
Domínio Relações Sociais QdV	B	EP	B	p
Apoio com a saúde	8.511	3.028	.411	.008
Relação com o grupo de amigos	3.878	1.604	.353	.022
<b>Domínio Relações Sociais: <math>R^2 = .386</math></b>				
Domínio Ambiente QdV	B	EP	B	p
Apoio com a saúde	8.948	2.527	.456	.001
Suporte Emocional mãe	.887	.316	.353	.009
Rejeição pai	-1.614	.752	-.275	.041
<b>Domínio Ambiente: <math>R^2 = .610</math></b>				

#### IV – Discussão

Antes de passarmos à discussão dos resultados, importa enumerar algumas limitações deste estudo, que deverão ser tidas em conta nas interpretações propostas para os dados obtidos. **Em primeiro lugar**, a reduzida dimensão da amostra deve ser tida em conta na generalização dos resultados obtidos, nomeadamente nas análises intra-grupo, uma vez que a representatividade da amostra não está assegurada. **Em segundo lugar**, a falta de oportunidade de recolher adolescentes sem história de gravidez no distrito de Viseu não permitiu a equivalência entre os grupos GA e ASHG a

este nível, o que pode ter influenciado alguns resultados. **Em terceiro lugar**, o facto de o grupo ASHG ter sido parcialmente recolhido numa escola secundária de meio urbano pode ter influenciado alguns dos resultados encontrados, uma vez que potencia diferenças no que às variáveis sociodemográficas diz respeito, nomeadamente ao nível da escolaridade – ao excluir as adolescentes que já abandonaram a escola - e da residência – sendo menos provável incluir jovens provenientes de zonas rurais. Em relação ao primeiro aspecto, esta limitação foi parcialmente atenuada através da recolha de dados na ACRC, associação sem ligação a qualquer sistema de ensino. No entanto, é possível que tal atenuação não tenha sido suficiente para obviar esta limitação. **Em quarto lugar**, a recolha da informação não foi feita de forma uniforme nos dois distritos, devido às especificidades das rotinas das instituições envolvidas, o que pode ter influenciado a qualidade da informação recolhida. O auto-preenchimento do protocolo de avaliação por parte das adolescentes grávidas utentes da MDM pode ter conduzido a uma menor compreensibilidade dos itens, bem como a um menor cuidado no seu preenchimento. **Em quinto e último lugar**, a impossibilidade de avaliar longitudinalmente as adolescentes da amostra em estudo impede-nos de testar algumas das explicações propostas para os resultados apresentados, pelo que estas têm apenas um carácter exploratório e preliminar para futuros estudos, de maiores dimensões.

Assim, tendo em conta o carácter exploratório e preliminar do presente trabalho, bem como as limitações a ele inerentes, passaremos a tecer algumas considerações sobre os resultados encontrados. Estas vão não só no sentido de verificar quais as hipóteses em estudo que são corroboradas ou refutadas pelos dados, como ainda de deixar em aberto novas hipóteses de investigação para futuros trabalhos. Procederemos à discussão dos resultados alcançados tendo como referencial a literatura sobre o tema e os objectivos da presente investigação. Debruçar-nos-emos, então, num primeiro momento, sobre a influência das variáveis sociodemográficas e relacionais em estudo para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (**objectivo geral A**) e, posteriormente, no padrão de interacção entre variáveis dos mesmos níveis de análise que, no grupo GA e no grupo ASHG, conduzem a um melhor ou pior ajustamento socioemocional (**objectivo geral B**).

## **A. Ocorrência de uma gravidez na adolescência**

### **Variáveis sociodemográficas**

A maior parte dos estudos realizados nas sociedades ocidentais conclui que a gravidez precoce ocorre sobretudo em ambientes desfavorecidos económica e socialmente, razão pela qual o baixo NSE e educacional, bem como a exclusão do sistema de ensino e do emprego, entre outras desvantagens socioculturais (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Imamura et al., 2007; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005), se têm mostrado importantes factores de risco para a ocorrência deste fenómeno.

No mesmo sentido vão os resultados do presente estudo, reveladores de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GA e ASHG na maioria das características que podem constituir-se como desvantagens a estes níveis e, por isso, confirmadores das nossas hipóteses **H1.1** e **H2** nos pontos respeitantes às características sociodemográficas [**a**), **b**), **c**) e **d**)]. Os nossos resultados mostram, assim, a existência de NSE mais baixos, menores

habilitações literárias, maiores taxas de abandono escolar antes da gravidez sem inclusão no mercado de trabalho e maior proveniência de meios rurais no grupo GA, sugerindo que estes podem constituir-se como factores de risco acrescido para a ocorrência de uma gravidez precoce. No entanto, a maior proveniência de zonas rurais no grupo GA, consonante com o carácter de risco que parecem assumir ambientes desfavorecidos culturalmente, mais isolados e com menor valorização da vertente profissional do papel feminino (Canavarro, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Miller et al., 2005) deve ser interpretada à luz da possibilidade de se encontrar maximizada, como explorámos nas limitações do estudo, já expostas.

O risco comportado por este conjunto de factores pode ser entendido à luz de diferentes hipóteses, não exclusivas nem inconciliáveis, avançadas por diferentes autores, e que devem ser alvo de investigação posterior, com vista ao seu esclarecimento.

**Em primeiro lugar**, estas características sociodemográficas parecem aumentar o risco de ocorrência de uma gravidez precoce por contribuírem para ambientes de crescimento e desenvolvimento mais empobrecidos social, económica, pessoal e culturalmente (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2006; Figueiredo et al., 2004, 2005; Miller et al., 2005), com menor valorização da escola e maior pressão para a entrada no mundo do trabalho, nem sempre concretizável (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pereira, 2001). Como pudemos constatar pelos nossos resultados, muitas das jovens tinham já abandonado a escola previamente à gravidez e as aspirações académicas reveladas foram também mais baixas do que as das jovens sem história de gravidez. No entanto, devemos ter em conta que estas aspirações foram reveladas pelas jovens já com conhecimento do seu futuro papel de mães, o que pode ter maximizado as diferenças e requer cuidado na generalização das conclusões. Ainda assim, é fácil compreender que estes ambientes possam dotar uma gravidez na adolescência de baixos custos para estas jovens, que mais facilmente parecem aceitá-la como um projecto de vida (Canavarro & Pereira, 2001).

**Em segundo lugar**, acreditamos, de acordo com os mais recentes modelos plurifactoriais e contempladores das interacções entre factores e de mecanismos mediadores da sua acção, que é na ocorrência conjunta, e claramente interligada, destas desvantagens sociodemográficas que reside o risco para uma gravidez adolescente. Por um lado, a escolaridade é muitas vezes contaminada pelo contexto socioeconómico (Canavarro & Pereira, 2001), o que nos sugere que NSE mais baixos sejam possivelmente potenciadores de menores aspirações académicas – nomeadamente, pela menor valorização da escola e maior reconhecimento do valor do trabalho remunerado (ainda que não qualificado). Por outro, os menores níveis de escolarização dificultam que características como o pensamento concreto, a impulsividade ou a dificuldade de abstracção para antecipação de consequências – indicadas por diversos autores como factores individuais de risco para uma gravidez na adolescência (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001) – sejam atenuadas, aumentando ainda a probabilidade de convívio com pares desviantes e a adopção de comportamentos de risco (Miller et al., 2005). Não permitem, assim, a criação de oportunidades alternativas de vida – nomeadamente profissionais e de relacionamento interpessoal – fora dos ciclos de pobreza das famílias a que pertencem estas

jovens, contribuindo para o risco de uma gravidez adolescente (Justo, 2000). Pelo contrário, este contexto pode antes contribuir para uma maior aceitabilidade dos papéis femininos de esposa e mãe, devido às menores expectativas de realização académica, profissional e pessoal que potencia.

No grupo ASHG, por seu lado, encontramos uma conjugação de características sociodemográficas mais favoráveis que, no seu conjunto, parecem funcionar como factores protectores ao contribuir para a diminuição da probabilidade de ocorrência de uma gravidez adolescente. Falamos da maior proveniência de meios urbanos e de NSE mais elevados, possivelmente estimuladores de expectativas de realização escolar mais elevadas, face à maior competitividade do mercado de trabalho urbano, com respectiva valorização do percurso académico e menores taxas de abandono escolar. Estas condições parecem, assim, ser promotoras de um maior envolvimento com a escola, o que, segundo Manlove (1998) se reveste de um efeito protector para o adiamento da gravidez.

**Em terceiro lugar**, estes ambientes mais favorecidos económica e socialmente podem ainda facilitar o acesso à informação, nomeadamente sobre relações e sexualidade, e proporcionar um maior número de actividades extracurriculares estruturadas de realização e crescimento pessoal e relacional, cujo papel protector face à ocorrência de gravidez durante a adolescência (Furriol, 2004; Justo, 2000) tivemos ocasião de explorar no último ponto do enquadramento teórico deste trabalho.

**Em quarto lugar**, segundo alguns autores, o maior desfavorecimento sociodemográfico das famílias em que nascem e crescem as jovens que engravidam na adolescência faz com que estas descurem, muitas vezes, as funções educativas e afectivas, possivelmente por estarem mais concentradas num esforço constante para a sua sobrevivência (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pereira, 2001). Estas conclusões, aliadas à influência que as variáveis relacionais familiares têm revelado na ocorrência da gravidez na adolescência (Figueiredo, 2001; Holden et al., 1993; Lourenço, 1998; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005), abrem espaço à necessidade de, em futuras investigações, estudar as variáveis sociodemográficas num outro nível de análise, que não apenas o da sua ausência/presença, como acontece na maior parte dos trabalhos empíricos realizados, ou do seu poder preditivo nos modelos explicativos da ocorrência de uma gravidez adolescente. A análise das relações entre estas variáveis e as variáveis relacionais familiares, nomeadamente no sentido de esclarecer de que modo se relacionam aspectos sociodemográficos e estratégias educativas e interações familiares estabelecidas, constitui-se como uma necessidade face ao estado actual do conhecimento, por se poder constituir como uma mais-valia à compreensão global deste fenómeno.

### **Factores relacionais**

Durante muito tempo foi dada atenção exclusiva aos aspectos sociodemográficos na compreensão da etiologia da gravidez na adolescência (Coley & Chase-Lansdale, 1998). No entanto, a sua componente psicológica tem vindo a ser cada vez mais valorizada, tomando actualmente os contextos relacionais, nomeadamente o familiar, um papel central no interesse das investigações realizadas na área (Miller et al., 2005). Os nossos resultados neste campo são consonantes, na sua maioria, com os encontrados na revisão

da literatura. No entanto, consideramos úteis algumas considerações adicionais.

No que respeita às características relacionadas com a **estrutura das famílias** das jovens, os nossos resultados não revelam diferenças significativas entre os dois grupos em estudo. Não foram assim confirmadas as nossas hipóteses **H2e) e H2f)**, nem os estudos em que a não nuclearidade, a monoparentalidade ou o carácter reconstituído das famílias das jovens se constituem como factores de risco para uma gravidez adolescente (Canavarro, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Miller et al., 2005).

Apenas se verificou, de acordo com diversos outros estudos (Figueiredo et al., 2006; Pereira et al., 2005) e com a nossa hipótese **H2g)**, que as adolescentes grávidas da nossa amostra revelaram, com uma frequência significativamente maior do que o grupo de referência, ter familiares com história de gravidez na adolescência. Estes resultados podem indicar um padrão intergeracional (Pereira et al., 2005), possivelmente mantido pela perpetuação do contexto sociocultural e económico das famílias onde este fenómeno ocorre (Justo, 2000), nomeadamente ao nível da valorização/aceitação do investimento nos papéis de mãe e esposa (Canavarro, 2009) - sugerida na nossa amostra pela significativa maior percentagem de mães domésticas no grupo GA, o que confirma a nossa hipótese **H1.2** no que concerne a esse ponto. Esta relação pode ser entendida à luz da influência que a interiorização de valores e normas implícitas veiculadas no discurso e acção parentais parece ter na determinação de comportamentos de risco, nomeadamente relacionados com a actividade sexual e com a gravidez na adolescência (Mendonça et al., 2007).

Relativamente aos aspectos **relacionais familiares**, os nossos resultados convergem com os dos estudos que sugerem uma influência das dinâmicas familiares no grau de vulnerabilidade para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Holden et al., 1993; Kapungu et al., 2006; Lourenço, 1998; Miller et al., 2001; Pereira et al., 2005), ao revelarem menores níveis de suporte emocional na infância por parte da figura materna no grupo de grávidas adolescentes e, portanto, ao confirmarem parcialmente a nossa hipótese **H2h)**. Estes resultados revelam uma menor percepção de comportamentos parentais de aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho por parte das mães nas adolescentes do grupo GA, o que sugere uma menor qualidade da relação com esta figura (Canavarro & Pereira, 2001), bem como uma menor percepção de apoio percebido nas práticas educativas da mesma (Figueiredo, 2001), constituindo factores de risco para a ocorrência de uma gravidez precoce.

Consideramos, de acordo com os modelos transaccionais e ecológicos, que este risco pode ser também entendido à luz do efeito que as experiências de menor suporte emocional podem ter em características individuais das jovens e sobre outros contextos de influência. Falamos, **em primeiro lugar**, da maior probabilidade que proporcionam para o desenvolvimento de baixa auto-estima e instabilidade emocional nas relações actuais (Bowlby, 1978; Kapungu et al., 2006) – factores individuais referidos respectivamente por Lourenço (1996) e Soares et al. (2001) no risco para uma gravidez adolescente – bem como da influência que podem ter nas diferentes áreas do desenvolvimento emocional, cognitivo, da personalidade e interpessoal

(Rodrigues et al., 2004), nomeadamente no que respeita à ausência de competências pró-sociais e a um menor sentido de competência e valor (Miller et al., 2005). **Em segundo lugar**, referimo-nos à influência que parecem ser capazes de exercer noutros contextos de vida das jovens, como os pares – aumentando a probabilidade de abuso de substâncias ou associação a pares sexualmente activos –, a escola – não promovendo o envolvimento em actividades académicas e pró-sociais – e as relações românticas (Kapungu et al., 2006) – influenciando a escolha dos parceiros e o tipo de relação estabelecida (duradoura *versus* múltiplos parceiros). Estes aspectos deveriam ser alvo de análise de forma integrada em futuras investigações sobre o tema, pois podem constituir-se como uma mais-valia para a compreensão da influência das práticas parentais na infância na ocorrência de uma gravidez na adolescência.

Ao contrário do sugerido pelos estudos de Pereira (2001) e Pereira et al. (2005), bem como da maioria dos estudos no âmbito da gravidez na adolescência que se referem de forma conjunta às práticas educativas de ambos os pais (ou da família) (Mendonça et al., 2007; Scaramella et al., 1998), os nossos resultados não revelaram uma influência das práticas educativas do pai na predisposição para a ocorrência de uma gravidez precoce. É então possível supor, com base nos mesmos, que a figura paterna não se constitui como uma referência tão sonante quanto a materna para o risco de uma gravidez adolescente, o que nos leva ao encontro da conclusão de Miller et al. (2005) sobre o facto de a maioria dos estudos revelar que a comunicação estabelecida com a mãe, em comparação com o pai, está mais associada com as variáveis de risco para a gravidez na adolescência.

Quanto aos resultados descritos na literatura acerca da associação entre a sobreprotecção parental (isto é, comportamentos de controlo parental e de prevenção de comportamentos de independência por parte dos filhos) e a ocorrência de gravidez na adolescência (Figueiredo, 2001; Miller et al., 2001; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005), parte integrante da nossa hipótese **H2.d**), não nos é possível retirar quaisquer conclusões, dada a exclusão dessa escala do nosso estudo, atendendo aos seus baixos níveis de consistência interna.

### **B. Ajustamento socioemocional**

A falta de consenso existente entre os estudos que focam este tópico começa nos grupos de controlo privilegiados pelas várias investigações – que oscilam entre comparar grávidas adolescentes com grávidas adultas (e.g. Canavarro, 2009; Figueiredo et al., 2007) ou com adolescentes sem história de gravidez (e.g. Black et al., 2002; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007) e cujos resultados são muitas vezes comparados negligenciando o facto de possuírem objectivos igualmente pertinentes, mas diferentes – respectivamente, o impacto da idade no ajustamento socioemocional durante a gravidez e o impacto de uma gravidez no ajustamento socioemocional das adolescentes. Sendo que apenas este último corresponde a um dos objectivos do nosso trabalho, procederemos à discussão dos nossos resultados tendo como linha de base preferencial os estudos que optaram por estabelecer comparações do mesmo âmbito.

A maioria destes estudos dá conta da ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ajustamento socioemocional

das jovens grávidas comparativamente com jovens sem história de gravidez, apesar dos níveis tendencialmente mais desfavoráveis obtidos por aquelas nas medidas de ajustamento (e.g. Sieger & Renk, 2007). Outros estudos, por seu lado, chegam mesmo a revelar a existência de níveis significativamente mais elevados de sintomas de perturbação emocional (depressão, ansiedade e hostilidade) nas grávidas adolescentes do que nos seus pares sem história de gravidez (Black et al., 2002).

Os resultados do presente trabalho vão, no entanto, num outro sentido, aliás, oposto e desconfirmador da nossa hipótese **H4** quanto à inexistência de diferenças nos índices de ajustamento entre os dois grupos. As adolescentes grávidas do nosso estudo apresentam níveis de **sintomatologia depressiva** significativamente mais baixos do que os do grupo de referência. Por outro lado, no que respeita à **QdV** percebida pelas jovens de cada grupo, os resultados vão ao encontro do esperado e observado noutros estudos com variáveis semelhantes (Pereira, 2001), revelando, apesar da inexistência de significância estatística, uma maior tendência das jovens grávidas para valores mais elevados de QdV nos vários domínios avaliados.

Estes resultados contribuem, assim, para aumentar a discrepância existente na literatura no que respeita à sintomatologia depressiva das grávidas adolescentes, corroborando, por um lado, a ausência de desequilíbrio emocional nestas jovens, tal como acontece nos estudos de Pereira (2001) ou Canavaro (2009), mas mostrando, contrariamente a todos os estudos do nosso conhecimento, níveis significativamente inferiores de sintomatologia depressiva do que os dos seus pares sem história de gravidez. Por outro lado, os nossos resultados vão no mesmo sentido dos escassos estudos que avaliam o impacto de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida na QdV das jovens. É notória a necessidade de investigações mais abrangentes e cujo foco principal seja o esclarecimento dos mecanismos dos quais resulta este aparente melhor ajustamento das jovens grávidas, objectivo que extravasa as possibilidades do presente trabalho, mas para o qual se pretende contribuir numa vertente preliminar e exploratória.

Neste âmbito, consideramos úteis algumas considerações sobre estes resultados. Analisando a influência das variáveis sociodemográficas para a totalidade da amostra, verificamos que as **habilitações literárias**, as **aspirações académicas**, o **estado civil** e o **NSE** são variáveis que influenciam significativamente o ajustamento das jovens no que toca à sintomatologia depressiva. Este facto pode explicar uma parte considerável das diferenças encontradas, uma vez que factores como estar casada/unida de facto, pertencer a NSE mais baixos e possuir menores habilitações literárias e menores aspirações académicas parecem associar-se com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva, características que são predominantes no grupo GA.

Estes resultados poderiam sugerir a necessidade de controlar tais variáveis numa avaliação exclusiva do impacto da ocorrência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida, à semelhança do que fizeram Troutman e Cutrona (1990) e Milan et al. (2004), ao compararem adolescentes grávidas com adolescentes sem história de gravidez do mesmo NSE. No entanto, consideramos que, para uma verdadeira compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência, este não deve ser isolado do contexto em que ocorre, sob pena de nos perdermos dos objectivos que nos movem e que

envolvem a ponderação da interacção entre factores de diversa ordem na compreensão deste acontecimento de vida. Assim, faz para nós mais sentido entender estes níveis menores de sintomatologia depressiva à luz da interacção entre a ocorrência de uma gravidez e a presença destas variáveis na vida das jovens, uma vez que tais níveis não seriam de esperar, nem na sequência de um acontecimento não normativo nesta fase do ciclo de vida, como é a gravidez, nem na sequência de condições sociodemográficas mais desfavorecidas, como as verificadas neste grupo. É então possível, à luz desta interacção, que uma gravidez nesta fase do ciclo de vida se constitua para estas jovens em particular como um projecto de vida (Canavarro & Pereira, 2001), dadas as baixas aspirações académicas e a ausência de planos de carreira definidos, bem como de oportunidades alternativas de vida de que dispõem devido aos seus baixos níveis educacionais e socioeconómicos (Canavarro, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998). Esta ausência de expectativas de realização escolar e profissional, o carácter mais empobrecido e menos estimulador do contexto sociocultural em que muitas destas jovens habitam, em conjugação como a idealização das relações românticas característica do processo adolescente e a situação de co-habitação com o companheiro muitas vezes desencadeada por uma gravidez adolescente, são aspectos passíveis de tornar uma gravidez no contexto destas relações e destas condições de vida como mais aceite e, conseqüentemente, geradora de menores níveis de sintomatologia depressiva. É possível, nesta linha, que a situação de gravidez possa até alterar o equilíbrio emocional destas jovens no sentido positivo – como verificado nos trabalhos de Pereira (2001) –, ao proporcionar-lhes um projecto de vida e um maior foco nas suas relações românticas. Consideramos que a análise das variáveis que, em cada um dos grupos em estudo, influenciam os níveis de ajustamento, pode contribuir para a compreensão destes resultados, ainda que de forma exploratória, pelo que passamos a discutir os que consideramos mais relevantes nesse âmbito.

#### **Variáveis reprodutivas**

Os nossos resultados mostram que o facto de a gravidez ter sido planeada ou desejada não influencia significativamente os níveis de ajustamento das jovens (hipótese **H5**), embora os valores médios de sintomatologia depressiva sejam inferiores nestas jovens. Estes resultados não apoiam assim a nossa hipótese **H5**, nem os resultados de Pereira (2001).

#### **Variáveis sociodemográficas**

Quanto aos factores sociodemográficos, a nossa hipótese **H6.1**, relativa à associação entre **NSE** mais elevados e melhor ajustamento socioemocional nos dois grupos, foi apenas parcialmente confirmada. Para o grupo **ASHG**, o **NSE** médio/elevado demonstrou relacionar-se com uma melhor **QdV** na faceta *Geral* e no domínio *Ambiente*, revelando assim influência na forma como as jovens percebem a qualidade da sua vida e saúde em geral, bem como na forma como se encontram satisfeitas no que toca às condições, recursos, oportunidades e segurança do seu ambiente. No grupo **GA**, supomos que a ausência de quaisquer diferenças se deva à homogeneidade do grupo quanto a esta característica, uma vez que apenas 3 jovens pertencem à categoria **NSE** médio/elevado.

No que respeita à nossa hipótese **H6.2**, não foi encontrado qualquer efeito da variável **local de residência** no ajustamento de nenhum dos grupos, ao contrário do que é sugerido na literatura (Pereira, 2001). No entanto, a **escolaridade** revelou ter um papel importante no ajustamento das jovens de ambos, como proposto na nossa hipótese.

Assim, no grupo GA, e de acordo com os resultados de Figueiredo et al. (2006), o **abandono escolar prévio** à gravidez foi a única variável sociodemográfica capaz de discriminar grávidas adolescentes com maior ou menor presença de sintomatologia depressiva, revelando que as adolescentes da nossa amostra que já tinham abandonado o sistema de ensino aquando da ocorrência da gravidez se encontram menos deprimidas durante a mesma. Estes dados são interpretáveis à luz do que nos dizem, por exemplo, Canavarro e Pereira (2001) ou Coley e Chase-Lansdale (1998) quando se referem aos baixos custos de uma gravidez adolescente para jovens que já abandonaram a escola e não têm aspirações académicas ou de carreira elevadas. Estes resultados contribuem, então, para chamar a atenção para o facto de que alguns dos factores, nomeadamente sociodemográficos, que influenciam a ocorrência da gravidez podem estar também relacionados com os níveis de ajustamento socioemocional superiores revelados posteriormente. Este dado, juntamente com os resultados de Canavarro (2009), que revelam valores significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva nas mães adolescentes do que em grávidas adolescentes ou adultas, permite levantar hipóteses importantes sobre o carácter adaptativo do ajustamento revelado pelas jovens da nossa amostra. Assim, é possível que, mais do que um efectivo e tranquilizador ajustamento por parte destas jovens, os menores níveis de sintomatologia depressiva apresentados resultem da mesma aceitabilidade que influencia comportamentos sexuais de risco e a própria vulnerabilidade para a ocorrência de uma gravidez na adolescência. Entendemos, então, que este ajustamento emocional – possivelmente proporcionado pela ausência de um projecto de vida além da presente gravidez e da relação romântica em que ocorreu e contaminado em certa medida pela idealização que tipicamente caracteriza estas relações nesta fase desenvolvimental - não garante necessariamente bons níveis de adaptação na transição para a maternidade, uma vez que poderá reflectir uma percepção subestimada e idealizada das exigências desta etapa do ciclo de vida, contribuindo para o risco de desajustamento posterior. Hipotetizamos, assim, que níveis superiores de ajustamento nas grávidas adolescentes não significam que elas se encontram verdadeiramente mais ajustadas, mas sim que permanecem em risco para resultados desenvolvimentais menos positivos e trajetórias de vida mais desfavorecidas social e emocionalmente, pela ausência de percepção da necessidade de mudança das variáveis que influenciaram a ocorrência da própria gravidez. Consideramos que estas hipóteses deveriam ser exploradas em futuras investigações, nomeadamente de cariz longitudinal, pois os resultados do presente estudo devem ser, no nosso entender, um factor de preocupação acrescido e foco necessário de intervenção, cujo esclarecimento possui elevado valor clínico.

Por seu lado, quanto aos níveis superiores, embora não estatisticamente significativos, de QdV destas jovens, devemos ter em conta na sua interpretação que as jovens do grupo GA da presente amostra se

encontravam na sua totalidade apoiadas institucionalmente, através de um atendimento adaptado às suas necessidades e às especificidades da vivência de uma gravidez nesta fase do seu ciclo de vida, o que pode ter contribuído para estes níveis tendencialmente mais elevados.

### **Variáveis estruturais familiares**

O estudo das variáveis estruturais no ajustamento socioemocional das jovens que engravidam na adolescência não é abundante, pelo que o presente estudo pretendeu contribuir para a formação de algumas hipóteses que possam servir investigações posteriores.

A nossa hipótese quanto à homogeneidade da influência destas características no ajustamento de adolescentes grávidas e não grávidas (**H7.1**), baseada em estudos como o de Zulling, Valois, Huebner e Drane (2005), que demonstram uma influência positiva da pertença a famílias nucleares intactas no ajustamento de uma amostra de adolescentes da população geral, não foi confirmada, verificando-se heterogeneidade entre os grupos GA e ASHG.

Assim, **em primeiro lugar**, as associações esperadas para os dois grupos entre ajustamento socioemocional e pertença a famílias nucleares intactas na infância não só não se verificou no grupo ASHG, como no GA tomou o sentido inverso ao esperado, isto é, indicador de que viver com a família nuclear intacta na infância se associa com uma menor QdV no domínio *Psicológico* no momento actual. Estes resultados vão contra o verificado por Pereira (2001) e sugerem uma menor percepção de QdV quanto a aspectos como sentimentos positivos/negativos, pensamento, concentração e memória, auto-estima, imagem corporal e aparência, e espiritualidade, religião e crenças pessoais por parte das adolescentes que viveram com famílias nucleares intactas na infância. A literatura não dispõe de estudos que nos permitam enquadrar estes resultados, no entanto consideramos que o seu esclarecimento em futuros trabalhos como necessário.

**Em segundo lugar**, o maior número de elementos do agregado familiar actual mostrou uma influência negativa em dimensões da QdV nos dois grupos, embora no grupo GA a sua influência pareça ser menor, uma vez que esta variável apenas se associa com a qualidade percebida com a vida e com a saúde em geral. Já no grupo ASHG, esta influência faz-se ainda sentir ao nível da QdV *Ambiente*.

Em **terceiro lugar**, a constituição do agregado familiar actual, ao contrário do que seria de esperar a partir de estudos que revelam a importância do apoio prestado pela família no ajustamento da jovem grávida (Bogat et al., 1998; Canavaro & Pereira, 2001; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 1998; Shanok & Miller, 2007; Soares & Jongenelen, 1998) e, hipoteticamente, da maior facilidade de disponibilização desse apoio que está ao alcance das famílias nucleares intactas, não revelou diferenças estatisticamente significativas no ajustamento das jovens do grupo GA. No entanto, no grupo ASHG verificaram-se diferenças reveladoras de uma maior QdV no domínio *Psicológico* para as jovens que vivem com famílias nucleares intactas.

### **Variáveis relacionais familiares: práticas educativas na infância**

De acordo com a importância crescente que tem vindo a ser dada aos modelos sobre o impacto das relações precoces no funcionamento do indivíduo (Bowlby, 1978), seja este impacto em termos de perturbações psicológicas (Perris, 1994), ou em termos da qualidade de vida ao longo da mesma (Zimmermann et al., 2008), os nossos resultados mostram um conjunto de associações entre estas dimensões e as práticas educativas parentais vivenciadas pelas jovens do nosso estudo durante a infância. Estas associações ocorreram num perfil diferenciado entre os grupos GA e ASHG, o que vai ao encontro da nossa hipótese **H7.2** e ao verificado por Pereira (2001). No entanto, as nossas hipóteses **H7.1a)** e **H7.1b)**, bem como os estudos que as suportavam empiricamente (Brophy-Herb & Honing, 1999; Pereira, 2001) não foram corroboradas. Mais uma vez, não nos reportaremos à sobreprotecção, por tal escala não ter sido usada no nosso trabalho.

Assim, no grupo GA, quanto à **sintomatologia depressiva** apresentada, não foram encontradas associações com nenhuma das dimensões das práticas educativas em estudo, o que converge com os resultados de Pereira (2001). Os nossos resultados, ao contrário dos de Canavarro (2009), não revelaram associações entre a sintomatologia depressiva das jovens e a dimensão *Rejeição* para o pai. Fica então por esclarecer se as práticas educativas parentais não terão qualquer tipo de influência na sintomatologia depressiva no grupo GA, ou se essa influência se fará sentir através de outras práticas, como comportamentos de controlo parental, não avaliados neste trabalho. Caso se tratasse da primeira hipótese, tal poderia apontar para a especificidade da vivência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida, comparativamente com a sua ocorrência na idade adulta, na qual, segundo Monteiro et al. (2005), a *Rejeição* e *Sobreprotecção* por parte de ambos os pais, avaliada pelo instrumento utilizado no presente estudo, parece estar relacionada com o ajustamento emocional, nomeadamente no que respeita à presença de psicopatologia (depressão).

Relativamente à **QdV** do grupo GA, foi o **suporte emocional da mãe** que demonstrou um maior número de associações positivas e estatisticamente significativas com os domínios da QdV avaliados (*Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente*) e com a QdV *Geral*, seguido da dimensão **Rejeição do pai** (*Psicológico* e *Ambiente*). Estes dados acrescentam informação importante ao estado actual do conhecimento, ao mostrar que a percepção de práticas educativas parentais promotoras da ideia de que se é aprovada como pessoa pelos pais é mais relevante na determinação do ajustamento das jovens grávidas do nosso estudo do que comportamentos parentais de modificação da vontade dos filhos, sentidos por estes como uma pressão para se comportarem de acordo com o desejo dos pais. Revela, ainda, a importância do pai das adolescentes neste ajustamento, sugerida já por Canavarro (2009), apesar de as práticas educativas da mãe demonstrarem um maior número de associações com a QdV e, portanto, uma influência mais generalizada.

Por sua vez, no grupo ASHG verifica-se uma influência muito mais equilibrada entre as duas dimensões em avaliação para ambos os pais, sugestiva de um papel igualmente preponderante dos progenitores na sintomatologia depressiva e na QdV das jovens, através de comportamentos quer de suporte emocional, quer de rejeição. Outra diferença sonante é a influência que demonstram todas as dimensões das práticas educativas

parentais, à excepção do suporte emocional da mãe, na sintomatologia depressiva apresentada, o que não vai ao encontro da preponderância da dimensão *Suporte Emocional* para o pai referida por Pereira (2001) e integrada na nossa hipótese **H7.2b**.

#### **Influência das práticas educativas na infância no contexto relacional actual**

Como sugerido por Sherman e Donovan (1991), os nossos resultados revelaram associações significativas entre as dimensões das práticas educativas parentais na infância e a qualidade percebida do apoio social actual nas jovens do grupo de GA, bem como com a sua capacidade de perceber esse apoio como satisfatório. Para além disso, estes resultados também se verificam no grupo ASHG. Esta influência é mais visível no grupo GA quanto às figuras parentais, enquanto no grupo ASHG a experiência de determinadas práticas educativas parentais parece também associar-se com a percepção de satisfação com o apoio por parte não só das figuras parentais, como da escola e dos serviços e técnicos de saúde. A escassa literatura sobre o tema e a ausência de estudos neste âmbito, comparativos entre jovens grávidas e não grávidas, não nos permite contextualizar os diferentes resultados dos dois grupos.

Quanto à qualidade percebida das relações actuais, e de acordo com Rodrigues et al. (2004), verificaram-se também associações positivas entre os níveis de suporte emocional percebidos nas interações estabelecidas durante a infância com o pai e com a mãe e a qualidade percebida das relações actuais no grupo GA. No grupo ASHG, as associações encontradas, positivas no que respeita ao suporte emocional e negativas no que respeita à rejeição, sugerem que, para estas jovens, ao contrário das grávidas adolescentes, os comportamentos de rejeição têm também um papel importante na qualidade percebida nas relações actuais. Estes dados, para além de sustentarem a nossa hipótese **H8**, confirmam que as experiências educativas parentais pautadas por elevados níveis de suporte emocional se associam com a capacidade de estabelecimento de relações positivas e gratificantes ao longo da vida, nomeadamente na adolescência (Bowlby, 1978).

Assim, tal como era esperado na nossa hipótese **H8**, as práticas educativas na infância caracterizadas por maior suporte emocional associam-se, nos dois grupos, com uma melhor qualidade percebida das relações e apoio social actuais. No entanto, os dois grupos apresentam diferentes padrões de interacção entre variáveis relacionais passadas e presentes, o que cria a necessidade de abordar estas questões de uma forma mais aprofundada em futuras investigações, pela possibilidade de existirem especificidades ao nível das influências que actuam nos contextos relacionais actuais das jovens grávidas, por comparação com os seus pares sem história de gravidez.

#### **Variáveis relacionais actuais**

De acordo com a revisão da literatura efectuada (Figueiredo et al., 2006; Pereira, 2001), as relações interpessoais e o apoio trocado nessas relações mostraram-se variáveis influentes no ajustamento socioemocional das jovens da amostra em estudo, tanto no que se refere ao grupo GA como ao grupo ASHG.

No entanto, a nossa hipótese (**H9**), baseada no papel específico que o apoio social detém no ajustamento das adolescentes grávidas (Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001), não foi confirmada. Os nossos resultados revelam, sim, as diferentes fontes que num e noutro grupo se constituem como mais influentes em termos do apoio prestado e da qualidade dessas relações para o ajustamento das jovens, o que corrobora o trabalho de Pereira (2001), quanto ao facto de serem diferentes formas de apoio social a ter influência nos dois grupos. Esta autora refere que o apoio percebido é mais relevante para as grávidas adolescentes, enquanto o apoio prestado é o mais significativo para o ajustamento das jovens não grávidas. O presente trabalho acrescenta a este conhecimento, o facto de, para as jovens do grupo GA do nosso estudo, ser mais sonante a influência do apoio percebido por parte dos serviços e técnicos de saúde e da qualidade percebida na relação com a mãe e com o grupo de amigos, ao passo que, para o grupo ASHG, são o apoio dos serviços e técnicos de saúde e a relação com a mãe, e ainda o apoio da escola e o apoio e a relação com o pai, que mostram um maior número de associações com os índices de ajustamento. Destas diferenças parece-nos importante destacar, no grupo GA, a **relação com o grupo de amigos**, uma vez que poderia ser de esperar uma diminuição da importância destes, devido a uma maior recentração das adolescentes na família, como nos indicam Canavarro e Pereira (2001), Coley e Chase-Lansdale (1998) e Figueiredo (2001), ao referirem precisamente como uma das tarefas desenvolvimentais dificultadas pela ocorrência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida a progressiva autonomia relativamente aos pais e o maior investimento nas relações com os pares. Chamamos ainda a atenção para o diferente papel que o **apoio e a relação com as figuras parentais** parecem ter nos dois grupos, e que nos leva ao encontro dos estudos que revelam a relação com mãe como uma das mais influentes do contexto relacional actual da adolescente no seu ajustamento (Bogat et al., 1998; Canavarro & Pereira, 2001; Jongenelen, 1998). Já no que respeita ao papel do namorado, os nossos resultados não sustentam uma maior associação entre este e o ajustamento das jovens grávidas do que das adolescentes sem história de gravidez (Milan et al., 2004), mostrando aliás, resultados contrários.

### **Modelos explicativos do ajustamento socioemocional durante a gravidez na adolescência**

Dentro dos contextos avaliados pelo presente trabalho, os nossos resultados revelam que os modelos que melhor explicam o ajustamento entre as jovens do grupo GA (hipótese **H10**) ponderam factores de diferentes esferas das suas vidas, desde factores sociodemográficos a variáveis relacionais passadas e presentes. Para cada um dos índices de ajustamento avaliados, é visível uma conjugação de factores, cuja ponderação do risco exige atender à sua interacção e aos múltiplos níveis de transacção que se estabelecem entre os vários contextos de vida destas jovens.

Assim, os factores que se revelaram melhores preditores da **sintomatologia depressiva** das jovens do grupo GA foram a percepção do apoio da escola e o facto de as adolescentes já não se encontrarem a estudar no momento em que engravidam, o que realça o importante impacto do contexto escolar, sob diferentes formas, na ponderação do risco para os

níveis de sintomatologia depressiva vivenciados. Assim, encontram-se em menor risco para sintomatologia depressiva as jovens que já não se encontravam a estudar aquando da gravidez e aquelas que, continuando a estudar, percebem uma maior satisfação com o apoio da escola.

No que respeita à **QdV** das jovens deste grupo, os diferentes modelos explicativos encontrados para cada um dos seus domínios não revelam um padrão homogéneo de preditores. Ao nível das variáveis integradas nestes modelos, o suporte emocional da mãe, a rejeição do pai e a percepção de apoio relacionado com a saúde são as que revelam maior capacidade explicativa da QdV destas jovens, ao associarem-se com um maior número de indicadores da mesma: o suporte emocional da mãe com a faceta Geral e com o domínio *Ambiente*, a rejeição do pai com os domínios *Psicológico* e *Ambiente* e a percepção de apoio com a saúde com os domínios *Relações Sociais* e *Ambiente*. Ao nível dos contextos de influência, foram os **factores relacionais actuais** aqueles, que no conjunto de indicadores de QdV, demonstram maior poder preditivo. Falamos das variáveis total de elementos do agregado familiar actual (faceta *Geral*), qualidade da relação com a mãe (domínio *Psicológico*), apoio com a saúde (domínios *Relações Sociais* e *Ambiente*) e qualidade da relação com o grupo de amigos (domínio *Relações Sociais*).

Estes modelos apoiam, em certa medida, as hipóteses explicativas que colocámos no início do ponto B da presente discussão. A predominância dos factores relacionais actuais na determinação do ajustamento nos vários domínios da QdV das jovens sugere que as adolescentes grávidas que se encontram bem apoiadas institucionalmente (percepção de apoio com a saúde), e que dispõem de relações actuais capazes de proporcionar bem-estar e apoio adequado, se encontram mais ajustadas socioemocionalmente. Por outro lado, a influência revelada pelas variáveis do contexto escolar, sejam elas o abandono prévio ou o apoio actual recebido na escola, parecem remeter para o contexto sociodemográfico e para as aspirações de vida destas jovens que, por sua vez, influem na sua avaliação subjectiva do impacto da maternidade na adolescência, avaliação essa que pode estar relacionada com os seus maiores níveis de ajustamento emocional.

Estes resultados sugerem, assim, que a intervenção junto de adolescentes grávidas deve privilegiar o apoio especializado às jovens através serviços de saúde e apoio preparados para as especificidades desta vivência (Canavaro & Pereira, 2001), bem como os contextos relacionais actuais – enquanto promotores do bem-estar da jovem e como oportunidades de reorganização de representações formadas nas interações familiares ao longo da infância (Rodrigues et al., 2004) – promovendo a qualidade das relações que os compõem. Consideramos também importante que estes esforços interventivos passem por uma consciencialização guiada e apoiada das exigências da fase de transição para a maternidade que vivenciam, de modo a evitar o desajustamento posterior desencadeado pela confrontação com as mesmas, e pela prevenção de novas gravidezes, através da atenuação dos factores de risco que potenciaram a ocorrência da actual e que podem contribuir para os baixos níveis de sintomatologia depressiva apresentados, relativamente às jovens sem história de gravidez.

Tais hipóteses deverão, no entanto, ser testadas em futuras investigações, de modo a averiguar se as implicações para a prática delas decorrentes são válidas e adequadas à realidade das jovens nesta situação.

## V – Conclusões

O presente trabalho pretendeu contribuir para o conhecimento sobre a etiologia da gravidez na adolescência (**objectivo geral A**) e sobre o impacto da gravidez no ajustamento socioemocional das adolescentes que a vivenciam (**objectivo geral B**). Dada a complexidade deste fenómeno e as várias esferas de vida do indivíduo que a literatura aponta como influentes no maior ou menor risco para a sua ocorrência e para níveis superiores ou inferiores de ajustamento face aos seus pares sem história de gravidez, circunscrevemos o nosso contributo ao estudo da influência das variáveis sociodemográficas e relacionais (passadas e presentes) nestes dois níveis de análise, por considerarmos que permitiriam uma visão mais alargada da realidade de vida das jovens em estudo e, portanto, uma melhor compreensão do fenómeno em causa.

No que respeita ao nosso **primeiro objectivo geral**, foi possível confirmar os resultados publicados na literatura sobre um maior risco de ocorrência de gravidez em função de características sociodemográficas e relacionais passadas mais desvantajosas. Conclui-se, assim, que na amostra do presente trabalho, tanto as variáveis sociodemográficas como as estruturais e relacionais das famílias das adolescentes se relacionam com o risco para a ocorrência de uma gravidez precoce, nomeadamente no que respeita a **1)** menores níveis socioeconómicos e educacionais, exclusão do sistema de emprego e maior proveniência de zonas rurais; **2)** a maior frequência de familiares com história de gravidez na adolescência e maior número de mães inactivas profissionalmente (domésticas) e **3)** a um menor suporte emocional percebido nas práticas educativas parentais durante a infância e anos anteriores da adolescência, particularmente por parte da mãe.

Estes resultados possibilitaram traçar algumas hipóteses explicativas da interacção entre estes factores, de modo a abrir novas linhas de investigação sobre o tema. Assim, no contexto de investigações futuras, para aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos mediante os quais pode ser compreendida a influência destas variáveis, consideramos ser relevante, entre outros: **1)** estudar o possível papel mediador do da maior aceitabilidade dos papéis femininos de esposa e mãe na influência que níveis socioeconómicos mais desfavorecidos revelam na ocorrência de gravidez, **2)** averiguar o possível papel mediador de características individuais no efeito de risco do abandono escolar na ocorrência de gravidez, **3)** analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis relacionais, nomeadamente em termos do efeito daquelas nas estratégias educativas e interacções familiares estabelecidas desde a infância e **4)** estudar a influência de experiências de práticas educativas de menor suporte emocional noutros contextos de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência (como características individuais da jovem, os pares, a escola e as relações românticas).

Quanto ao nosso **segundo objectivo geral**, conclui-se que, na amostra do presente estudo, as grávidas adolescentes apresentam melhores resultados

nos indicadores de ajustamento socioemocional do que os seus pares sem história de gravidez e que os factores de vulnerabilidade e protecção para os dois grupos não são necessariamente os mesmos.

Tais resultados apresentam importantes implicações teóricas e clínicas, que passam pela necessidade de privilegiar o apoio institucional especializado e desenvolvimentalmente adequado às especificidades da vivência de uma gravidez na adolescência, a qualidade dos contextos relacionais actuais – bem como o seu carácter reorganizador de representações passadas geradas nas interações familiares –, como ainda uma componente de consciencialização guiada e apoiada das exigências da maternidade e dos factores que podem continuar a ser de risco para novas gravidezes em idade jovem. Continua, no entanto, a ser necessário averiguar as hipóteses subjacentes a estas implicações em futuros trabalhos, pelo carácter exploratório e preliminar da informação disponibilizada pelo presente estudo. Assim, entre outros aspectos: **1)** seria importante replicar o estudo com uma amostra mais numerosa que permitisse maior segurança na interpretação e generalização dos dados das análises intra-grupos efectuadas; **2)** não é claro para nós que os resultados mais favoráveis das grávidas adolescentes nos indicadores de ajustamento do nosso estudo reflectam um ajustamento adaptativo ao momento estas jovens que atravessam, nem aos riscos nele envolvidos, pelo que consideramos que deveriam ser usadas outras medidas de avaliação da presença sintomas psicopatológicos – nomeadamente, de modo a abranger não só aspectos depressivos, como também ansiosos –, tal como deveria ser também aprofundado o estudo da relação entre variáveis da etiologia deste fenómeno e este ajustamento emocional superior apresentado.

Os resultados do presente estudo contribuem então para reforçar a concepção da gravidez na adolescência enquanto fenómeno multideterminado e com resultados desenvolvimentais muito diversos, cuja compreensão passa pelo desenvolvimento de investigações rigorosas do ponto de vista metodológico e esclarecedoras das diversas hipóteses em aberto nos vários níveis de análise deste fenómeno, bem como pelo desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam captar as especificidades das trajectórias de vida destas adolescentes.

### **Bibliografia**

- Arrindell, W. A., Perris, C., Eismann, M., Van der Ende, J., Gazner, P., Iwawaki, S., Maj, M., & Zhang, J. (1994). Parental rearing behavior from a cross-cultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. Arrindell, & M. Eismann (Eds), *Parenting and psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships [Abstract]. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 16–26.
- Blinn-Pike, L., Stenberg, L., & Thompson, C. (1994). Intraindividual variation among pregnant adolescents: A pilot study and conceptual discussion. *Adolescence*, *29*(113), 163–182.

- Bogat, G. A., Guzmán, B., Galasso, L., & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology*, 6(6), 549 – 568.
- Bowlby, J. (1978). *La separation: Agnoise et colere*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brophy – Herb, H. E., & Honig, A. S. (1999). Reflectivity: Key ingredient in positive adolescent parenting. *Journal of Primary Prevention*, 3(19), 241–250.
- Camarena, P. M., Minor, K., Melmer, T., & Ferrie, C. (1998). The nature and support of adolescent mothers' life aspirations. *Family relations*, 47(2), 129–137.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2009). Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade da adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A. I., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C., & Bentes, M.H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2(XXV), 183-194.
- Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2(53), 152–166.
- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S., & Woodward, L. (2003). Does father's absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? [Abstract] *Child Development Mongographs*, 3, 801.
- Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eshbaugh, E. M. (2006). Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Arch Womens Mental Health*, 9, 339–342.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade da adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 485–498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(3), 221–238.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Mental Health*, 10, 103-109.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a

- adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97–125.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 551–570.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco?. *Acta Med Port*, 18, 97–105.
- Furriol, E. (2004). *España fracasa en educación sexual*. Retirado a Novembro/12/2008 de <http://www.guardian.co.uk/education/2004/jul/14/languageresourcesspanish.languageresources>.
- Garrett, S. C., & Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. *Adolescence*, 133(34), 91–105.
- Harris, J. L. J. (1998). Urban African American adolescent parents: Their perceptions of sex, love, intimacy, pregnancy, and parenting. *Adolescence*, 132(33), 833–844.
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J., & Ritchie, K. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 111(28), 323–326.
- Holmbeck, G. N., Paikoff, R. L., & Brooks-Gun, J. (1995). Parenting adolescents. In M. H. Bornstein (Ed), *Handbook of parenting: Children and parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Silva, M. O. da, Astin, M., Wyness, L. et al (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health Advance*, 1–7.
- Jongenelen, I. (1998) *Gravidez na adolescência: Uniformidade e diversidade no desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 97–147.
- Kapungu, C. T., Holmbeck, G. N., & Paikoff, R. L. (2006). Longitudinal association between parenting practices and early sexual risk behaviors among urban African American adolescents: The moderating role of gender. *Journal Youth Adolescence*, 35, 787–798.
- Kaufmann, N. D., Spitz, A. M., Strauss, L.T., Morris, L., Santelli, J. S., Koonin, L. M., & Marks, J. S. (1998). The decline in US teen pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics*, 5(102), 1141–1147.
- Lederman, R. P., Chan, W., & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Heldref Publications*, 137-143.
- Lourenço, M. M. (1996). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*, Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.

- Manlove, J., Terry-Hume, E., Papillo, A. R., Frazetta, K., Williams, S., & Ryan, S. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8(2), 187-220.
- Manlove, J., Terry-Hume, E., Papillo, A. R., Frazetta, K., Williams, S., & Ryan, S. (2002). *Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: What the research shows*. Washington: Child Trends.
- Mendonça, L., Maia, A., & Ribeiro, F. (2007). Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde. In *Congresso, Família, Saúde e Doença: Actas* (versão em cd-rom). Braga: Universidade do Minho.
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(72), 328-340.
- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38
- Miller, B. C., Stage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. In T. P. Gullota, & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 567-587). New York: Springer.
- Monteiro, S., Pedrosa, A., Oliveira, C., Ramos, M. M. & Canavarro, M. C, (Outubro, 2005). *O papel das relações com a família de origem e do suporte social na adaptação à transição para a maternidade*. Comunicação oral apresentada no II Congresso Hispano-Português de Psicologia, Lisboa.
- Morgan, C., Chapar, G. N., & Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30(118), 277-289.
- Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J.G., Schellencach, C. J., Maxwell, S. E, Keogh, D., & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 28(109), 97-115.
- Pereira, A. I. L. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescent of low socioeconomic status. *Adolescence*, 159(40), 655-671.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parent rearing with manifest of psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 3-32). New York: John Wiley and Sons.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 643-665.

- Scaramella, L. V., Conger, R. D., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1998). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Developmental Psychology*, 6(34), 1233–1245.
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Arch Women's Mental Health*, 10, 199–210.
- Shearman, B. R., & Donovan, B.R. (1991-+--). Relationship of perceived maternal acceptance-rejection in childhood and social support networks of pregnant adolescents. *Orthopsychiat*, 61(1), 103–113.
- Sieger, K., & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, chill characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567–581.
- Simões, M. R. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento, não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 373–384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicopatologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359–407). Coimbra: Quarteto.
- Troutman, B. R., & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 1(99), 69–78.
- Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5(2), 119–130.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41- 49.
- Von Bertalanffy, L. (1978). *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod.
- World Health Organization (1975). *Meeting on pregnancy and abortion in adolescence* (WHO Technical report Series, 583), Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL GROUP (1994). Developmental of the WOHQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL GROUP (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Zimmerman, J. J., Eisemann, M. R. & Fleck, M. P. (2008). Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood? *Quality of Life Research*, 17, 249–255.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane J. W. (2005). Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 2(14), 195-206.

**Anexo 1**

Integradas na secção metodologia, as análises de consistência interna e correlações entre escalas para os instrumentos em estudo encontram-se representadas nos Quadros 1 e 2, abaixo, de forma a proporcionar informação complementar à da referida secção do presente trabalho.

**Quadro 1. Consistência interna e correlações EMBU na amostra em estudo**

Grupo Clínico GA (N=38)									
Pai	N	Média	DP	$\alpha$	2P	3P	4M	5M	6M
1 - Suporte emocional	33	18.67	5.86	.889	-.509**	-.109	.859**	-.042	.136
2- Rejeição	30	9.27	2.49	.859	-	.528**	-.462	.531**	.162
3- Sobrep.	33	13.12	3.14	.584	-	-	-.124	.397*	.841**
Total itens				.669					
Mãe									
4 - Suporte emocional	35	19.42	5.48	.875	-	-	-	-.224	.159
5 -Rejeição	33	10.67	3.34	.876	-	-	-	-	.436*
6 -Sobrep.	36	12.64	3.02	.529	-	-	-	-	-
Total itens				.748					
Grupo de Referência ASHG (N=38)									
Pai	N	Média	DP	$\alpha$	2P	3P	4M	5M	6M
1 - Suporte emocional	34	19.50	5.95	.918	-.489**	.002	.460**	-.384**	-.018
2- Rejeição	29	10.45	4.16	.901	-	.613**	-.656**	.866**	.603*
3- Sobrep.	34	14.26	3.20	.457	-	-	-.508**	.533**	.746*
Total itens				.723					
Mãe									
4 - Suporte emocional	36	22.06	4.36	.861	-	-	-	-.719**	-.203
5 -Rejeição	31	12.06	4.40	.875	-	-	-	-	.463*
6 -Sobrep.	36	14.36	3.19	.428	-	-	-	-	-
Total itens				.446					

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Quadro 2. Consistência interna e correlações WHOQOL-BREF na amostra em estudo

Grupo clínico GA (N=38)								
	N	Média	DP	$\alpha$	1F	2P	3R	4 A
<b>G – Geral</b>	38	81.58	11.16	-	.240	.591**	.294	.496**
<b>1 – Físico</b>	36	74.01	11.12	.577	-	.446**	.322	.396*
<b>2 – Psicológico</b>	38	74.78	12.40	.707	-	-	.631**	.749**
<b>3 – Relações Sociais</b>	38	76.75	15.27	.529	-	-	-	.729**
<b>4 – Ambiente</b>	38	71.62	13.14	.772	-	-	-	-
<b>Total dos itens (26)</b>				.877				
Grupo de referência ASHG (N=38)								
	N	Média	DP	$\alpha$	1F	2P	3R	4 A
<b>G - Geral</b>	38	77.30	14.49	-	.570**	.804**	.373**	.767**
<b>1 – Físico</b>	38	73.21	12.20	.684	-	.608**	.252	.586**
<b>2 – Psicológico</b>	38	68.53	15.82	.803	-	-	.518**	.817**
<b>3 – Relações Sociais</b>	38	73.90	17.67	.610	-	-	-	.495**
<b>4 – Ambiente</b>	38	70.15	15.48	.837	-	-	-	-
<b>Total dos itens (26)</b>				.917				

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ 

Seguem-se alguns quadros complementares à informação da secção resultados, que optámos por apresentar com o subtítulo de cada objectivo a que pertencem, de forma a facilitar a sua consulta.

## B. 4. Ajustamento socioemocional

### B.4.2 Qualidade de Vida (QdV)

Quadro 3. Ajustamento socioemocional: Qualidade de vida

		N	Média	DP
QdV Geral	Grupo GA	38	82.50	11.01
	Grupo ASHG	38	77.30	14.49
QdV Físico	Grupo GA	38	73.78	11.19
	Grupo ASHG	38	73.21	12.20
QdV Psicológico	Grupo GA	38	75.36	11.49
	Grupo ASHG	38	68.53	15.82
QdV Relações Sociais	Grupo GA	38	75.95	15.36
	Grupo ASHG	38	73.90	17.67
QdV Ambiente	Grupo GA	37	72.05	13.39
	Grupo ASHG	38	70.14	15.48

## B.5 Influência das variáveis reprodutivas do grupo GA no ajustamento socioemocional

Quadro 4. Sintomatologia depressiva em função das características reprodutivas (Teste U de Mann-Whitney)

Gravidez planeada		N	Mean Rank	Z	p
EPDS	Não	31	20.21	-.834	.405
	Sim	7	16.36		
Gravidez desejada		N	Mean Rank	Z	p
EPDS	Não	18	22.44	-1.559	.119
	Sim	20	16.85		

## B.6 Influência dos factores sociodemográficos no ajustamento socioemocional

Quadro 5. Qualidade de vida em função das aspirações académicas (ASHG) (Teste U de Mann-Whitney)

Aspirações ASHG		N	Média	Z	p
QdV	12º ano	8	7.00	-.543	.587
	Geral	Curso Sup	6		
QdV	12º ano	8	6.81	-.729	.466
	Físico	Curso Sup	6		
QdV	12º ano	8	6.50	-1.049	.294
	Psicológico	Curso Sup	6		
QdV	12º ano	8	6.44	-1.129	.259
	Relações Sociais	Curso Sup	6		
QdV	12º ano	8	6.56	-.976	.329
	Ambiente	Curso Sup	6		

Quadro 6. Ajustamento socioemocional (ASHG) em função do NSE (teste U de Mann-Whitney)

NSE ASHG		N	Média	Z	p
EPDS	Baixo	16	19.19	-.149	.882
	Médio/Alto	22	19.23		
QdV	Baixo	16	15.38	-2.048	<b>.041</b>
	Geral	Médio/Alto	22		
QdV	Baixo	16	17.25	-1.070	.285
	Físico	Médio/Alto	22		
QdV	Baixo	16	17.69	-.862	.389
	Psicológico	Médio/Alto	22		
QdV	Baixo	16	18.19	-.631	.528
	Rel.Sociais	Médio/Alto	22		
QdV	Baixo	16	14.25	-2.495	<b>.013</b>
	Ambiente	Médio/Alto	22		

**Quadro 7. Sintomatologia depressiva (totalidade da amostra) em função das aspirações acadêmicas (teste Kruskal-Wallis)**

Asp.Acad. Totalidade		N	Mean Rank	$\chi^2$	p
EPDS	9º	10	31.45	9.894	<b>.042</b>
	12º	15	42.80		
	Cus. Sup	37	44.08		
	Não sabe	1	24.00		
	Não quer	13	24.19		

**Quadro 8. Sintomatologia depressiva (totalidade da amostra) em função do NSE e estado civil (Teste U de Mann-Whitney)**

NSE Totalidade		N	Mean Rank	Z	p
EPDS	Baixo	51	35.25	-1.840	<b>.066</b>
	Médio/Alto	25	<b>45.14</b>		
EPDS	Baixo	51	35.25	-1.840	<b>.066</b>
	Médio/Alto	25	<b>45.14</b>		
Est.Civ. Totalidade		N	Mean Rank	Z	p
EPDS	Solteira	54	<b>43.31</b>	-2.980	<b>.003</b>
	Casada	22	26.70		

## **B.7 Influência das variáveis familiares no ajustamento socioemocional das jovens dos dois grupos**

### **7.1 Variáveis estruturais familiares**

**Quadro 9. Ajustamento socioemocional (GA) em função da estrutura familiar na infância (Teste U de Mann-Whitney)**

Estrutura familiar nuclear		N	Média	Z	P
<b>intacta</b>					
EPDS	Não	7	17.57	-.512	.609
	Sim	31	19.94		
QdV Geral	Não	7	23.57	-1.135	.257
	Sim	31	18.58		
QdV Físico	Não	7	18.14	-.101	.920
	Sim	29	18.59		
QdV Psicológico	Não	7	28.29	-2.329	<b>.020</b>
	Sim	31	17.52		
QdV Relações Sociais	Não	7	21.71	-.593	.553
	Sim	31	19.00		
QdV Ambiente	Não	7	25.57	-1.797	.072
	Sim	30	17.47		

**Quadro 10. Ajustamento socioemocional (ASHG) em função da estrutura familiar actual (Teste U de Mann-Whitney)**

Estrutura familiar nuclear		N	Média	Z	p
<b>intacta</b>					
EPDS	Não	11	19.14	-.135	.893
	Sim	27	19.65		
QdV Geral	Não	11	17.09	-.858	.391
	Sim	27	20.48		
QdV Físico	Não	11	17.95	-.550	.582
	Sim	27	20.13		
QdV Psicológico	Não	11	13.73	-2.076	<b>.038</b>
	Sim	27	21.85		
QdV Relações Sociais	Não	11	15.95	-1.261	.207
	Sim	27	20.94		
QdV Ambiente	Não	11	16.27	-1.148	.251
	Sim	27	20.81		