



UC/FPCE\_2016

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Histórias de mães adolescentes na Guiné-Bissau:  
contributo para a construção de um modelo  
intercultural da gravidez na adolescência**

Jacinira Carlos Nhaga (e-mail: [jacinirarodrigues@hotmail.com](mailto:jacinirarodrigues@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

## **Dedicatória**

Aos meus pais, Carlos Nhaga e Sábado Rodrigues N'tchama; à memória do meu padrasto, Caetano N'tchama, pelos esforços desenvolvidos para que eu pudesse ter um curso superior, este trabalho materializa a realização de um sonho nosso.

## Agradecimentos

Apesar de saber que as próximas palavras não representam sequer a metade da gratidão que sinto. Um agradecimento muito especial...

Ao Professor Doutor Rui Paixão, por todos os seus ensinamentos ao longo dos anos de mestrado e em particular na orientação desta investigação; pela suas atitudes de paciência, flexibilidade e dedicação e por ter acreditado e desafiado as minhas capacidades.

Às pessoas que possibilitaram a coleta da amostra: os meus pais Carlos Nhaga e Sábado Rodrigues N'tchama, as mães adolescentes e os profissionais de Serviço Social, Duarte Sanca e Sana Fati.

À minha mummy, pela confiança que tem em mim e pela transmissão de valores como a lealdade, a simplicidade, a independência, a responsabilidade, a persistência, a coragem e o respeito.

À memória do meu padrasto, para mim importante na valorização de aspetos como a honestidade, a escola, a família, a amizade e a rotina.

Ao Leslie Xiri Khumalo pela aceitação e compreensão das minhas prolongadas ausências, por demonstrar desejar este meu sonho quase tanto como eu, desafiar o meu crescimento pessoal e tentar ser um porto seguro.

À Psicóloga Isabel Keating, pela sua disponibilidade e genuíno interesse na minha pessoa e nas minhas “coisas”; essencial na reconstrução da minha auto-estima, assim como na elaboração das ideias que dizem respeito à presente investigação.

À minha tia-avó Tomácia Jandin, pela sua sabedoria e maneira calorosa, simples e constante de estar presente.

À Telma Rodrigues, à Isabel Henriques, ao Inácio Semedo, ao Ílvio Mango, à Vânia Pires, à Maria João Simões; à Dalete Barbosa, à Maria Leonor Bicker, à Mariah Xiri e à Cláudia Aly, pela correção dos textos, disponibilização de material, partilha de conhecimentos e/ou ainda, pela amizade.

Também à amizade de Melo da Silva, Rosa Correia, Daisylene Landim, Jaqueline Ferreira, Cláudia Mesquita, Cindy Cardoso, Cândido Pinto, Vânia Ribeiro e Ana Silá, Filipa Mira e Henrique Pinhel; pelo apoio, compreensão e distração.

Às pessoas da Casa da Infância Doutor Elísio de Moura, pela dedicação e acolhimento ao longo dos anos.

## **Histórias de mães adolescentes na Guiné-Bissau: contributo para a construção de um modelo intercultural da gravidez na adolescência.**

### **Resumo**

Recentemente o fenómeno da gravidez precoce adquiriu o estatuto de problema social e de saúde pública, deixando de ser compreendida como um problema exclusivo da adolescente. Por outro lado, o facto de a gravidez não resultar, na grande maioria dos casos, de um desejo assumido pelas adolescentes e de um projeto de vida estável, interrompendo uma trajetória de vida socialmente esperada e, conseqüentemente, não ser bem aceite e impedir o desenvolvimento e a estabilidade dos países em desenvolvimento, justifica elevados investimentos na sua prevenção. Neste sentido, desenvolveu-se a presente investigação com o objetivo geral de compreender o fenómeno da gravidez na adolescência no contexto particular da Guiné-Bissau, tomando por base o estudo de algumas histórias de vida de jovens mães guineenses. Baseia-se no referencial metodológico Grounded Theory (GT), não com a finalidade de construir uma verdadeira GT, mas como inspiração na identificação de fenómenos relevantes nas narrativas das participantes, que podem ajudar na compreensão do fenómeno de gravidez precoce. A análise dos dados permitiu o agrupamento dos fenómenos em quatro categorias gerais que serviram como referência na apresentação dos resultados, tendo sido estas denominadas de Contexto, trajetórias e situação residencial, Laços e redes de proteção, Sexualidade, percepção e experiência de gravidez precoce e Planos e expectativas para o futuro. Na base da gravidez adolescente no contexto da Guiné-Bissau encontramos fatores de risco de natureza económica, política e psicossociocultural, que podem ser agrupados em fatores de risco sociais e individuais. Sugerimos estes fatores como possíveis áreas de intervenção na prevenção da ocorrência do fenómeno, mas também na diminuição dos seus impactos negativos.

Palavras-chave: Histórias, Gravidez precoce; Guiné-Bissau; modelo intercultural; Grounded Theory

## **History of teenager mothers in Guinea-Bissau: the contribution for a intercultural model of teenage pregnancy**

### **Abstract**

Recently the phenomenon of premature pregnancy have become a social problem and of the public health, no longer understood as a problem exclusive to teenagers. On one side, the fact of the pregnancy not happen, in majority of the cases, of a wish assumed by the teenagers and of a stable life project, interrupting a social life expected trajectory and, consequently not being well accepted and unable the development and stability of the developing countries, justified high investment in this area. In this sense, we developed this investigation with the main objective of understanding the phenomenon of premature pregnancy in the context of Guinea-Bissau, giving the base studies of the history of the lifestyle of Guinean teenager mothers. In reference to the methodology Grounded Theory (GT), not with the finality of constructing a real GT, but with the inspiration of identifying the phenomenons related to the participants, that can help understand the phenomenon of premature pregnancy. Ananalysis of the data has allowed for a grouping of the phenomenons in four categories that serve has reference in the presentation of the results, this includes the Context, history and residence situation, Bonds and safety nets, Sexuality, perception and experience early pregnancy and Plans and expectations for the future. For teenager pregnancy in the context of Guinea-Bissau we have found risk factors in terms of the economy, political, cultural, social and psychological, that can be grouped in social and individuals risk factors. We suggest these factors as possible areas for the prevention of this occurence, but also in decreasing the negative impacts it possesses.

Keywords: History, premature pregnancy, Guine-Bissau, intercultural model, Grounded Theory

# Índice

<b>Introdução</b>	
<b>I</b>	<b>Enquadramento conceptual</b> <b>2</b>
	O retrato do país 2
	Gravidez na adolescência na Guiné-Bissau 3
	Fatores de risco 5
	Fatores de proteção 7
	Consequências 9
<b>II</b>	<b>Objetivos da investigação</b> <b>10</b>
<b>III</b>	<b>Metodologia</b> <b>11</b>
	Caraterização das participantes 12
	Materiais e instrumentos de investigação 13
	Procedimentos de investigação 13
<b>IV</b>	<b>Apresentação e análise dos resultados</b> <b>16</b>
	Contexto, trajetórias e situação habitacional 18
	Laços e redes de proteção 20
	Sexualidade, percepção e experiência de gravidez 25
	Planos e expetativas para o futuro 29
<b>V</b>	<b>Discussão dos resultados</b> <b>31</b>
	<b>Conclusão</b> <b>37</b>
	<b>Bibliografia</b>
	<b>Anexos</b>

## Introdução

As adolescentes da Guiné-Bissau vivem num meio sócioeconómico baixo e desestruturado. Este revela falhas no sistema de organização nas áreas político-sociais, educacionais e de saúde pública que se tornam assim incapazes de imprimir alguma estabilidade ao quotidiano, assim como confiança na disponibilidade de apoio para lidarem com as dificuldades. As pessoas do grupo familiar e outras com as quais partilham algum vínculo relacional afetivo apresentam-se como as suas únicas fontes de referência e suporte.

Neste contexto de risco e vulnerabilidade social, a gravidez precoce revela-se um fenómeno social com elevada probabilidade de ocorrência. O mesmo se passa quanto ao agravamento das consequências negativas que geralmente lhe estão associadas, quer para a adolescente e o seu descendente, quer para as outras pessoas do seu meio familiar, dada a falta de estrutura de integração desta problemática. Para além de que, como referem Mcqueston, Silverman e Glassman (2012), nos países de baixo e médio desenvolvimento, a gravidez na adolescência apresenta um sério impedimento para o desenvolvimento desses países, pelas suas relações com o abandono escolar, baixa produtividade e transmissão intergeracional da pobreza.

Os autores acima mencionados discutem, ainda, se a gravidez na adolescência e particularmente nos países já referidos é um problema em si ou apenas um sintoma de uma desvantagem mais profunda e enraizada. A propósito, os países industrializados reconhecem que a gravidez pode ser desejada, consciente ou inconscientemente, pela própria adolescente, no entanto atribuem o problema ao seu não planeamento (Altmann, 2007). Daí que, ainda segundo a mesma autora, os adjetivos “precoce”, “indesejada”, “não planeada” associados à gravidez representem a visão dessas sociedades de que a adolescência é uma época inadequada para a maternidade e paternidade. Estes fenómenos devem ser adiados para um período de vida adulta em que se esteja preparado para assumir tais compromissos (Altmann, 2007).

Neste sentido, no presente estudo propomos-nos contribuir para a compreensão do fenómeno da gravidez precoce na Guiné-Bissau. Para isso consideramos fundamental estudar a trajetória de vida de mães adolescentes guineenses. Assim, o estudo incide sobretudo na análise de como é que algumas histórias de vida e os contextos de vida destas mães influenciam o seu bem-estar, assim como permitem identificar as variáveis importantes para a prevenção, ocorrência e perpetuação da gravidez precoce. O estudo foca ainda, o impacto que esta experiência de gravidez precoce tem na Guiné-Bissau. Encontra-se organizado em duas partes: uma primeira de revisão bibliográfica e uma segunda de pesquisa qualitativa. Na parte da revisão bibliográfica caracterizamos a Guiné-Bissau e descrevemos os construtos da adolescência e gravidez precoce. Debruçamo-nos, igualmente, sobre os fatores de risco, de proteção e consequências associadas à gravidez

precoce, procurando contextualizá-los na sociedade guineense. Na parte da pesquisa qualitativa apresentamos e analisamos oito histórias de vida de mães adolescentes partindo de uma metodologia qualitativa baseada em referenciais da Grounded Theory (GT).

## **I – Enquadramento conceptual**

### **O retrato do país**

A República da Guiné-Bissau (ou Guiné-Bissau), cuja capital é Bissau, situa-se na costa ocidental da África Sub-sahariana. Encontra-se limitada a norte pela República do Senegal, a sul e a este pela República da Guiné-Conakry e a oeste pelo Oceano Atlântico. É territorialmente constituída por uma parte continental e uma parte insular – o arquipélago dos Bijagós, abrangendo no conjunto 36.125 Km<sup>2</sup> (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013; Pinto, 2009).

Segundo Leite (2014), em termos administrativos, está organizada em três províncias - Província Norte, Província Este e Província Sul e num Sector Autónomo de Bissau (SAB). As províncias englobam no total oito regiões - Cacheu, Oio e Biombo a norte; Bafatá e Gabu a este e Quinara e Bijagós e Tombali a sul. Estas regiões, por sua vez, subdividem-se em 36 sectores.

Relativamente aos dados populacionais, a Global Health Observatory [GHO], (2013) afirma que a Guiné-Bissau possui uma população estimada em 1704000 habitantes. No entanto, uma informação ainda mais recente aponta para 1726170 habitantes, registando o país uma taxa de crescimento demográfico de 1,91% (Central Intelligence Agency [CIA], 2015). Esta população é caracterizada pela CIA (2015) como estando distribuída espacialmente de forma relativamente equilibrada em termos de concentração nas zonas rural (50,7%) e urbana (49,3%). Quanto à sua estrutura etária esta é identificada como sendo jovem, representada graficamente por uma pirâmide de idades cuja base é constituída por 41% da população com menos de 15 anos de idade e o topo por apenas 5% da população com 60 ou mais anos (GHO, 2013).

Em termos de cultura, a Guiné-Bissau dispõe de uma essência identitária muito rica, que é em grande parte influenciada pela sua diversidade étnica (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009). Esta constata-se na pertença dos guineenses às etnias Fulas (28,5%); Balantas (22,5%); Mandingas (14,7%); Papéis (9,1%); Mandjacos (8,3); Beafadas (3,5%); Mancanhas (3,1%); Bijagós (2,1%); Felupes (1,7%); Mansoanca (1,4%); Balanta Mané (1,0%); Nalu, Saracole e Sossos com proporções abaixo de 1%. Apenas uma pequena parte da população não possui etnia (2,2%) (CIA, 2015, INE, 2009).

Uma vez que cada etnia possui o seu próprio código linguístico, isto



resulta numa pluralidade étnica e linguística. Ainda assim o crioulo é praticamente a língua nacional, sendo falada por 90,4% da população. Apesar do Português possuir o estatuto de língua oficial, na prática apenas 27,1% das pessoas a utilizam na comunicação (INE, 2009; CIA, 2015).

Ainda segundo o INE (2009), a população guineense professa diferentes religiões, predominando a muçulmana (45,1%); a cristã (22,1%) e a animista (14,9%). Na verdade, pode encontrar-se uma associação forte entre as etnias, a inclinação para uma determinada religião e para o investimento na formação educativa (INE, 2009). Por exemplo, no seio da etnia Mancanha a maioria pratica a religião cristã (67,5%) e cerca de 14% a religião animista. As etnias Fula, Mandinga, Beafada, Nalu, Sosso e Saracule praticam na sua maioria a religião muçulmana (80%). Os Nalu, Sosso e Saracule não praticam o animismo. Os balantas praticam a religião cristã (36,1%) e a animista (32%). Por outro lado, as diversas etnias da Guiné-Bissau registam diferenças significativas em termos de alfabetização e frequência escolar.

No que concerne à análise do progresso humano, medida pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a Guiné-Bissau ocupa a 177ª posição (0,396%), em termos mundiais (United Nations Development Programme [UNDP], 2014). Este desenvolvimento humano baixo reflete-se na pobreza generalizada e no muito baixo rendimento monetário (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006); nos reduzidos anos de escolaridade média (2,3) (United Nations Children's Fund [UNICEF] como citado em UNDP, 2014, p. 163); assim como na baixa esperança média de vida à nascença (54) (GHO, 2013). A governação do país permanece frágil em quase todos os domínios. De um modo geral, a população guineense padece de ausência de políticas de proteção social, assim como de uma substancial insatisfação em termos de direitos humanos, perceptível pelas numerosas violações ou contestações (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006).

Ainda alusivamente à caracterização das condições de vida acrescenta-se que é nítida a elevada disparidade e discriminação no acesso aos meios de produção e aos diferentes serviços básicos, como educação, saúde, justiça e serviços administrativos, com maior prejuízo para o sexo feminino (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006). No sistema educativo, esta substancial negligência do sexo feminino reflete-se na disparidade das distribuições dos alunos por sexo no ensino primário e secundário, embora com maior evidência neste último (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006).

### **Gravidez na adolescência na Guiné-Bissau**

A adolescência, enquanto fenómeno psicossocial, manteve-se confundida com a infância e a juventude até ao século XVIII, emergindo apenas de forma clara no século XX, muito em função dos desenvolvimentos

económicos, sociais e culturais das sociedades Ocidentais (Ariès, 1973; Sprinthall & Collins, 2001). Neste desenvolvimento teve uma importância decisiva os fenómenos da industrialização (Da Silva, 2005), e o estabelecimento progressivo de uma relação entre a idade e a classe escolar (Ariès, 1973).

As sociedades contemporâneas reconhecem a adolescência como um ciclo do desenvolvimento humano com características particulares, expressas em múltiplas, rápidas e profundas mudanças biofisiológicas, psicológicas e sociais, que ocorrem de forma interdependente durante períodos cada vez mais longos de maturidade. A adaptação a este processo é mediada pelas características disposicionais de cada adolescente e do seu contexto de vida (Claes, 1985; Lloyd, 2005; Associação para o Planeamento da Família [APF], 2003; Da Silva, 2005).

A delimitação cronológica do fenómeno pode ser situada nas faixas etárias entre os 10 e os 19 anos, como proposto pela World Health Organization [WHO] no seu Web site ([www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)).

As tarefas de desenvolvimento específicas da adolescência incluem o confronto com o acentuar do dimorfismo sexual; a aquisição da capacidade reprodutora, a paixão pelo outro, a iniciação na intimidade e relações sexuais; as aprendizagens ligadas ao género, a aquisição da capacidade decisória e de autocontrolo; a capacidade de elaborar o pensamento abstrato e de projetar o futuro; a experimentação de papéis, a ampliação dos modelos de identificação, incorporando o grupo de pares heterossexuais, os pares amorosos e outros adultos fora da família (Fonda, 2014; Lloyd, 2005; APF, 2003; Da Silva, 2005).

A sexualidade, cuja definição envolve não apenas o corpo ou as relações sexuais, mas grande parte da personalidade da pessoa, na adolescência, quando vivida irresponsavelmente pode resultar numa gravidez indesejada e por conseguinte em consequências irreparáveis (Fonda, 2014).

Os fenómenos de gravidez e maternidade em idade precoce sempre existiram na história da humanidade (Carvalho, 2012; Pedrosa, 2009). Os dados atuais confirmam o fenómeno, afirmando que, à escala mundial, em cada ano, 16 milhões de adolescentes entre os 15 e os 19 são mães precoces (WHO, 2011). É importante salientar que 95% destes casos registam-se nos países em desenvolvimento (WHO, 2011), com maior incidência na África subsaariana (United Nations, 2013). A nível da Guiné-Bissau a taxa de gravidez precoce é de 28,3% segundo a Direção Geral do Plano e INE (2015).

Recentemente esta questão adquiriu o estatuto de problema social e de saúde pública, deixando de ser compreendida como um problema exclusivo da adolescente (Carvalho, 2012; Pedrosa, 2009).

As sociedades industrializadas valorizam certos ganhos prévios a uma gravidez, tais como a formação, o trabalho profissional e a organização do casal. Não obstante, estes requisitos são mais difíceis de cumprir numa gravidez não desejada na adolescência (APF, 2009). Por outro lado, o facto

de a gravidez não resultar, na grande maioria dos casos, de um desejo assumido pelas adolescentes e de um projeto de vida estável, interrompendo uma trajetória de vida socialmente esperada e, conseqüentemente, não ser bem aceite e impedir o desenvolvimento e a estabilidade dos países em desenvolvimento, justifica elevados investimentos na sua prevenção (Carvalho, 2012; Mcqueston et al., 2012; Williamson, 2013). Também, os elevados riscos biológicos associados à gravidez precoce, para a mãe e para a criança, são fatores justificativos desta mesma necessidade de investimento numa política preventiva (Lloyd, 2005).

Importa ainda referir a complexidade da etapa de desenvolvimento associado à fase da adolescência. De facto, as exigências que lhe estão subjacentes como, por exemplo, a necessidade de a adolescente aprender a lidar com as transformações do seu corpo, se autodescobrir e formar a sua identidade, indicam que não está preparada psicológica e socialmente para assumir e desempenhar tarefas adultas associadas ao seu novo papel – o de mãe adolescente. A gravidez neste contexto significa uma rápida passagem da situação de filha para a situação de filha e mãe, numa transição abrupta do seu papel de mulher ainda em formação (Takiuti, 1996). Resulta em irreparáveis conseqüências para a adolescente, para o seu filho, para o companheiro, especialmente se este for também adolescente, para a família de ambos e para a própria sociedade (Pedrosa, 2009; Takiuti, 1996; UNPF, 2013; Williamson, 2013).

De acordo com a WHO (2011) o universo da gravidez na adolescência é feito de múltiplas e diferentes trajetórias, implicando também conseqüências diversas. Neste sentido, a literatura sensibiliza para a importância de compreender a gravidez precoce como um fenómeno complexo e multideterminado (Mcqueston et al., 2012; Pedrosa, 2009; WHO, 2011).

### **Fatores de risco**

A gravidez na adolescência resulta de variadas fontes de vulnerabilidade (Williamson, 2013).

Os fatores de risco associados à gravidez adolescente relacionam-se com múltiplos aspetos económicos, culturais, sociais e psicológicos; por exemplo a instabilidade política, o nível de compromisso dos governos para a efetivação dos direitos humanos, a pobreza, a desigualdade de género, as atitudes e os estereótipos em relação ao sexo feminino (omitindo, por exemplo, os deveres do sexo masculino), o matrimónio infantil enquanto prática cultural, a pressão dos companheiros, pares, famílias e comunidades; a violência e a coerção sexual, a falta de acesso ao sistema educativo e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso a anticoncepcionais e a informação sobre a sexualidade (UNPF, 2007; Williamson, 2013).

A Guiné-Bissau é marcada por muitas das variáveis nomeadas anteriormente, apresentando por isso o cenário propício para a ocorrência da

gravidez adolescente de grande risco. Destacam-se aqui as convulsões políticas e militares cíclicas que caracterizam o país e afetam de forma negativa as políticas de desenvolvimento; a pobreza generalizada; a disparidade entre os sexos no acesso à educação, à saúde, à esfera política, ao sistema judiciário, ao mercado de trabalho (Liga Guineense dos Direitos Humanos [LGDH], 2012). Segundo a mesma organização não-governamental, estas desigualdades são semeadas e sustentadas sobretudo pelos estereótipos e preconceitos religiosos, tribais e tradicionais que atribuem às mulheres obrigações domésticas e da maternidade, ao passo que remetem os deveres dos homens para a esfera pública, sendo da responsabilidade destes o cenário económico, político e social do país. Além disso, estas discriminações permitem que o sexo feminino seja afetado por ausência de poder de decisão, casamentos precoces e forçados, abusos e violência doméstica e sexual. É neste sentido que Williamson (2013) compreende a gravidez na adolescência como causa e consequência da violação dos direitos humanos, especialmente no acesso à educação, saúde e autonomia.

Relativamente ao matrimónio precoce e forçado a Guiné-Bissau registou, no ano 2014, 11,8 % desta prática em adolescentes dos 15 aos 19 anos (Direção Geral do Plano & INE, 2015). Algumas famílias insistem nesta manifestação cultural, como estratégia para preservar a virgindade das filhas e impedir uma gravidez fora do casamento. Todavia, expõem as adolescentes a riscos graves de violência doméstica e exploração para toda a vida, assim como de abandono escolar e impossibilidade de uma maior independência (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006). Muitas destas situações acontecem, ainda, com homens substancialmente mais velhos, o que acaba por ter consequências mais ou menos complicadas na organização das relações conjugais e familiares (WHO, 2012). Por exemplo, muitas destas adolescentes perdem, neste contexto, o direito de decidir sobre questões relativas ao planeamento familiar (Williamson, 2013).

Relativamente ao acesso aos métodos contraceptivos sabe-se que a taxa de prevalência contraceptiva permanece diminuta na grande parte dos países da África, sobretudo Central e Ocidental. Todavia, tem-se verificado um progresso na diminuição do uso dos métodos tradicionais de contraceção em prol dos métodos modernos (United Nations, 2013). Segundo a Direção Geral do Plano e INE (2015), na Guiné-Bissau, a taxa de prevalência contraceptiva entre o sexo feminino da faixa etária dos 15 aos 49 anos é de apenas 16%. Destes 1,6% utiliza os métodos tradicionais e 14,4% os métodos modernos. Resta dizer que cerca de 84% das pessoas sexualmente ativas, pratica relações sexuais de forma desprotegida. O não uso, ou o uso errado dos métodos anticoncepcionais, é considerado um fator de risco para a gravidez (Fonda, 2014; Voydanoff & Donnelly, 1990).

A propensão para a gravidez precoce parece variar de acordo com a área residencial. Viver no meio rural ou fortemente desfavorecido, como acontece por exemplo com as minorias étnicas ou os grupos marginalizados,

e possuir um nível de escolarização deficiente está associado a uma maior probabilidade destas ocorrências. O contrário tende a acontecer às jovens residentes em meio urbano, pertencentes a estratos sociais mais elevados e educados (UNPF, 2007, 2013; Williamson, 2013).

A maior probabilidade encontra-se, também, presente nas famílias muito numerosas com grandes fratrias e vários níveis familiares no mesmo agregado familiar e com nível de escolaridade baixo ou nulo ou formação profissional inexistente e desemprego crónico, quer para a adolescente grávida, quer para os seus progenitores (Justo, 2000). Jackson e Gossens (2006) acrescentam, ainda, que as mães adolescentes apresentam maior probabilidade de serem filhas ilegítimas ou terem mães que também engravidaram precocemente.

Estes aspetos são comuns na Guiné-Bissau, onde o índice sintético de fecundidade para o sexo feminino entre os 15 e os 49 anos é de 4,9 (Direção Geral do Plano & INE, 2015). Neste caso, ainda, os agregados familiares são maioritariamente dirigidos por homens, que são também tendencialmente quem possui maior nível de escolaridade (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006).

A avaliação que a adolescente faz das consequências de uma possível gravidez influencia a prática de relações sexuais protegidas. Algumas raparigas tendem a engravidar com o propósito, associado a diversas crenças, que a companhia do futuro filho irá fazer desaparecer o seu sentimento de solidão, e dar-lhes um sentido de utilidade e de importância, bem como fixar a relação amorosa com o pai da criança (Fonda, 2014), e alcançar assim o estatuto de adultas (UNPF, 2007). Neste sentido, Dominian (2007) sugere um cuidado especial para com as adolescentes que tiveram uma infância com carências afetivas, quer seja por carências parentais (por terem crescido numa instituição ou por terem vivido uma rutura matrimonial) pois estão desejosas de obter afeto e têm maior predisposição para relações sexuais precoces e para a gravidez precoce.

### **Fatores de proteção**

Dado a multidimensionalidade e a complexidade das forças subjacentes à gravidez na adolescência, a prevenção requer a adoção de estratégias holísticas adaptadas a cada adolescente e orientadas para a garantia do poder de decisão das adolescentes e para a realização dos seus sonhos. Isto só será viável mediante um compromisso de cooperação entre os governos, as comunidades, nacional e internacional, as famílias e as adolescentes (Williamson, 2013).

Segundo Lloyd (2005), a transição para uma vida adulta sã e de sucesso deve ser vista como um processo e não como um ato isolado circunscrito num determinado tempo. A adolescência necessita ser compreendida numa perspetiva desenvolvimental em que acontecimentos da infância e do início da adolescência influenciam o modo como será vivida a

futura adultez. Neste sentido, compete à sociedade a disponibilização de normas, leis e instituições capazes de apoiar e monitorizar a realização das principais tarefas de desenvolvimento da adolescência.

Certas entidades propõem que seja uma preocupação a criação e o apoio de programas de redução da gravidez antes dos 20 anos. Estes programas devem ser multissetoriais e transversais aos setores da educação, da saúde, dos meios de subsistência e, ainda, englobar todos os níveis de influência da sociedade (do individual ao coletivo). Propõem, igualmente, a redução do sexo forçado entre os adolescentes e a facilitação do acesso aos serviços de informação e planeamento familiar de qualidade (UNPF, 2007, 2013; WHO, 2011). Estes efetivam o direito a negociar o tamanho da família, o momento e o espaçamento das gravidezes e, por conseguinte, a prevenção da gravidez indesejada (Fonda, 2014; Greene, Joshi, & Robles, 2012; WHO, 2012). Tudo isto deve, também, ser disponibilizado às adolescentes casadas (UNPF, 2013).

As mesmas entidades realçam a urgência de se proibir os matrimónios antes dos 18 anos de idade e em paralelo garantir alternativas a essa prática, assim como à maternidade precoce; de manter as adolescentes na escola, tendo em maior atenção as que residem em zonas rurais e às marginalizadas, ou seja, sem acesso aos bens básicos (UNPF, 2013; WHO, 2011).

A nível da literatura a escola é apontada como um fator com elevada potencialidade para a prevenção da gravidez na adolescência, senão o mais importante (Lloyd, 2009; UNPF, 2007; WHO, 2012). Depois da família é a instituição de socialização mais significativa, uma vez que se acredita que as adolescentes que se mantêm adequadamente no sistema educativo estão a investir em si próprias, a adquirir capacidades e recursos valorizados no mercado de trabalho e importantes para as futuras responsabilidades da vida adulta, antes de construírem e investirem na sua própria família (Lloyd, 2009; UNPF, 2007; WHO, 2012). A escola, como fator de proteção do fenómeno em estudo, apresenta diversas vantagens. Possibilita às adolescentes e às mulheres em geral um maior controlo sobre as suas vidas; poder para satisfazer as necessidades da família e dos filhos em matéria de nutrição, alimentação, educação e cuidados de saúde e oportunidades para participação económica e política. Contribui, igualmente, para a efetivação da igualdade de direitos em termos de género. Representa um caminho necessário para assegurar às adolescentes de que a gravidez não é a sua única trajetória possível, sendo que pode auxiliar na redução da gravidez adolescente, da pobreza e no desenvolvimento de um mundo sustentável e pacífico (Greene et al., 2012; UNICEF, 2009; Williamson, 2013).

Fonda (2014) chama a atenção para necessidade da prevenção da gravidez ser uma responsabilidade partilhada entre o casal e sensibiliza para a importância da pílula do dia seguinte poder ser facilmente acedida pelas adolescentes, no sentido em que constitui um método eficaz de prevenção da gravidez precoce para os casos excecionais, em que tenham ocorrido relações desprotegidas.

A prevenção é mais pertinente se cada país recolher os próprios dados em matéria da gravidez na adolescência, tratando conhecer as áreas em que as adolescentes são mais vulneráveis a este fenómeno (Mcqueston et al., 2012; UNPF, 2013). Infelizmente na Guiné-Bissau realizam-se poucas investigações para estudar os problemas da sociedade e a falta de convergência entre elas permite duvidar da sua fiabilidade, o que limita a qualidade das políticas formuladas com base nesses dados (Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau, 2006).

### **Consequências**

As consequências da gravidez na adolescência estão largamente documentadas. Acredita-se que a gravidez precoce nos países em desenvolvimento é um sério obstáculo para o desenvolvimento dessas nações. Os custos desse fenómeno superam os custos de intervenção para a sua prevenção (Mcqueston et al., 2012; UNPF, 2013).

Os efeitos da gravidez precoce nas adolescentes grávidas podem variar dentro deste universo populacional. Sabe-se que adolescentes com idades mais próximas da entrada na puberdade poderão enfrentar uma gravidez com maiores riscos (Williamson, 2013; WHO, 2012). Aliado à fraca qualidade da vigilância das gravidezes ou mesmo a sua inexistência, aumenta o perigo da elevada frequência de fístula e de abortos induzidos com graves riscos para a saúde (WHO, 2012) e a probabilidade de registo de mortalidade materna e/ou infantil. Ainda segundo a WHO (2012) não será por acaso que nos países em desenvolvimento as complicações da gravidez e dos partos na adolescência são a principal causa de morte nas adolescentes de 15 a 19 anos. A mesma entidade afirma que, além disso, podemos encontrar associadas à gravidez precoce e à prática de uma sexualidade irresponsável, a exposição a riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis. A nível da educação/formação, reconhece-se que gravidez precoce aumenta a probabilidade das adolescentes adiarem ou abandonarem a escola, contudo as duas variáveis não têm necessariamente uma relação causal, podendo a gravidez, em alguns casos, estar ligada ao abandono escolar (UNPF, 2007). Na verdade, é difícil conciliar a maternidade com os desafios académicos e em resultado o investimento escolar pode ficar afetado (Lloyd, 2005). O abandono escolar pelas adolescentes e o subsequentemente baixo nível de escolaridade não apenas bloqueia o potencial para o desenvolvimento pessoal como reduz o poder de compra das mulheres e, portanto, os seus contributos para o crescimento da economia (Williamson, 2013; WHO, 2012).

A gravidez na adolescência resulta geralmente numa maior dependência económica dos pais, na medida em que a tendência é para se continuar a morar com os pais após o nascimento do filho por falta de condições do pai da criança que, na maioria dos casos, é ele, também, adolescente (Dadoorian, 2003).

De acordo com Fonda (2014), dificilmente os casais adolescentes conseguem ter uma relação estável e temporalmente contínua. Segunda a mesma autora, na maioria dos casos a relação termina após o nascimento da criança, que é quando os adolescentes começam a perceber claramente o quão difícil é ser-se adolescente e pai ou mãe, em simultâneo. Mesmo tendo motivação, os pais adolescentes não conseguem fornecer um suporte adequado à sua parceira e ao bebé. É comum a adolescente acabar por sofrer as consequências da gravidez precoce sozinha, ou seja, sem o parceiro.

Os efeitos da gravidez precoce afetam também a criança (Fonda, 2014; UNPF, 2007; WHO, 2012), desde logo pela ausência do pai nas suas vidas, o que é um fenómeno relativamente comum nestas situações. Segundo Fonda (2014), muitas destas crianças crescem sem o pai ou o seu representante masculino – um tio, um avó ou um padrasto - capaz de lhes possibilitar o contacto com um modelo adequado de cuidados e amor masculino. Por conseguinte, quando chegam a adolescência, as raparigas tendem a procurar por essa experiência nos lugares errados, manifestando comportamentos que podem resultar numa gravidez adolescente. Quanto aos adolescentes rapazes, estes sentirão dificuldades na identificação à figura masculina, complicando todas as aprendizagens relativas ao ser homem e pai.

Ainda relativamente aos efeitos nas crianças, estas revelam maior propensão para sofrer de malnutrição e problemas desenvolvimentais (UNPF, 2007). Nos países em desenvolvimento, a morte dos bebés na primeira semana ou primeiro mês de vida é 50% superior entre bebés nascidos de mães com menos de 20 anos do que em bebés cujo as mães têm entre 20 a 29 anos de vida. As crianças de grávidas adolescentes apresentam maior tendência para nascimentos prematuros, baixo peso à nascença, asfixia, mortalidade infantil. Por fim, pode-se dizer que as políticas de intervenção, com base na prevenção da gravidez precoce, contribuem, também, para reduzir a mortalidade infantil (WHO, 2012).

Os resultados da gravidez adolescente, a curto, médio e longo prazo podem ser mediados pela qualidade do sistema de apoio à adolescente, podendo este atenuar ou aumentar a gravidade dessas consequências (UNPF, 2007).

## **II – Objectivos da investigação**

A presente investigação tem como objetivo geral a compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência no contexto particular da Guiné-Bissau, tomando por base o estudo de algumas histórias de vida de jovens mães guineenses. Em termos específicos pretende:

a) Identificar os fatores de risco individuais e sociais das jovens em estudo;



- b) Analisar a experiência pessoal de gravidez precoce explorando a percepção da jovem quanto à reação da família e do pai da criança;
- c) Explorar o impacto do fenómeno na trajetória de vida das adolescentes;
- d) Procurar informação capaz de auxiliar no desenvolvimento de programas de prevenção e de suporte às grávidas e mães adolescentes na Guiné-Bissau;
- e) Contribuir para a construção de um modelo intercultural sobre a gravidez precoce.

### III – Metodologia

A GT foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss na obra *The discovery of Grounded theory: strategies for qualitative research* (Corbin & Strauss, 1990). No entanto, segundo Fernandes e Maia (2001) a sua evolução associa-se não apenas aos autores originais, mas também a outros como David Rennie, Jeffrey Phillip e Georia Quartaro, Kathy Charmaz, Nick Pidgeon e Karen Henwood. Neste trabalho em particular, ter-se-à como referência à abordagem de Anselm Straus e Juliet Corbin (Corbin & Strauss, 1990, 1998).

O método científico em questão interessa-se por compreender a forma como os seres sociais vivem as suas experiências, o que sentem, pensam, como interagem, considerando a dimensão humana e os aspetos sociais relacionados, nos mais variados contextos das ações humanas (Baggio & Erdmann, 2011). Embora, de acordo com Corbin e Strauss (1990), o seu maior propósito seja, não a intencionalidade da verificação, mas a construção de uma teoria sustentada nos dados e representativa do fenómeno em estudo. Nesse sentido, implica que o investigador não inicie o seu estudo a partir de uma teoria preconcebida, mas selecionando uma área de pesquisa com a finalidade de procurar descobrir o que é verdadeiramente relevante (Corbin & Strauss, 1990).

A GT possui um conjunto de procedimentos específicos destinados a conferir rigor e precisão à recolha e análise dos dados, mas também a permitir a estimulação da sensibilidade teórica do investigador, ou seja a sua capacidade para dar sentido e significado aos dados (Fernandes & Maia, 2001). Desse modo, facilita a construção de uma teoria de forma sistemática e simultaneamente criativa (Corbin & Strauss, 1990, 1998). Soma-se a isto a criação de condições para a valorização da perspectiva das vozes estudadas e do papel ativo do investigador na produção do conhecimento (Fernandes Maia, 2001).

Neste trabalho, utilizámos o referencial metodológico da GT, não com a finalidade de construir uma verdadeira teoria GT, mas como inspiração na identificação de fenómenos relevantes nas histórias das mães adolescentes, que podem ajudar na compreensão do fenómeno de gravidez precoce. Neste

sentido, decidimos optar apenas pela codificação aberta dos dados sem prosseguir para as restantes etapas (codificação axial e seletiva) de tratamento dos dados. Por outro lado, abdicámos também do princípio da saturação teórica, ou seja, da necessidade de confirmar as categorias que vão sendo definidas na elaboração da teoria, através do processo de recolha e análise concomitante dos dados (Lima & Ferro, 2013).

### Caraterização das participantes

Esta investigação contou com a colaboração de oito mães adolescentes guineenses cujas características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1. Características sociodemográficas das mães adolescentes**

		Total
Idades	15	1
	16	2
	17	1
	18	4
Número de filhos	1	7
	2	1
Anos de Escolaridade Completos	1-4	3
	5-6	3
	7-9	3
Situação Laboral Atual	Estudante	1
	Trabalhador	1
	Não Trabalhador	7
Estado civil	Solteiras (a namorar com o pai da criança)	7
	Solteiras (a namorar e a viver na casa da família do namorado)	3
	Solteiras (sem qualquer relação de compromisso)	1
Zona de Habitação	Bairro de Luada	1
	Bairro de S. Vicente de Paulo	1
	Bairro de Antula	2
	Bairro de Plubá	1
	Bairro de Plubá 2	1
	Bairro de Empantchá	1
	Bairro de Paiol	1
Nacionalidade	Guineense	8
Etnias	Balanta	2
	Biafada	1

Pepel	2
Massanca	1
Fula	1
Mancanhe	1

### **Materiais e instrumentos de investigação**

Optamos pela utilização da entrevista na recolha dos dados empíricos, dado ser uma técnica e instrumento de investigação que permite a coleta de informações relacionadas com os objetivos da pesquisa, por meio da comunicação entre os interlocutores (Ketele & Roegiers, 1993). A sua utilidade revê-se no particular caráter subjetivo, passível de orientar o investigador na busca da compreensão das experiências dos entrevistados, assim como dos significados que os mesmos atribuem a essas experiências (Amado, 2013; Coutinho, 2014; Yin, 2011; Ruquoy, 1997). Acresce que pode ser aplicada de forma oral ou escrita, presencial ou não presencial, aberta ou fechada, estruturada ou não estruturada (Coutinho, 2014; Ketele & Roegiers, 1993; Ruquoy, 1997). Para além de que oferece a possibilidade de uso em modo exclusivo ou em conjunto com outros métodos (e.g. observação, questionários, análise documental) (Ruquoy, 1997).

De entre as várias opções do seu formato, decidimos pelo uso da entrevista semiestruturada. Nesta, os temas e as questões são definidos num guião de entrevista elaborado para a investigação, o que, por conseguinte, permite ao investigador conhecer a priori os assuntos sobre os quais deve procurar obter resposta por parte do entrevistado (Amado, 2013). Porém, a entrevista semiestruturada oferece também ao investigador à flexibilidade para decidir quanto à ordem de apresentação dos assuntos, assim como para introduzir novos tópicos, solicitar esclarecimentos ou alguma informação adicional que vise o aprofundamento dos dados (Guerra, 2006; Silverman, 2013). Deste modo, encontram-se condições para que a sua realização decorra num estilo conversacional e fluido, e ainda se obtenha alguma sistematização das respostas e também a compreensão dos dados (Guerra, 2006; Lima & Ferro). Por outro lado, o próprio entrevistado ganha liberdade para responder para além do que a questão solicita, podendo em associação livre extravasar para temas não previstos pelo investigador (Amado, 2013; Lima & Ferro, 2013).

### **Procedimentos de investigação**

O presente trabalho inspirou-se num método de investigação científica muito utilizado nas pesquisas qualitativas, conhecido por Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) por acreditarmos ser o que

melhor viabiliza os objetivos da pesquisa.

No processo de desenvolvimento da GT, o pesquisador realiza a coleta da amostra teórica, ou seja, representativa das variações e tipicidades do fenómeno em estudo (Fernandes & Maia, 2001); a conceitualização dos dados, a descoberta e nomeação das categorias e ainda o desenvolvimento das categorias em termos das suas propriedades e dimensões – codificação aberta (Corbin & Strauss, 1990, 1998). Posteriormente procura especificar as categorias encontradas na codificação aberta, estabelecendo relações entre elas através do modelo paradigmático axial que permite identificar as categorias representativas das condições causais, do contexto, das condições intervenientes, da estratégias da ação/interação e das consequências relativas ao fenómeno em estudo – codificação axial (Corbin & Strauss, 1990, 1998). Por fim, procura a seleção e o compromisso com uma categoria entre as já construídas, que represente o fenómeno central à volta do qual todas as outras categorias estão sistematicamente integradas por meio do modelo paradigmático axial; permitindo a construção de uma GT do tipo: A (condições) levam ao B (fenómeno), que leva ao C (contexto), que leva ao D (ações/interações, incluindo estratégias), que levam então ao E (consequências) - codificação seletiva (Corbin & Strauss, 1990, 1998). Deste modo, a GT torna-se preditiva porque na ocorrência de condições iguais podem ocorrer consequências similares (Corbin & Strauss, 1990, 1998; Fernandes e Maia, 2001). Para além de que evidencia a estreita relação entre a coleta, análise e eventual GT (Corbin & Strauss, 1990, 1998).

Importa referir que para alcançar a sistematização e solidificação da teoria, o pesquisador deve trabalhar ao longo de todo o processo de investigação combinando o pensamento indutivo com o dedutivo, o que significa a necessidade de realizar movimentos constantes no sentido de formulação de questões, criação de hipóteses e utilização do método da comparação (Corbin & Strauss, 1990, 1998). Entretanto, todos os passos dados devem ser considerados provisórios até a obtenção da saturação teórica, ou seja, da estabilização das categorias por ausência de informação original nos novos casos (Corbin & Strauss, 1990, 1998).

Na presente investigação, os dados foram coletados num Centro de Saúde local da cidade Bissau – Guiné-Bissau, e as jovens foram selecionadas com base em dois critérios teóricos: encontrarem-se na faixa etária dos 10 a 18 anos de idade e estarem grávidas ou possuírem experiência pessoal de gravidez precoce.

As adolescentes foram questionadas acerca da sua disponibilidade em participar na investigação, e informadas sobre a pessoa responsável pelo estudo, o âmbito da sua realização e os seus objetivos. Da mesma forma, foram esclarecidas sobre a sua participação ser de carácter voluntária e incluir a liberdade para a desistência a qualquer momento, assim como a necessidade de conceder o consentimento para a publicação dos dados mediante a garantia de confidencialidade e anonimato. O consentimento foi obtido para a realização das entrevistas e publicação das histórias.

As entrevistas semiestruturadas decorreram de forma presencial e

individualmente ao longo do mês de Julho, numa sala com adequada disposição e ambiente acolhedor obtida para efeitos de pesquisa no Centro de Saúde local acima mencionado. Procurou-se não se efetuar juízos de valor, nem constranger o entrevistado, estabelecendo antes um clima amistoso e de confiança. Paralelamente, as respostas verbais foram imediatamente registadas na sua íntegra, assim como as não-verbais.

Procedeu-se à leitura das entrevistas de forma individual procurando recordar e conhecer melhor as histórias partilhadas por cada uma das mães adolescentes do estudo relativamente as suas trajetórias e experiências de vida. De seguida procurou-se estabelecer comparações quanto aos padrões de respostas referentes aos vários assuntos, na tentativa de identificar características comuns, mas também especificidades. No que diz respeito à análise propriamente dita, tal como foi explicado acima, decidimos efetuar apenas a codificação aberta dos dados sem prosseguir para as restantes etapas (codificação axial e seletiva) na tentativa de unicamente reunir temas relevantes de análise nas narrativas das mães adolescentes. Neste sentido, realizou-se uma nova leitura das entrevistas de uma forma atenta, ou seja, examinando minuciosamente frases e por vezes parágrafos e atribuindo a cada, um nome suficientemente elucidativo da essência do discurso ou do fenómeno representado, obtendo-se assim os códigos preliminares, ou seja, conceitos indutivamente extraídos, mas ainda muito próximos aos dados brutos (Corbin & Strauss, 1990). Para isso foi útil utilizar questões sugeridas por Corbin e Strauss (1990) tais como: o que é isto? O que ele representa? Para além de efetuar comparações de modo a que fenómenos similares se atribuísse o mesmo nome. No fim, a escolha dos nomes esteve muito ligada aos temas e questões definidos no guião de entrevista e ainda, embora em muito menor frequência, às frases e palavras usadas pelas próprias mães adolescentes, sendo que nestes casos os termos designam-se por “in vivo” codes (Glasser, 1978, p.70; Strauss, 1987, p.33 como citados em Corbin & Strauss, 1990, p. 69). Posteriormente os fenómenos identificados nos dados foram agrupados em fenómenos gerais (temas) e fenómenos específicos (subtemas), determinado assim os aspetos sensíveis na interpretação das narrativas das mães adolescentes.

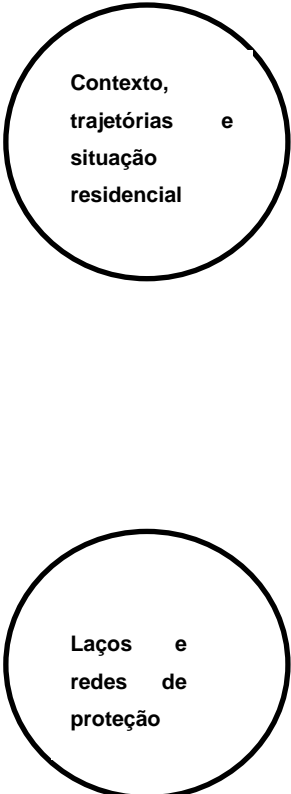
Ainda durante este processo de investigação, teve-se em conta que a compreensão da realidade pelo investigador não é indissociável da forma como este desenvolve o processo de investigação antes, durante e após as entrevistas ou até das suas próprias pressuposições e tendências “naturais”, formadas ao longo da sua existência (Campenhoudt, 2001; Deshaies, 1992: 49; Ketele & Roegiers, 1993). É nessa lógica que Deshaies (1992) defende a importância de o investigador procurar adotar uma atitude de sistemática educação hermenêutica da sua consciência, para uma melhor compreensão daquilo a que se propõe estudar e, concomitantemente, reconhecer que apesar de tudo o mais provável é alcançar somente a compreensão de uma parte e não da totalidade da realidade. Neste sentido, no presente estudo procurou-se estimular a sensibilidade teórica através do contacto frequente com a literatura (documentos e trabalhos de vários tipos) e recorrendo à

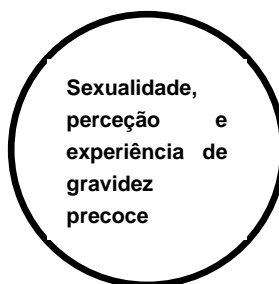
experiência profissional e à pessoal, uma vez que tais são reconhecidos como fontes da sensibilidade teórica por Corbin e Strauss (1990). Ademais, teve-se como referência que o *insight* e a compreensão sobre o fenómeno aumentam quando se interage com os dados por meio da formulação de questões, da elaboração de comparações, de reflexões sobre o que se está a ver e do estabelecimento de alguma relação entre os diferentes fenómenos (Corbin & Strauss, 1990). Cabe também ressaltar que os memorandos, que são os registos escritos a partir da análise dos dados (Corbin & Strauss, 1990) e as conversas desenvolvidas com determinadas pessoas sobre as compreensões que foram surgindo constituíram-se como estratégias fundamentais na análise dos dados.

#### IV – Apresentação e análise dos resultados

A partir do processo de codificação aberta das respostas das participantes às questões colocadas emergiram temas gerais e específicos para a interpretação dos dados empíricos (tabela 2: Estrutura analítica das narrativas).

**Tabela 2. Estrutura analítica das narrativas**

		SUBTEMAS
TEMAS	 <p style="text-align: center;"><b>Contexto, trajetórias e situação residencial</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Laços e redes de proteção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegação da responsabilidade em criar e educar os filhos</li> <li>• Residência com a família de origem</li> <li>• Residência com a família do namorado</li> <li>• Residência com défices de qualidade</li> <li>• Atividades laborais dos responsáveis por sustentar o agregado familiar</li> <li>• Experiência e situação profissional das adolescentes</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação com a família: progenitores, irmãos e outros parentes por consanguinidade ou afinidade</li> <li>• Relação com os amigos e</li> </ul>



caraterização da situação académica e profissional desses

- Relação com o namorado e caraterização da situação académica e profissional deste
- Relações de suporte financeiro
- Estado de saúde e assistência do sistema de apoio social e de saúde

- Iniciação sexual e número de parceiros sexuais
- Conhecimento e uso de método anticoncepcional
- Confronto com a situação de ocorrência de gravidez (desejo de interrupção da gravidez)
- Confronto com a situação de ocorrência da gravidez (desejo de prosseguir com a gravidez)
- Partilha da notícia
- Atitude inicial de aceitação da gestação pelo par amoroso
- Atitude inicial de rejeição da gestação pelo par amoroso
- Avaliação positiva da gravidez precoce apesar do sofrimento associado – Importância do suporte dos familiares e do pai da criança
- Gravidez precoce causa o abandono escolar precoce



- Sonhos, desejos e expetativas das adolescentes para as suas vidas
- Sonhos, desejos e expetativas das adolescentes para a vida dos filhos

Segue-se a apresentação dos resultados do estudo com base nestes temas e subtemas de análise. Informa-se, ainda, que os nomes próprios presentes nas histórias são fictícios, tendo sido deliberadamente atribuídos para efeitos de sigilo das respetivas identidades pessoais.

#### Categoria: *CONTEXTO, TRAJETÓRIA E SITUAÇÃO RESIDENCIAL*

A presente categoria traduz as circunstâncias de vida em que as participantes se encontram e nas quais cresceram, considerando o meio socioeconómico.

Um dos padrões encontrados nas trajetórias de vida das participantes espelha o crescer sob a responsabilidade primordial de outros familiares que não os progenitores, durante uma fase ou ao longo da vida. A morte de um progenitor; as dificuldades financeiras; a preocupação com a saúde e o futuro das crianças parecem ser as condições causais deste fenómeno de delegar a responsabilidade de cuidar e educar os filhos a familiares que possuem melhores condições económicas: *“Eu nasci no bairro de Antula, mas quando tinha 6 anos os meus pais levaram-me para Quinhamel, para a casa da minha tia Cacilda para que ela me criasse. A minha tia tinha melhores condições de vida que nós, é a irmã mais velha do meu pai. O meu pai faleceu, não sei o que ele tinha. Ele estava doente e foi também por isso que me decidiram dar à minha tia para me criar, porque com o meu pai doente, não havia condições.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebé de 1 ano e 8 meses).

A elevada frequência deste fenómeno na vida das participantes permite pensar que este se enquadra nos seus contextos culturais, ao ponto de ser “normalizado”, podendo ocorrer mesmo quando aparentemente não existe qualquer adversidade: *“Tinha um ano de vida quando passei a morar na casa da minha tia materna. É que a minha tia só concebia filhos homens e desejava uma menina para lhe fazer companhia e que pudesse também auxiliá-la futuramente, nas tarefas domésticas; então pediu a minha mãe que a deixasse criar-me. Portanto, a minha tia e o meu tio passaram a ser os meus pais, até hoje.”* (Ana, 17 anos, mãe de bebé de 4 meses).

Para algumas adolescentes o fenómeno em causa é vivido mais tranquilamente, sobretudo se se sentem amadas e cuidadas pelos responsáveis, tal como foi possível entender no relato acima. Todavia, para outras resulta em traumas e sofrimento evidenciado no sentirem-se mal-amadas e mal cuidadas. Nesses casos, pode acontecer regressarem a casa do(s) progenitor(es) ou na impossibilidade de tal, mudarem-se para a casa de um outro familiar: *“Em Gabu não nos punha na escola, o nosso trabalho desde pequenos era guardar os pássaros de manhã até à noite. Mal tínhamos roupa; a comida mal chegava para nos saciar; batiam-nos muito, amarrava-nos com a corda e batiam-nos. Quando vim para Bissau as coisas mudaram. A minha mãe e os meus tios compraram-me muita roupa e puseram-me na escola.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos).



Acrescentando a mudança para a casa do namorado após a gravidez, percebe-se igualmente que apesar dos seus poucos anos de vida algumas adolescentes vivenciaram mudanças sucessivas de casa e de personagens de coabitação: *“Vivo na casa da família do meu namorado... Antes, estava na casa do meu pai Ébert... Cresci na casa da minha avó em Lala Quema. Chama-se Edeline e é mãe da minha mãe. Eu só me mudei para a casa do meu pai com 8 anos de idade. Ele pediu-me para ir passar um tempo com eles, para fazer amizade com os filhos dele e acabei por lá ficar...”* (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses). Realmente, no presente, algumas adolescentes encontram-se a residir com a família de origem e outras na casa da família do namorado, tendo este último grupo de participantes se mudado por decisão conjunta com o namorado: *“Mudei-me para casa do meu marido há um ano, pouco depois da Maiara nascer porque ele pediu-me para mudar. Não ainda não nos casamos, mas eu já o trato assim porque um dia vamo-nos casar.”* (Hera, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e criança de 4 anos).

As condições habitacionais em que vivem revelam défices de qualidade em termos de condições mínimas de conforto e segurança para a saúde. De um modo geral as casas não usufruem de serviços públicos essenciais de fornecimento de eletricidade, água canalizada e gás; falta-lhes cozinha e instalações sanitárias dentro de casa ou mesmo adequadas: *“A nossa casa tem seis quartos. Temos cozinha na varanda, é onde cozinhamos. Temos casa de banho, usamos a mesma casa de banho que os nossos vizinhos. Queremos construir uma casa de banho no nosso quintal, mas ainda não temos dinheiro. Não temos luz, nem gás. Temos água, que obtemos da bomba.”* (Dalila, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e 1 mês).

As adolescentes não possuem quarto independente, compartilham-no com o filho e o namorado ou com o filho e um ou mais familiares. Pertencem a agregados familiares numerosos, provavelmente em parte devido a valorização do arranjo familiar alargado, adicionada a situações de elevada fratria. Estes aspetos parecem dificultar que todos os seus elementos possam ter um espaço individual dentro de casa: *“Eu vivo com a minha avó paterna, chama-se Dafne; o meu filho Danton; o meu tio Délio; a minha tia Djamila; a minha tia Davina, chamo-lhe tia mas é minha madrastra; os meus irmãos, Diná, que é a filha da minha madrastra; Dilma; Dilza; Mexi; Dione; Denise; Deise; Isabel e Dandara. A Dilma, Dilza, Mexi são mais velhas do que eu e somos da mesma mãe e pai; a Denise e a Deise são só do mesmo pai que eu com a outra mulher e a Isabel e a Dandara são filhos do meu pai e da minha madrastra.”* (Dalila, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e 1 mês). Na verdade, os conceitos família numerosa, alargada, reconstituída, monoparental ou uma combinação destes são evidentes nas histórias das participantes como arranjos familiares dominantes.

Em termos de saber quem são os pilares económicos do agregado familiar das adolescentes estas nomeiam vários contribuintes. Há, no entanto, situações em que afirmaram que a responsabilidade recai praticamente no chefe da família, independentemente de viverem outros

adultos na casa. Saliente-se ainda que os rendimentos do agregado familiar provêm na sua maioria de trabalhos não qualificados de serviços e comércio: *“Na casa da família do meu namorado, são várias pessoas. O pai deles trabalha no Senegal, então envia-lhes dinheiro quando pode. A mãe do meu namorado também trabalha, no hotel a fazer limpezas e a madrastra dele costuma vender bolos.”* (Hera, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e criança de 4 anos), podendo acontecer não serem suficientes para satisfazer necessidades básicas de alimentação: *“Quando eu era mais nova tinha problema de falta de sangue. Às vezes não tínhamos o que comer em casa, devia ser por isso, cheguei a receber sangue, segundo a minha tia. Atualmente, às vezes ainda temos que pedir dinheiro emprestado para podermos comprar comida.”* (Ana, 17 anos, mãe de bebé de 4 meses).

O aspeto financeiro do agregado familiar remete para a situação profissional das adolescentes. Encontram-se casos em que se detém alguma experiência profissional orientada para os interesses em obter alguma independência económica para satisfação pessoal e/ou também participar no sustento do lar. Seja como for, atualmente apenas uma adolescente se encontra a exercer atividade laboral, sendo a única que não depende totalmente dos rendimentos dos demais: *“O meu tio é lavrador e a minha tia vende peixe. São eles que sustentam a casa. Eu também ajudo com o que posso. Trabalho como empregada de limpeza numa casa, ganho 15 mil francos cfa mensais. Esse dinheiro é para cuidar do meu filho e para ajudar em casa na alimentação, faço o que posso. Já tive mais dois trabalhos como empregada de limpeza, também já vendi sumos, fazia-os em casa e ia vendê-los na rua, sumo de “ondjô”, “cabaçera”, “veludo”, etc. Trabalhava de manhã para ter dinheiro para pagar a escola e à tarde ia para a escola. Eu gosto de trabalhar porque assim tenho algum dinheiro na mão para comprar o que precisar e também ajudar a minha família”.* (Ana, 17 anos, mãe de bebé de 4 meses).

### Categoria: LAÇOS E REDES DE PROTEÇÃO

A presente categoria procura compreender não só as interações e ligações sociais mais significativas da vida das participantes analisando a qualidade dos vínculos, mas também o suporte social que percebem disponível e que têm usufruído ao longo da vida a nível dos sistemas de saúde e de proteção social.

Apesar de praticamente todas as adolescentes não viverem com os progenitores, avaliam positivamente essa relação. De facto, falam dos pais com respeito e estima, tendo algumas eleito essa relação como das mais significativas. Essa significação provavelmente resulta do esforço dos progenitores em acompanhar de alguma forma o crescimento das filhas através de contactos presenciais e de apoio emocional, informacional e instrumental: *“Dou-me bem com o meu pai, quando me mudei para a casa da minha tia ele ia muitas vezes ver-me e levava-me a passear. O meu pai*

*apoia-me muito, paga a minha escola e pede-me para não desistir de estudar; também oferece-me dinheiro para comprar as coisas para os seus netos.”* (Hera, 18 anos, mãe de uma bebé de 1 ano e de uma criança de 4 anos). Em contraste, há quem descreva a relação como superficial, podendo inclusive denunciar sentimentos de indiferença para com o progenitor. A falta de convivência e a ausência dos progenitores parecem contribuir para essa vivência, o que confirma a importância de, pelo menos, algum acompanhamento por parte destes para que se crie uma relação ou uma ligação satisfatória: *“Eu sempre vivi longe da minha mãe, ela ficou a viver em Bigiminta. Não me lembro da minha mãe me vir visitar muitas vezes durante a minha infância. Damo-nos bem, mas como a minha mãe não tem telefone, não falamos, só quando ela vem visitar-nos. Eu falo com a minha mãe sempre com muito respeito. Não tenho amor pelo meu pai verdadeiro, nem nunca tive. Só o conheci já em grande pois ele terminou com a minha mãe pouco depois de eu ter nascido.”* (Ana, 17 anos, mãe de bebé de 4 meses).

Na caracterização destas relações, ressalta a presença de elevada frequência de morte de um progenitor, ou seja, algumas participantes apenas têm um dos progenitores vivos. Acrescenta-se que na maior parte dos casos desconhecem o motivo concreto do falecimento, embora o associem a alguma doença. Salienta-se igualmente que nos casos em que possuem alguma recordação da interação com o progenitor, transmitem uma imagem de que se orgulham, sentimentos de saudade e até de notória tristeza pela perda dessa figura de referência: *“A minha mãe faleceu quando eu tinha 12 anos, estava doente, mas não sabemos bem o que tinha, sempre teve problema de saúde. A morte da minha mãe deixou-me abalada. Era uma coisa que não desejávamos que acontecesse, ficamos tristes. Nós tínhamos boa relação, a minha mãe era carinhosa e ia-me visitar à casa da minha tia.”* (Hera, mãe de 18 anos de bebé de 1 ano e criança de 4 anos).

À semelhança do que acontece com os pais, apesar de não viverem com os irmãos ou pelo menos com todos eles, a relação com estes é avaliada geralmente de modo positivo. As mães adolescentes afirmam partilhar sentimentos de amizade e intimidade com alguns dos irmãos e uma interação superficial ou conflituosa com outros. De facto, algumas adolescentes indicam a relação com um irmão como a melhor que têm com elementos da família e com o outro irmão como a pior: *“A minha irmã nessa altura batia-me, mas era justo porque eu portava-me mal e ela estava a educar-me. A minha irmã faz tantas coisas boas para mim, isso alegra-me sempre. Ela cuida de mim e da minha filha. Telefona-me sempre, visita-nos e se souber que precisamos de alguma coisa tenta logo arranjar. Dou-me bem com os meus familiares, mas de todos dou-me melhor com a Giane porque foi ela que me criou, tomou conta de mim. Dou-me bem com Golias e a Giane, somos muitos amigos, mas com o Gastão já não. Temos uma relação conflituosa, eu penso que tem a ver com a maneira de ele ser, ele gosta de se meter na vida dos outros. Não me dou bem com o Gastão, porque fala de mais, conta as minhas coisas às outras pessoas. Ele não faz nada, não*

*estuda, não trabalha ou então está sempre a trocar de trabalho.*” (Gana, 16 anos, mãe de bebé de 7 meses).

Nas histórias aparecem frequentemente expressões como “irmãos”, “irmãos da parte do pai” e “irmãos da parte da mãe”, sensibilizando para o comum de se ter irmãos germanos, consanguíneos e uterinos: *“Com os meus irmãos da parte do meu pai tenho uma relação mais formal, mas com a minha irmã da parte da mãe não há fronteira, gostamos muito uma da outra.”* (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses).

Ainda analisando as ligações do contexto familiar, mais propriamente as das adolescentes com outros parentes por consanguinidade ou afinidade que não os progenitores ou os irmãos, reconhecem-se avaliações gerais de satisfação, existindo inclusive um forte envolvimento afetivo com alguns membros: *“Dou-me melhor com a irmã da minha mãe, a Fahir, porque fala bem comigo, dá-me conselhos. Quando tenho problema com alguém da família chamo a minha tia e ela ajuda-me a entender com a pessoa, não gosto de guardar mágoas. Os meus segredos só conto à minha tia e à minha mãe.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos). Todavia, também são mencionadas más relações em consequência da gravidez das adolescentes: *“É com a minha tia com quem vivo que me dou menos bem. A minha tia Hades, às vezes fica muito nervosa, como nunca conseguiu ter filhos, discute connosco e às vezes expulsa-me de casa e às vezes não me dá de comer, mas dá sempre ao meu filho, nunca lhe deixa faltar nada. A maneira como a minha tia Carmita trata-me agora, ela agora não gosta de mim, está descontente por eu ter engravidado.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebe de 1 ano e 8 meses); ou devido a conflitos de outras naturezas: *“Dou-me bem com os meus familiares, só não me dou bem com a minha madrasta porque é muito ciumenta com o meu pai, não fica contente se eu e o meu pai estamos bem um com o outro.”* (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses).

Os amigos são uma outra fonte de suporte social. De facto, as adolescentes entendem a relação com os amigos como sendo de suma importância pela associação à diversão, à oportunidade de partilha de experiências, conhecimentos e perceções, inclusive sobre a sexualidade e também por ser um apoio no gerir dos problemas de relacionamento interpessoal ou dos desafios do quotidiano, nomeadamente relativos à maternidade: *“Dimas tem 18 anos. A Dimas tem apenas a 3ª classe, já não estuda; trabalha na casa de um português (empregada doméstica). Eu e a Dimas vivemos no mesmo bairro, gosto muito dela, enquanto estive grávida veio sempre visitar-me e ela cuida muito do meu filho, crescemos juntas. É muito difícil nos chatearmos, mas quando ela me faz alguma coisa de mal, chamo-a para conversar e resolvermos... Falo com a Dimas, mas se tiver um problema conto primeiro à minha mãe e depois à Dimas, por exemplo se tenho um problema com o meu namorado ou se me falta alguma coisa. Confio muito nela.”* (Dalila, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e 1 mês).

Como se pode perceber no relato acima, a amiga da adolescente possui um nível baixo de escolaridade e encontra-se no grupo dos que abandonaram precocemente a sua educação e formação. Felizmente a maior

parte dos amigos das adolescentes não pertencem a esse grupo, contudo emerge neles o padrão de atraso escolar. Outros padrões encontrados em termos de caracterização da situação académica e profissional dos amigos das adolescentes referem-se ao ser trabalhador-estudante, (o que se conhece nas sociedades industrializadas como tal) e o das mulheres trabalharem como empregada doméstica ou de limpeza.

Entre as participantes, apenas uma disse não ter amigos, no entanto a mesma não apresenta sinais de isolamento, dado que referiu numa altura da entrevista que costuma encontrar-se com os ex-colegas da escola e que sente a falta desse convívio. Provavelmente a adolescente não partilha com estes o íntimo do seu mundo interno, confiando-o unicamente à irmã por quem sente confiança e dependência emocional: *“Não tenho amigos, nem amigas, é com a Brenda que falo sobre tudo.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano)

As restantes adolescentes afirmaram ter entre uma a duas amizades. Pode-se pensar que esse é o número real ou então que reflete somente os melhores amigos, todavia, acima de tudo, passa a ideia da tendência para conviver praticamente sempre com o mesmo círculo de pessoas, seja através de visitas a casa uns dos outros, passeios, assistir a futebol, organizar e frequentar festas. Os modos de ocupação dos tempos livres pautam-se por ausência de outras atividades de lazer e cultura. Por outro lado, estas amizades são do conhecimento dos familiares das adolescentes que as aprovam: *“Sim, os meus tios gostam deles. Se eles passarem na casa dos meus tios serão bem recebidos, mas eles agora costumam ir visitar-me na casa do meu homem.”* (Hera, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e de criança de 4 anos).

A relação com o pai da criança pode revelar-se um suporte fundamental para o bem-estar da adolescente e para a adequada adaptação às exigências da maternidade. De um modo geral, estas relações parecem ter tido início num processo de conquista e consentimento mútuo, assim como uma durabilidade temporal variável entre dois a oito anos: *“Eu ainda era uma criança, tinha 9 anos. Conhecemo-nos ainda quando eu morava em Gabu, mas ele não vivia lá. Ele jogava bola lá, às vezes, o via a jogar à bola. Ele dizia sempre aos meus colegas que me queria, um dia foi à minha casa, pegou-me na mão e começamos a namorar às escondidas, mas sem qualquer envolvimento sexual. Quando a minha tia faleceu vim para Bissau e como ele é de cá continuamos a namorar. Estamos sempre juntos, só para dormir é que nos separamos.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos).

Nas histórias verifica-se que praticamente todos os pais dos filhos das adolescentes assumiram a paternidade e continuaram a relação de namoro com as participantes, tendo sido estas avaliadas como satisfatórias, embora em alguns casos possam ser detetados algum desapontamento: *“Damo-nos bem e ele é uma pessoa calma, que não gosta de discussão. Só tenho problema com ele por causa das mulheres. Uma vez vi o meu namorado com outra rapariga e até hoje temos problema por causa dessas coisas que ele faz. Às vezes, também, arrependo-me de estar já com um homem porque ele não faz nada, eu é que faço tudo e ele devia cuidar mais de mim, ajudar-me*

*com o nosso filho e comprar-me roupa.” (Gana, 16 anos, mãe de bebé de 7 meses). Apenas uma adolescente avaliou de modo negativo a sua relação amorosa por entender que o companheiro foge das suas responsabilidades parentais e a trata com frieza. Por outro lado, verifica-se também a ocorrência de separação do casal após o nascimento da criança e o não reconhecimento da paternidade: “Não, negou-se, diz que o Abdi não pode ser o seu filho. Já não estamos a namorar, aliás não nos falamos sequer. Antes ele tratava-me bem, mas depois que o Abdi nasceu, ele mudou. Parou de falar comigo e começou a ignorar-me. Agora não temos qualquer relação, eu vou a casa dele, mas ele ignora o filho. Eu dou-me bem com a família do pai do Abdi, às vezes vou visitar os pais dele, para o Abdi ver os avós.” (Ana, 17 anos, mãe de bebé de 4 meses).*

Relativamente à avaliação da situação académica e profissional dos companheiros sob a lógica de compreender outras variáveis sociais das redes de relações das participantes retira-se a existência de uma variedade de situações, desde o serem apenas estudantes ou trabalhadores ou então ambos. O grupo dos estudantes revela um padrão de atraso escolar, embora um dos elementos se destaque pelo facto de frequentar o ensino superior.

Em termos de terem pessoas a quem recorrer em casos de necessidade de apoio económico, as participantes afirmam preferir evitar pedir empréstimos por receio de não ter forma de saldar a dívida e envolverem-se em problemas com o credor. Nos casos em que o fazem são apontados os amigos, a patroa, à avó do filho e os fiados às lojas ou quiosques. De um modo geral, as adolescentes optam por pedir aos progenitores, aos irmãos e aos pares amorosos a dispensa de algum dinheiro, contudo afirmam nalguns casos não necessitar de o fazer pois essas mesmas pessoas preocupam-se em dar-lhes algum: “*Se precisar de dinheiro peço à Bianca (vizinha), à minha mãe ou ao meu pai. Não peço dinheiro emprestado a mais ninguém; não gosto porque acontece que às vezes quando se pede dinheiro emprestado depois quando não se tem forma de pagar, essa pessoa arranja-te problemas.*” (Bela, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano).

A análise da rede de proteção das adolescentes ficaria incompleta sem a inclusão da perceção das adolescentes do seu estado de saúde e o acesso à assistência por parte dos sistemas de saúde e social. Neste contexto, as participantes entendem-se como saudáveis, no entanto, algumas referem um certo mal-estar físico. Revelam, igualmente, uma tendência para dispensar cuidados médicos ou os avaliar como pouco confiáveis e ineficientes: “*Costumava ir às formações da cruz vermelha, mas sentia-me a perder o fôlego muitas vezes e fazia análise para saber o que se passava comigo. Mas aqui qualquer coisa dizem que é tifoide e às vezes, nem é nada disso, ficas sem saber o que é que tens realmente.*” (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses). Realmente, o hospital surge muito frequentemente nas histórias como local que se acede em caso de emergência médica. Relativamente ao acesso e uso de serviços de proteção social, tal apoio surge como praticamente inexistente, não fazendo parte das suas realidades: “*Às vezes o estado faz umas campanhas e dão-nos mosquiteiros, são as únicas coisas*

*com que nos apoiam.*” (Dalila, 18 anos, mãe de bebê de 1 ano e 1 mês).

Categoria: *SEXUALIDADE, PERCEÇÃO E EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ PRECOCE*

A presente categoria debruça-se sobre as vivências da sexualidade e gravidez precoce. Procura definir e analisar as condições em que ocorrem o fenómeno da gravidez precoce, identificando razões e circunstâncias diretas que podem estar na sua base, nomeadamente comportamentos de risco e atitudes de prevenção da gravidez. De igual modo, identifica a resposta emocional inicial das adolescentes e das suas redes sociais perante a confrontação com a gravidez; o processo de adaptação das adolescentes à sua nova realidade; os significados psicossociais associados à gravidez precoce bem como a aceitação da gravidez pelas protagonistas. Acrescenta ainda a associação da gravidez precoce com o abandono escolar precoce, reconhecendo este como sua consequência.

Inicia-se com a análise da vivência da sexualidade pelas adolescentes em termos de idade de iniciação sexual e o número de parceiros sexuais. Os padrões encontrados são a variedade nas idades, mas não nos parceiros sexuais, sendo geralmente o pai da criança apontado como o único até então.

Quando se compara a idade das adolescentes com a dos parceiros sexuais, estas revelam-se próximas: *“Tinha 14 anos, foi com o pai dos meus filhos. Ele tinha 17 anos, nós temos três anos de diferença.”* (Hera, 18 anos, mãe de bebê de 1 ano e criança de 4 anos); salvo num caso em que a diferença é de 11 anos. Este aspeto possibilita pensar que em alguns casos a gravidez na adolescência pode resultar do envolvimento de menores com homens mais velhos, o que sensibiliza para uma atenção jurídica no sentido de proteção dos interesses das menores.

Relativamente à relação das adolescentes com os métodos contraceptivos, apreende-se nas histórias que algumas adolescentes tinham conhecimento da existência de tais métodos, antes da ocorrência da gravidez. Neste grupo predomina o uso do método de calendário, ainda que conhecendo outras alternativas, tendo por conseguinte a gravidez resultado da falha dessa opção anticoncepcional: *“Acidental. Já conhecia implante anticoncepcional porque ouvia as pessoas a falarem disso, mas nunca o usei. Sabia o dia em que me vinha a menstruação, esta prolongava-se sempre três a quatro dias, durante a semana a seguir eu não podia fazer nada e depois já podia ter relações sexuais sem engravidar, foi a minha tia que me ensinou e era assim que eu fazia para não engravidar. Mas não sei, algo correu mal.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebê de 1 ano). Este método natural ressalta nas histórias como tendo sido ensinado por uma tia, cabendo esse papel sempre à mulher nos casos em que se efetiva. Por outro, as adolescentes passam a percepção de terem uma educação sexual muito rudimentar. Saliente-se igualmente, a existência de quem não tivesse utilizado qualquer forma de prevenção ainda que os conhecesse e estivesse consciente do risco

de uma eventual gravidez: *“Eu não uso nada para me proteger. Costumo acompanhar as minhas colegas para porem o anel vaginal, mas nunca quis pôr, se engravidasse teria os filhos, mas acho que agora vou colocar. Já tinha visto preservativo, mas ninguém me tinha explicado como se usa, mas o meu namorado também recusa-se a usar, diz que não gosta.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos).

Em contraste, algumas adolescentes revelam completa ausência de educação sexual, resultando a gravidez precoce do desconhecimento da existência de métodos anticoncepcionais e do seu não uso: *“Não foi planeada. Eu não queria engravidar. Não conhecia métodos contraceptivos nenhuns até engravidar, ouvia falar de preservativo, mas não sabia o que era. No Carnaval quando vi as pessoas com ele na mão pensei que era um tipo de balão, as pessoas também o punham na orelha, mais tarde depois lá me explicaram para o que servia.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebé de 1 ano e 8 meses). Neste contexto, pode-se pensar na falta de iniciativa tanto da parte do adulto, como da adolescente para abordar o assunto da sexualidade. Provavelmente, estas participantes sentiram este assunto como tabu e escolheram aprender através da sua própria experiência sem conversar com os responsáveis sobre tal. Quanto aos namorados parecem responsabilizar unicamente a “mulher” pela prevenção da gravidez, através da adoção de uma atitude passiva perante as consequências de uma prática sexual irresponsável. Algumas histórias passam a ideia de que o uso dos métodos anticoncepcionais não é abordado nem pelo próprio casal, aparecendo o sexo como um assunto tabu também neste contexto.

A gravidez precoce surge nas histórias como um acontecimento inopino, mesmo nos casos de ausência de sua prevenção. O diagnóstico da sua ocorrência realizou-se primeiramente por reconhecimento dos sintomas que lhes estão associados, seja pelas adolescentes, seja pelos familiares ou, num caso específico, pela patroa e, posteriormente, pela confirmação mediante a realização do teste de gravidez, maioritariamente no hospital: *“Não senti diferença quando engravidei, mas como durante dois meses o período não me apareceu, apercebi-me, mas não tive coragem de ir logo ao hospital. Quando fui ao hospital disseram-me que estava de três meses. Deixei passar umas duas semanas até arranjar coragem para ir para o hospital.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano).

A possibilidade de estar grávida, assim como a confirmação da situação causou nas adolescentes angústias tais como tristeza e preocupação e reações emocionais de choro. Apenas uma adolescente afirmou ter reagido com calma, a mesma que não preveniu a gravidez por opção declarada. Assim, de um modo geral, as participantes asseguram não ter desejado a gravidez pelo interesse em estudar e por não se sentirem preparadas para serem mães: *“Fiquei muito triste. Não queria ser mãe, queria estudar.”* (Gana, 16 anos, mãe de 7 meses).

Ainda assim todas prosseguiram com a gravidez, embora algumas adolescentes tenham colocado a hipótese de efetuar uma interrupção voluntária da gravidez. O medo da morte por seu efeito e a influência da



família para a não interrupção da gravidez são apontados como causas da desistência dessa ideia: *“Não fiquei contente. Quis abortar, mas a minha família disse-me para deixar porque a gravidez já estava avançada e seria difícil tirar a barriga. Quis abortar por causa da escola e também porque não estava preparada.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano). Em oposição, o fantasma da infertilidade; a percepção de que o namorado possui forma de cuidar da “nova família”; que a gravidez precoce estava destinada ou que a futura criança é inocente, não merecendo portanto a morte deliberada, parecem estar na base da não colocação da hipótese de efetuar interrupção voluntária da gravidez, por algumas adolescentes: *“Nunca pensamos em abortar. Temos condições porque o meu namorado dá aulas de ginástica aos alunos da 1ª à 7ª classe. E ultimamente também está na farmácia e quando sai de lá vai para a faculdade.”* (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses).

As participantes escolheram predominantemente os amigos ou um irmão para serem os primeiros com quem partilhar a notícia de gravidez, todavia há também quem tenha optado pelo namorado ou pela própria progenitora: *“Depois de me terem dito no Hospital que estava grávida contei logo à Brendha. Ela é que conversou com o meu namorado, eu não tinha coragem de lhe contar. Falei logo com a Brendha, estava triste. Porque apoia-me sempre.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano).

Tal como se percebe no relato anterior, o companheiro contactou com a notícia de gravidez por intermédio de uma terceira pessoa. Realmente esse padrão ressalta nas histórias. No caso de uma adolescente em especial, o irmão esteve fisicamente presente quando notificou o namorado. Estes aspetos sensibilizam não só para necessidade de suporte para gerirem a situação, assim como para a insegurança em confrontarem-se com a reação dos pares amorosos, provavelmente pelo receio de rejeição da gravidez e da própria adolescente.

A atitude inicial dos pares amorosos à notícia de gravidez dividiu-se entre a aceitação e a rejeição, tendo predominado a aceitação. Alguns reagiram com alegria, declarando considerar um filho como um “bem valioso” e o seu desejo de ser pai: *“Contei imediatamente ao meu namorado, ele ficou contente. Depois passamos a ir juntos ao hospital para saber se estava tudo bem com o bebé. Ficou contente, disse-me para não me preocupar que filho é uma coisa boa.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos). Outros apesar de terem aceite e até disponibilizado o seu apoio à adolescente, transmitiram o seu descontentamento, conformismo ou ambivalência pela situação: *“Ele é que falou comigo, depois da Jóia lhe ter contado. Ele não estava muito contente também, mas disse-me que já sabia e que podia contar com ele.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebé de 1 ano e 8 meses). Verificou-se também quem tenha rejeitado claramente esta nova realidade tendo solicitado à adolescente que interrompesse a gravidez: *“o meu namorado ficou chateado, até chegou a pedir-me para tirar a barriga, mas eu e a minha mãe não aceitámos. Ele disse-me que não queria que eu tivesse a criança, porque não queria ser pai, mas depois acabou por me*

*apoiar porque viu que eu estava decidida. Eu não quis abortar porque podia ser o único óvulo que eu tinha e depois poderia mais tarde querer ter filhos e não conseguir ter porque tinha matado o meu único óvulo.”* (Dalila, 18 anos, mãe de bebê de 1 ano e 1 mês).

Relativamente à reação dos familiares à notícia da gravidez coincide o descontentamento. Neste quadro, há adolescentes que relatam ter tido alguns familiares disponíveis para as apoiar, mas outras referem o contrário, dado que os familiares desgostosos e zangados as castigaram com violência física; expulsaram de casa; cortaram relações; envergonharam-nas publicamente e/ou deixaram de investir financeiramente na educação/formação: *“A minha tia expulsou-me de casa e fui viver com o meu namorado até dar à luz. A minha mãe também ficou zangada comigo e até deixou de me falar porque ela tinha-me arranjado um homem, mas eu tinha-me recusado a casar porque queria era estudar, só que depois engravidei e tive que deixar a escola e ela não ficou nada contente, mas depois passou, depois do bebê nascer perdoou-me. Dizia que se eu tivesse casado teria um marido para tomar conta de mim e que agora assim, já não teria. Mas eu não queria casar, eu queria estudar.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebê de 1 ano e 8 meses). Esta história testemunha que para algumas famílias a gravidez precoce é melhor aceite quando ocorre dentro de um casamento, independentemente das suas implicações, sendo então visto como um fenómeno integrado e esperado. Seja como for, nas histórias percebe-se que após o nascimento da criança, este cenário de rejeição da gravidez precoce e por vezes até das próprias adolescentes pelos familiares, praticamente altera-se para a reaproximação e apoio: *“Quando o meu filho nasceu fiquei contente, porque quando engravidei a minha família não ficou contente, o meu pai, a minha tia e os meus tios, mas depois de ele nascer as mágoas desapareceram e agora atendem sempre às minhas necessidades e às do meu filho.”* (Bela, 18 anos, mãe de bebê de 1 ano).

Apesar das dificuldades pelas quais as adolescentes passaram em detrimento da gravidez – com certeza algumas mais do que outras - a avaliação geral é de uma experiência positiva. Percebe-se que a aceitação da gravidez foi bastante influenciada pelo apoio da rede de suporte, em especial a família e o pai da criança: *“Quando estava grávida, houve uma altura em que me doía a barriga, deitava-me e de todas as maneiras doíam-me a barriga, só rezava a Deus para que tudo corresse bem e não perdesse o bebê. Quando o meu filho nasceu saudável, nunca pensei. Deus cuidou dele e tudo correu bem. O meu corpo não estava bem, não gostava dele, engordei 3 kg, mas correu bem; preocupava-me com a ideia de que o pai do Júlio me rejeitasse, mas como aceitou correu bem. Quando o meu namorado aceitou que o filho que eu trazia na barriga era dele também. A partir daí começou a apoiar-me economicamente para ir ao hospital. Correu tudo normalmente com o apoio da minha família.”* (Ana, 17 anos, mãe de bebê de 4 meses).

Ainda relativamente à experiência da gravidez, uma consequência muito frequente é o abandono escolar precoce. As razões apontam para: a proximidade do parto e a antecipação da dificuldade em conciliar os estudos

com a maternidade e o desejo de evitar a reprovação social por estar grávida. Saliente-se que uma das participantes procurou retomar os estudos enquanto mãe adolescente, tendo desistido devido à sua revolta com a instabilidade do sistema de ensino: *“Eu já estava no 6º ano quando desisti, como engravidei era complicado continuar a estudar. Depois da minha filha nascer tentei retomar e desisti novamente, por causa das greves. Parei de ir a escola porque todos os anos na escola pública há greve durante três meses e depois retomam, então uma pessoa desiste. Irritam-me as greves. Pagas e não estudas até ao fim e por não termos dinheiro não podemos ir para o privado e ficamos para trás; fazes prova, pedem-te dinheiro e não temos dinheiro para pagar.”* (Fátima, 18 anos, mãe de bebé de 2 anos). Em suma, as mães adolescentes encontram-se fora do sistema de ensino, salvo uma que mesmo nas suas duas gravidezes não desistiu de estudar: *“Estudei o 9º ano de escolaridade, mas passei para o 10º ano. Sim, vou para o 10º ano no próximo ano letivo. Pretendo continuar a estudar, quero fazer o curso de medicina. ... uns dias depois do Wilson nascer fiz prova e passei para o 7º ano, foi o meu pai que pagou a prova porque a minha tia recusou-se a continuar a pagar-me a escola. Disse que se eu realmente quisesse estudar não teria aquela criança. ... Estava no 9º ano, o meu pai não me bateu, mas ficou tão chateado que não me pagou a escola e por isso chumbei e tive que repetir o 9º ano.”* (Hera, 18 anos, mãe de bebé de 1 ano e criança de 4 anos).

Interessa ainda partilhar que as participantes evidenciam possuir uma relação positiva com a escola, descrita com nostalgia relativamente ao convívio com o grupo de pares e à própria aprendizagem. As histórias apontam, igualmente, a paixão por certas disciplinas curriculares; o orgulho pelas recompensas perante os bons desempenhos escolares e o entendimento do valor da educação/formação: *“Eu gosto muito da escola, muito, mas não me lembro de nada. Ah os elogios do meu professor relativamente a minha dedicação aos estudos marcavam-me muito. O meu professor também elogiava muito a minha turma. Acho que a escola torna-me mais participativa na sociedade e põe-me inteligente, por isso é que eu gosto da escola.”* (Cíntia, 15 anos, mãe de bebé de 1 ano e 8 meses).

#### Categoria: *PLANOS E EXPETATIVAS PARA O FUTURO*

A presente categoria retrata os sonhos, desejos e expetativas das adolescentes para as suas vidas e para as vidas dos filhos. Procura conhecer as preocupações das participantes em termos do que aspiram e procuram para o futuro.

Neste contexto, retira-se das histórias a similitude entre os planos e expetativas para a distância temporal de 10 a 20 anos, se bem que é evidente a dificuldade geral em elaborar perspectivas para o tempo mais longínquo. Assim, os sonhos das adolescentes para as suas vidas passam por adquirir habilitação superior e ter alguém que invista financeiramente nesse sonho ou no caso particular de uma adolescente, apenas concluir o nível secundário de

educação; exercer a profissão de formação; casar; viver com o/s filho/s e o pai da criança numa casa arrendada ou erigida pelos próprios; ajudar financeiramente a família: “...mas talvez retome no próximo ano porque aí o meu filho já estará com 6 meses de idade e a família do meu namorado pode ajudar a cuidar dele. Mas será preciso ter um horário que coincida com os dos irmãos do meu namorado, para eles me poderem ajudar com o Elvis. Quero ser a melhor animadora do paciente, quero ser médica e tratar bem os pacientes; ter boa relação com eles e com os meus colegas de trabalho, quero ser um exemplo. Com a ajuda de Deus os meus sonhos realizar-se-ão. Estarei a trabalhar num hospital como médica; eu e o meu namorado estaremos a viver numa casa arrendada e estaremos casados, até poderá ser por civil, não me importo com isso. Daqui a 20 anos já teremos bastantes condições; estarei a trabalhar como médica. Vinte anos é muito tempo, não sei, mas se Deus quiser muitos sonhos irão realizar-se; ficarei contente se eu conseguir estar a trabalhar como médica e o meu filho estiver na faculdade.” (Eva, 16 anos, mãe de bebé de 4 meses).

Algumas adolescentes incluíram ter mais filhos no seu projeto de vida, no entanto a maioria não mencionou este aspeto e tal pode resultar de estarem a processar e adaptar-se à maternidade recente, não estando no presente abertos para imaginar a possibilidade de aumentar a família.

Em termos de sonhos relativamente à vida dos filhos, estes assumem características muito idênticas, traduzindo-se em matricular os filhos na escola desde cedo de modo a evitar os atrasos escolares; no interesse em que os filhos preencham determinados requisitos antes de constituir família, ou seja, que estudem e conquistem uma posição no mercado de trabalho de forma a serem independentes financeiramente e possam cuidar da sua família e ajudar a de origem: “O meu filho estará a estudar e poderá estar no 4º ano. Daqui a vinte anos o meu filho já será independente, estará bem da vida e a ajudar a mamã. Quero que o meu filho estude em primeiro, se forme, trabalhe e só depois case e tenha filhos.” (Gana, 16 anos, mãe de bebé de 7 meses).

As mães adolescentes esclarecem além disso que a idade ideal para as suas crianças terem o primeiro filho deve ser aos 20, 24 e 25 anos: “Quando tiver 25 anos, porque com essa idade ele terminou a escola e já pode ter um bom trabalho e um futuro sem se cansar muito. Quem não estuda cansa-se mais. (Gana, 16 anos, mãe de bebé de 7 meses). Percebe-se claramente que tais escolhas diferem das suas experiências pessoais e que resultam da valorização da educação/formação, mas também da importância de se constituir família entre o período que medeia o fim da juventude e início da vida adulta.

## V - Discussão dos resultados

Nas histórias estudadas identificamos um conjunto de fatores de risco associados à gravidez na adolescência, nomeadamente de natureza económica, política, sociocultural e psicossociocultural. Estes podem ser agrupados em fatores sociais e individuais.

No grupo dos fatores sociais os resultados apontam para a possibilidade de as participantes viverem num ambiente de fragilidade económica; no qual, inclusive, reconhece-se uma incapacidade para satisfazer as necessidades básicas que permitem o sobreviver com decência. Os mesmos são congruentes com um estudo realizado em Angola que encontrou nas adolescentes com história de gravidez precoce a presença de um nível socioeconómico mais baixo, assim como piores condições de habitabilidade, comparativamente às adolescentes que nunca engravidaram (Gembi, 2012).

Os dados do presente trabalho também revelam a ausência de políticas públicas no sentido de cumprir funções sociais e económicas que visem o apoio socioeconómico das famílias desfavorecidas. Para além da falta de políticas sociais e de saúde que apostem na educação/formação, educação sexual e sistemas de saúde sexual e reprodutiva de qualidade. Em verdade, a privação no acesso ao sistema educativo e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a anticoncecionais e a informação sobre a sexualidade é classificada como fator de risco da gravidez precoce pelo motivo de não efetivar o direito a negociar o tamanho da família, o momento e o espaçamento das gravidezes e, por conseguinte, a prevenção da gravidez indesejada (Fonda, 2014; Greene, Joshi, & Robles, 2012; UNPF, 2007; WHO, 2012; Williamson, 2013).

Relativamente aos contextos familiares das adolescentes, as fragilidades aparecem associadas às questões da cultura, da mentalidade e dos costumes sociais. De facto, os grupos familiares diferem quanto aos modelos de organização, dado que as suas uniões variam entre a poligamia poligénica e a monogamia, o que pode dever-se a aspetos étnicos, religiosos e culturais. Além disso, as suas configurações enquadram-se nos tipos de famílias extensa, monoparental, numerosa, recomposta e/ou mista, sendo que esta traduz-se sempre na combinação entre a família extensa com um dos outros tipos. Com efeito, verifica-se nestes agregados o predomínio do modelo de família alargada. Tal dado coincide com a sugestão de Gembi (2012) quanto à estruturação das famílias angolanas e até conduz ao pensamento de que há uma valorização deste modelo em detrimento do nuclear em, pelo menos, certos países de África. Acrescente-se que a literatura associa enormemente a ocorrência de gravidez precoce com as estruturas familiares muito numerosas, com grandes fratrias e vários níveis familiares no mesmo agregado familiar (Justo, 2000). Da mesma forma que também ressalta a maior probabilidade de as mães adolescentes serem filhas ilegítimas ou terem mães que também engravidaram precocemente (Jackson & Gossens, 2006). Ainda no que concerne aos agregados domésticos das

adolescentes, estas demonstram igualmente uma tendência geral e frequente para o acolhimento de outros indivíduos exteriores ao núcleo familiar, principalmente os parentes, por um período temporário ou indefinido. Estes padrões de estruturação familiar aparecem como estratégias de sobrevivência a fenómenos sociais tais como óbito, ruturas conjugais, risco de pobreza e exclusão. De igual modo, permitem pensar que o conceito de família compõe não só as personagens com os quais se partilha o teto, mas também qualquer espécie de vínculos biológicos ou socioafetivos. Ademais parecem sensibilizar para a existência de uma consciência coletiva que exige a quem possuir condições, particularmente financeiras, que assumam a responsabilidade para com o seu grupo familiar.

Neste quadro familiar, o cumprimento das funções de proteção psicossocial, sustento e socialização não parece ser considerado da responsabilidade primordial e insubstituível dos pais. Nos casos em que as circunstâncias de vida se apresentam desfavoráveis, os progenitores podem confiar os filhos a outros membros da família aparentemente como ato de amor. Para os filhos, tal significa muitas vezes deixar de residir com os elementos da família nuclear. Porém, não resulta necessariamente em corte relacional, uma vez que em muitos casos, tal como as histórias demonstram, há uma participação significativa na vida uns dos outros. Por outro lado, o mesmo não significa que não se esteja perante adolescentes com carências de afeto e que se sentem vítimas de algum tipo de abandono. Nessa lógica, Dominian (2007) sugere um cuidado especial para com as adolescentes que tiveram uma infância com carências afetivas, quer seja por carências parentais (por terem crescido numa instituição ou por terem vivido uma rutura matrimonial) pois estão desejosos de obter afeto e têm maior predisposição para relações sexuais precoces e para gravidez precoce. Adiciona-se a estes padrões de comportamento familiar uma elevada probabilidade de os seus membros se orientarem por papéis que se estendem às suas posições sociais dentro da família. Em outras palavras, nas situações em que as participantes estão sob a responsabilidade de uma tia, estas desempenham funções de tia, mas também de mãe para com as adolescentes. Por sua vez, as adolescentes desempenham os papéis de prima e irmã para com os primos; de sobrinha e filha para com a tia; mantendo os laços de filha para com os pais e de irmã para com os irmãos. Percebe-se a probabilidade de se estar a abordar contextos familiares em que se contacta com a sobreposição, inversão e mesmo confusão de funções o que pode interferir na comunicação sobre as expectativas sociais. Para além de que remetem para a probabilidade das participantes lidarem internamente com conflitos de lealdade entre os familiares com quem coabitam e a família nuclear.

No que se refere à promoção de comportamentos saudáveis face à sexualidade, por parte da família, verifica-se a adoção de atitudes que variam entre a ausência de participação e a inadequação desta. Assim, nos casos em que ocorre algum acompanhamento, este é exercido coincidentemente pelo “titular da guarda” da menor, sendo geralmente essa pessoa a tia das

adolescentes. No entanto, ensinam apenas sobre o método do calendário, que se revela de reduzida eficácia quando usado em exclusivo. Na literatura o não uso, ou o uso errado dos métodos anticoncepcionais, é considerado um fator de risco para a gravidez (Fonda, 2014; Voydanoff & Donnelly, 1990).

Resumindo, o contexto social das participantes espelha uma ausência de suporte em relação a uma atitude responsável e reflexiva na vivência das relações sexuais, o que permite pensar na inexistência de uma cultura de passagem de informação em matéria sexual, sendo o sexo tratado como assunto tabu. Novamente esta realidade parece coincidir com a do contexto angolano, onde também se entende que a sexualidade é vista como um assunto tabu pelos adultos (Chambata, 2015; Gembi, 2012; Chipalanga, 2014). De acordo com Chipalanga (2014), tanto as adolescentes com historial de gravidez como as que nunca engravidaram parecem entender que na sua família existe alguma dificuldade de comunicação, fundamentalmente nos assuntos relativos à sexualidade. O mesmo autor sugere ser esta uma realidade muito comum em Angola e África e afirma que a consequência desta falta de abertura comunicacional está nas adolescentes tenderem a aprender sobre a sexualidade com os vizinhos, de forma insuficiente e inadequada. O autor explica que esses vizinhos são normalmente os seus amigos, dado que a maior parte dos amigos das adolescentes são da vizinhança e não da escola. Tal resultado é congruente com o do presente estudo, no sentido em que as participantes afirmam eleger os amigos ou as irmãs para conversar sobre a sexualidade.

Relativamente à atitude das adolescentes face à vivência da sexualidade, em primeiro destaca-se que parecem não ter informação segura sobre este assunto. Isto pode estar ligado à cultura, à família, mas também às políticas do estado no sentido de não disponibilizarem o acesso a conhecimentos científicos sobre a sexualidade. Em segundo, parecem não procurar informação. Possivelmente tal atitude é influenciada por baixos níveis de escolaridades (UNPF, 2007, 2013; Williamson, 2013); uma vez que se acredita que a escola é fator com elevada potencialidade para a prevenção da gravidez na adolescência, dado que permite o adiamento da maternidade/paternidade enquanto se investe na aquisição de capacidades e recursos valorizados no mercado de trabalho e importantes para as futuras responsabilidades da vida adulta (Lloyd, 2009; UNPF, 2007; WHO, 2012). No grupo dos fatores individuais os resultados apontam para a possibilidade da falta de procura de informações em matéria sexual retratar a tendência para o desleixo e passividade associada ao período de vida da adolescência, em que a maturidade emocional e cognitiva está em formação (Carvalho, 2012; Fonda, 2014). Este, contudo, também pode surgir em consequência do sentimento de constrangimento em dialogar sobre esses assuntos com os familiares adultos (pelo temor das consequências) e com o par sexual (por receio de julgamento ou de rejeição). Além disso, pode estar associada à não familiarização com a importância das consultas de planeamento familiar e à ausência de facilidade em contactar com os “media”, que até podem assumir um papel educativo e de integração do

cidadão na sociedade. Chipalanga (2014), no seu estudo analisou a importância das variáveis acesso ao computador e à internet e concluiu que quem o possui está em melhores condições de aceder à informação. Nesta lógica de aquisição da informação, Gembi (2012) constatou que a falta de prevenção da gravidez indesejada ou descuido no uso dos métodos contraceptivos resulta da falta de conhecimento e de domínio do uso correto dos métodos contraceptivos. Tal conclusão vai ao encontro do terceiro aspeto psicológico das adolescentes. Este refere-se à manifestação de uma reduzida perceção do risco do envolvimento sexual, dado que esta é praticada sem uso de qualquer método anticoncepcional. Nos casos em que se usa, a escolha incide no de baixo índice de eficácia. Soma-se a isto, os parceiros das adolescentes indicarem falta de preocupação em prevenir a gravidez ou em negociar com as participantes sobre a responsabilidade de o fazer. Neste sentido, a literatura sensibiliza para a necessidade da prevenção da gravidez ser uma responsabilidade partilhada entre o casal (Fonda, 2014). Além disso, chama atenção para a probabilidade de se verificar, associadas à gravidez precoce e à prática de uma sexualidade irresponsável, a exposição a riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (WHO, 2012).

Resumindo, as participantes experimentam a sexualidade num contexto de ignorância ou de conhecimento frágil do funcionamento sexual e reprodutivo. Com efeito, aparentemente o que acontece nas entrevistadas é uma causalidade quase “imediata” entre a prática da relação sexual e a gravidez, parecendo que esta resulta da falta de opção de escolha, muitas vezes sem se perceber o que correu mal, expondo-se ao risco de novas gravidezes. Este engravidar, na sua maioria sem qualquer planificação foi também encontrado nos estudos de Chipalanga (2014) e de Chambata (2015) que afirmam que as adolescentes engravidam sem o propósito de serem mães ou de constituir família. Curiosamente, algumas adolescentes do presente estudo continuam a prevenir futuras gravidezes indesejadas usando o mesmo método anticoncepcional com que engravidaram. Aparentemente esta inexistência de alteração de comportamento resulta de as adolescentes não reconhecerem ainda a ineficácia do método, o que pode ser entendido pelo facto de este lhes ter sido ensinado pelas respetivas tias. Neste sentido, as adolescentes parecem atribuir a causa da falha do método a uma má utilização, assumindo a responsabilidade quanto à sua ineficácia. Interessa também registar que no universo das participantes há também quem continue a praticar relações sexuais sem uso de qualquer método anticoncepcional por opção, mostrando alguma indiferença perante a possibilidade de nova gravidez. Se pensarmos que esta adolescente possui uma relação de namoro estável e que o casal consente em ter relações sexuais sem qualquer proteção e ainda que esta adolescente procurou retomar os estudos após a gravidez tendo desistido por revolta com o mau funcionamento do sistema educativo, podemos pensar que a maternidade apresenta-se como uma única alternativa viável. Na literatura encontra-se explicada que a avaliação que a adolescente faz das consequências de uma possível gravidez influencia a prática de relações sexuais protegidas. Algumas raparigas tendem a engravidar com o



propósito, associado a diversas crenças, que a companhia do futuro filho irá fazer desaparecer o seu sentimento de solidão, e dar-lhes um sentido de utilidade e de importância, bem como fixar a relação amorosa com o pai da criança (Fonda, 2014), e alcançar assim o estatuto de adultas (UNPF, 2007). Esta leviandade quanto à prevenção da gravidez indesejada contrasta com os resultados do estudo de Gembi (2012), os quais descrevem que as adolescentes com o historial de gravidez passaram a ser mais responsáveis para com a sua sexualidade. Todavia, no presente estudo também se encontram histórias de quem tenha mudado de método anticoncepcional, na tentativa de melhorar a prevenção.

No que diz respeito às vivências da gravidez, as reações emocionais típicas variam entre a aceitação e a rejeição inicial dessa gravidez. Enquanto a resposta de aceitação ajuda no sentido de melhor adaptação e vivência da gravidez, a resposta de rejeição, em contraste, reforça a ideia de que a gravidez precoce não é recebida com alegria e tranquilidade, dado o sofrimento que provoca aos envolvidos diretos e indiretos.

Em termos dos impactos efetivos da gravidez na vida das mães adolescentes estas podem ser agrupadas relativamente às esferas escolares e relacionais e ainda quanto à autonomização residencial e financeira. Assim, entre estas registam-se, de um modo geral, o abandono escolar precoce, o adiamento do retorno aos estudos por dificuldade em conciliar a maternidade com a formação académica. O abandono escolar após a gravidez também foi encontrado num estudo angolano, apesar da tendência maior ser para a continuidade dos estudos (Chipalanga, 2014). Tal não coincide com o estudo em questão, o que pode ter a ver com a metodologia aqui utilizada, uma vez que não pretendemos a generalização dos resultados; mas também pode significar que realmente existe essa diferença quantitativa a nível dos países. Em contraste, há uma identificação nas motivações subjacentes ao abandono escolar precoce, sendo elas a vergonha em frequentar a escola durante a gravidez e a confrontação com uma incompatibilidade de papéis. No presente estudo, o abandono escolar precoce está também ligado à aproximação do parto e, excecionalmente, à desilusão com o funcionamento do sistema de ensino. A literatura afirma que a gravidez precoce e o abandono escolar não têm necessariamente uma relação causal; no entanto a gravidez precoce aumenta a probabilidade das adolescentes adiarem ou abandonarem a escola (UNPF, 2007). Isto porque é difícil conciliar a maternidade com os desafios académicos e em resultado o investimento escolar pode ficar afetado (Lloyd, 2005). Nas relações interpessoais, a norma é a adolescente continuar a sua relação de namoro com o pai da criança e este assumir a paternidade. Porém, também há situações em que tal não se verifica, o que deveria alertar para a necessidade de se desenvolverem políticas de responsabilização dos pais das crianças para as suas funções parentais. Ainda no domínio da esfera relacional, nos casos em que a gravidez prejudicou a relação com os familiares, o nascimento do bebé e a compreensão, por parte da família, de que a adolescente necessita de apoio para cuidar da criança, contribuíram para a reparação dos laços familiares.

Este dado aproxima-se do estudo de Chambata (2015) que afirma que perante a notícia de gravidez os progenitores reagem inicialmente com “aborrecimento”, mas acabam por conformar-se, tornando-se inclusive uma fonte de suporte após o nascimento da criança, mais do que os amigos ou serviços públicos. No presente estudo, esta realidade não se verifica para todas as adolescentes, alguns adultos “tutores” das adolescentes, especificamente as tias, continuam zangadas e manifestam esse ressentimento castigando as adolescentes de alguma forma. Assim, se para algumas adolescentes a gravidez resultou no fortalecimento dos laços quer com o pai da criança, quer com os familiares, para outras traduziu-se na perda de um ambiente de união e estabilidade relacional. Em termos de autonomização residencial relativamente à família de origem, regista-se que algumas adolescentes continuam a residir na mesma casa enquanto outras mudaram-se para a da família do pai do/s filho/s. No que diz respeito à autonomização financeira, a norma é a dependência total ou parcial dos rendimentos do agregado familiar, o que significa que as mães adolescentes não possuem meios económicos próprios para garantir a sua sobrevivência e a do/s filho/s, assim como para eventualmente investirem na educação/formação de ambos. Estes dados são congruentes com os da literatura que afirma que a gravidez na adolescência resulta geralmente numa maior dependência económica dos pais, na medida em que a tendência é para se continuar a morar com os pais após o nascimento do filho por falta de condições do pai da criança que, na maioria dos casos, é ele, também, adolescente (Dadoorian, 2003).

Relativamente aos planos e projetos de vida, vê-se que as participantes possuem sonhos, desejos e expectativas relacionados com a conquista da já referida independência financeira, conseguindo assim casa própria e alguma ascensão social; apostar na educação/formação pessoal e na dos filhos e estreitar os laços com o pai da criança. No que diz respeito aos filhos, as participantes esperam que estes tenham uma trajetória de vida diferente da sua no sentido de primeiro estudarem, de seguida conseguirem uma profissão e só posteriormente constituírem família. O que coincide com as visões das sociedades industrializadas na medida em que valorizam certos ganhos prévios a uma gravidez, tais como a formação, o trabalho profissional e a organização do casal (Roque, 2009).

No entanto, os resultados do estudo são claros quanto à situação de risco e vulnerabilidade social das participantes, nomeadamente no que se refere aos aspetos económicos, políticos, socioculturais e psicossocioculturais. A ocorrência da gravidez precoce e a probabilidade de repetição de novas gravidezes, num curto espaço de tempo, mostram sinais de poder agravar este cenário. Recomenda-se, assim, a adoção de medidas interventivas orientadas para a criação de infraestruturas, não só de prevenção da gravidez indesejada e não planeada, como de promoção da saúde física e psicológica, proteção social e educação/formação das mães adolescentes e respetivas crianças. Tal permite olhar para a questão da gravidez e da maternidade precoce sob uma perspetiva integradora capaz de

valorizar o potencial humano, contribuir para a inclusão e fortalecimento das famílias, assim como para desenvolvimento coletivo do país.

### **Conclusões**

A presente investigação interessou-se por estudar o fenómeno da gravidez precoce, considerado-o como um problema social e de saúde pública (Carvalho, 2012; Pedrosa, 2009) pelo facto de não resultar, na grande maioria dos casos, de um desejo assumido pelas adolescentes e de um projeto de vida estável (Carvalho, 2012; Williamson, 2013), bem como pelas consequências que acarreta (Carvalho, 2012; Dadoorian, 2003; Fonda, 2014; Lloyd, 2005; Mcqueston et al., 2012; UNFP, 2007, 2013; WHO, 2012; Williamson, 2013). Na verdade, a literatura sensibiliza para a necessidade de investimento numa política preventiva (Lloyd, 2005), sugerindo que esta será mais eficaz se cada país recolher os próprios dados em matéria da gravidez precoce, tratando conhecer as áreas em que as adolescentes são mais vulneráveis a este fenómeno (Mcqueston et al., 2012). Neste sentido, este estudo dedicou-se à compreensão deste fenómeno no contexto da Guiné-Bissau, através das vozes de algumas mães adolescentes cujas histórias foram analisadas partindo de uma metodologia qualitativa baseada em referenciais da Grounded Theory (Corbin & Strauss, 1990).

Os resultados identificam os fatores de risco individuais e sociais das jovens relativamente à ocorrência da gravidez precoce. Assumem uma visão holística, testemunhando a influência das políticas do estado, da sociedade, da família, dos pares amorosos e das próprias adolescentes na forma como o assunto da sexualidade é gerido.

O contexto de vida das adolescentes revela uma cultura de ausência de transmissão de informação em matéria sexual e em que a sexualidade aparece como assunto tabu. Nos casos em que as jovens usufruem de algum tipo de educação sexual antes de engravidarem, percebe-se que essa função é desempenhada pelas respetivas tutoras interessadas em as ajudar a prevenir a ocorrência de uma gravidez indesejada, embora na verdade o método anticoncepcional que ensinam seja de pouca eficiência. A necessidade de prevenção contra a ocorrência de uma gravidez não-planeada e da manifestação de doenças sexualmente transmissíveis parece ser encarado com leviandade tanto pela adolescente como pelo seu par amoroso, denunciando estes uma tendência para a não reflexão séria sobre estes aspetos. Nesta situação, as adolescentes experimentam a sexualidade numa condição de reduzida perceção de risco na prática das relações sexuais, bem como de poucos ou nenhuns conhecimentos sobre como fazê-lo de forma responsável e competente, o que significa que não têm oportunidade de usufruir da prática da sua sexualidade sem que isso implique um risco. De facto, as gravidezes das adolescentes surgem como não planeadas e indesejadas, exceto num caso em que a adolescente demonstrou estar de

alguma forma preparada para essa eventualidade, praticando relações sexuais sem usar algum método anticoncepcional ainda que consciente do risco de gravidez.

A gravidez precoce é retratada nas histórias como tendo sido vivida inicialmente com sofrimento, mas que acabou por se transformar numa experiência positiva. Algumas adolescentes chegaram a ponderar efetuar a IVG, todavia todas prosseguiram com a gravidez. A notícia da gravidez foi recebida de forma variada no seio familiar das adolescentes, assim como pelos seus pares amorosos, posicionando-se estas num continuum que vai da aceitação e apoio imediato à rejeição e ausência de apoio.

Relativamente ao impacto da gravidez nas trajetórias de vida das adolescentes, os resultados demonstram que para algumas adolescentes a gravidez precoce reforçou os laços com a família de origem, enquanto para outras alterou negativamente a sua relação com as tutoras. Ainda assim, após o nascimento da criança os familiares das adolescentes procuram apoiá-las e ao novo membro da família. Os resultados também apontam a tendência para as adolescentes continuarem numa relação amorosa com o pai dos filhos e deste assumir a paternidade, mas o contrário também acontece. As adolescentes diferem atualmente quanto a sua situação residencial, tendo algumas continuado a residir na casa da família de origem e outras mudado para a da família do namorado. Todas, no entanto, residem com o/s filho/s. A gravidez teve também como consequência o abandono escolar precoce, exceto num caso, todavia as adolescente manifestam o seu sonho de retomar os estudos, para além de outros que incluem ter uma formação de nível superior, conseguir exercer a profissão que desejam, ter condições financeiras para ajudar a família de origem, casar com o pai dos filhos, viver com este e com o filho numa casa independente e ainda, que os filhos tenham uma trajetória de vida diferente da sua. Atualmente, praticamente todas as adolescentes não trabalham, de maneira que dependem do rendimento de outrem para cuidar de si e do seu filho, sendo as suas únicas fontes de suporte financeiro, a família de origem e o namorado/família do namorado. Por fim, resta dizer que a gravidez não teve como consequência geral, a alteração de comportamentos na vivência da sexualidade para padrões mais adequados, o que significa que algumas adolescentes se encontram numa situação de alta probabilidade de engravidarem novamente.

A gravidez das adolescentes aumentou a vulnerabilidade social destas jovens e das respetivas famílias à pobreza e exclusão social. Caso não haja apoio e integração destas adolescentes, da família de origem e da nova família, estão aqui criadas condições para estas adolescentes se envolverem em novas destruturações familiares, bem como para a perpetuação da desigualdade social em termos de género e de desperdício de capital humano.

Entende-se que esta investigação não pretende esgotar os conceitos que pertencem ao fenómeno da gravidez precoce ou ainda, desenvolver de forma aprofundada as relações entre eles. Porém esperamos que, pelo menos, tenha contribuído para aumentar o conhecimento que se tem sobre o

fenómeno em questão, particularmente num país onde há pouca investigação sobre o assunto.

A originalidade da presente pesquisa advém exatamente disso mesmo, isto é, de se focar neste contexto pouco conhecido internacionalmente e pouco estudado. Neste sentido, dado que se conseguiu identificar alguns aspetos económicos, políticos, sociais, culturais e psicológicos que estão na base da gravidez adolescente no contexto da Guiné-Bissau sugerimos estes como possíveis áreas de intervenção na prevenção da ocorrência do fenómeno, mas também na diminuição dos seus impactos negativos.

Esperamos também ter estimulado o interesse em conhecer e aprofundar aspetos associados à gravidez precoce, sobretudo no contexto guineense. Acreditamos que este estudo possui condições para servir de base para investigações futuras nesta temática e a nossa sugestão é que esses estudos sejam continuados e aprofundados através de metodologias qualitativas e quantitativas. No caso das primeiras, os estudos grounded com saturação teórica seria interessante se incluíssem também a perspetiva de outras pessoas relevantes para a compreensão do fenómeno, nomeadamente os progenitores e os tutores das adolescentes e os seus parceiros. Outro aspeto importante a explorar é a transgeracionalidade dos aspetos associados a gravidez na adolescência.

## Bibliografia

Altmann, H. (2007). A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social [versão eletrónica], *Educação em Revista*, 46, 287-310.

Amado, J. (coord.) (2013). Manual de investigação qualitativa em educação. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris: Ed. du Seuil.

Associação para o Planeamento da Família (2003). Gravidez e maternidade precoce. In Roque, O. (coord.), Alves, A., Martins, A., Carpintero, E., Eugénio, I., & Pasadas, P. *Mamãs de palmo e meio: gravidez e maternidade na adolescência*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.

Campanhoudt, L.V. (2001). Introdução à análise dos fenómenos sociais. (E., de Freitas, Trad.). Gradiva: Lisboa.

Carvalho, D. (2012). *Aquela pequena vírgula é o meu filho!: a experiência da gravidez na adolescência*. Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus.

Central Intelligence Agency (2015). *The world factbook*. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pu.html>

Chambata, E. A. L. (2015). Gravidez e maternidade na adolescência: vivências de jovens angolanas. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

Chipalanga, S. I. (2014). Gravidez na adolescência em Angola: estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.

Coordenação do Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau (2006). *Balanço comum do país: Guiné-Bissau*. Recuperado em 14 de Julho, 2015, de <http://countryoffice.unfpa.org/guinea-bissau/?publications=8120>

Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.

Histórias de mães adolescentes na Guiné-Bissau: contributo para a construção de um modelo intercultural da gravidez na adolescência  
Jacinira Carlos Nhaga (e-mail:jacinirarodrigues@hotmail.com) 2016

- Corbin, J. & Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Dadoorian, D. (2003). *Gravidez na adolescência: um novo olhar. Psicologia: Ciência e Profissão*, 23 (1), 84 – 91. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100012>
- Da Silva, L. F. (2005). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade aberta.
- Deshaies, B. (1992). *Metodologia de investigação em ciências sociais*. (L., Baptista, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Dominian, J. (2007). *Construir o amor: o significado da relação sexual* (J.M.M. Pereira, Trad.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Direção Geral do Plano e Instituto Nacional de Estatística do Ministério da Economia e Finanças (2015). Inquérito aos indicadores múltiplos (MICS-5) 2014: principais resultados. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de [https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/West and Central Africa/Guinea-Bissau/2014/Keyfindings/Guinea-Bissau\\_2014\\_MICS\\_KFR\\_Portuguese.pdf](https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/West_and_Central_Africa/Guinea-Bissau/2014/Keyfindings/Guinea-Bissau_2014_MICS_KFR_Portuguese.pdf)
- Dominian, J. (2007). *Construir o amor: o significado da relação sexual* (J.M.M. Pereira, Trad.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. M., Fernandes & L. S., Almeida (Org.) *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia – Universidade de Minho. Recuperado em 3 de Julho, 2015, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4209>
- Fonda, J. (2014). *Being a teen: everything teen girls & boys should know about relationships, sex, love, health, identity & more*. New York: Random House.
- Gembi, F. T. G. (2012). *Gravidez na adolescência em contexto angolano: estudo acerca dos factores de risco e de proteção, em enfoque no funcionamento familiar*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

- Global Health Observatory (2013). *Global Health Observatory country views: Guinea-Bissau statistics summary (2002 – present)*. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de <http://www.who.int/countries/gnb/en/>
- Global Health Observatory (2013). *Global Health Observatory data repositior: mortality and global health estimates – life expectancy*. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>
- Greene, M., Joshi, S., & Robles, O. (2012). Estado de la población 2012: Si a la opción, no al azar - Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Recuperado em 4 de Agosto, 2015 de <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2012>
- Guerra, I. (2006). Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentido e formas de uso. Parede: Príncipeia.
- Instituto Nacional de Estatística (Ed.). (2014). *Caraterísticas socioculturais: terceiro recenseamento geral da população e habitação - 2009*. Bissau: Autor. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de [http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/caracteristicas\\_socio\\_cultural.pdf](http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/caracteristicas_socio_cultural.pdf)
- Jackson, S. & Grossens, L. (Eds.). (2006). *Handbook of Adolescent Development*. East Sussex: Psychology Press.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente , maternidade adolescente e bebés adolescentes : Causas , consequências , intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 97–147.
- Ketele, J. & Rogiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados*. (C. A., de Brito, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Leite, J. E. B. C. (2014). *A literatura guineense: contribuição para a identidade da nação*. Tese de doutoramento, Faculdade de Letras, Coimbra, Portugal.
- Liga Guineense dos Direitos Humanos (2012). Relatório sobre a situação dos direitos humanos na Guiné-Bissau 2010-2012. Recuperado em 4 de Agosto, 2015, de <http://www.lgdh.org/p/relatorios.html>
- Lima, L. N. & Ferro, M. J. (2013). *Grounded Theory uma metodologia qualitativa de investigação*. Manual pedagógico de apoio ao seminário de investigação/Tese de mestrado em psicologia da educação, desenvolvimento e aconselhamento.



- Lloyd, C. B. (ED.) (2005). *Growing up global: the Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Recuperado em 1 de Agosto, 2015, de <http://www.nap.edu/catalog/11174.html>
- Lloyd, C. B. (2009). *New Lessons: The power of educating adolescent girls*. Recuperado em 14 de Julho, 2015 de <http://www.unicef.org/sowc09/>
- Mcqueston, K., Silverman, R., & Glassman, A. (2012). *Adolescent fertility in low- and middle-income countries : effects and solutions* [Working Paper N° 295]. Center for Global Development. Recuperado em 14 de Agosto, 2015, de <http://www.cgdev.org/publication/adolescent-fertility-low-and-middle-income-countries-effects-and-solutions-working-paper>
- Organização Mundial da Saúde (2013). *Estratégia de cooperação da OMS com os países 2009-2013: Guiné-Bissau*. Recuperado em 14 de Agosto, 2015, de <http://www.afro.who.int/pt/guine-bissau/representacao-da-oms-guine-bissau.html>
- Pedrosa, A. F. A. (2009). *Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência: determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação*. Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Pinto, P. (2009). *Tradição e modernidade na Guiné-Bissau: uma perspetiva interpretativa do subdesenvolvimento* [versão eletrónica]. Dissertação de mestrado, Centro de estudos africanos da Faculdade de Letras, Porto, Portugal.
- Ruquoy (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarello, L., Diegneff, F., Hiernaux, J., Maroy, D., Ruquoy, C., & Sani-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais* (L., Baptista., Trad.). Lisboa: Gradiva.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Sprinthall, A. N. & Collins, W. A. (2001). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (5a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Takiuti, A. D. (1996). *Gravidez na adolescência: ai como eu sofri por te amar*. Rio de Janeiro: Artes e Contos.

UNICEF. (2009). The State of the World's children 2009: maternal and newborn health. In UNICEF. Recuperado em 14 de Julho, 2015 em <http://www.unicef.org/sowc09/>

United Nations (2013). World Fertility Report 2013: Fertility at the extremes. Recuperado em 14 de Agosto, 2015 de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/fertility/world-fertility-2013.shtml>

United Nations Development Programme (2014). *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. Recuperado a 14 de Agosto, 2015, de <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report/>

United Nations Population Fund (2007). Giving girls today & tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy. Recuperado em 15 de Julho, 2015, de <http://www.unfpa.org/publications/giving-girls-today-and-tomorrow>

United Nations Population Fund. (2013). Adolescent pregnancy: a review of the evidence. Recuperado em 14 de Julho, 2015 de <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-pregnancy>

Voydanoff, P., & Donnelly, B. W. (1990). Adolescent sexuality and pregnancy. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Williamson, N. (2013). Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes - estado de la población mundial 2013. Recuperado em 14 de Julho, 2015, de <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013-0>

Yin, R. K. (2011). Qualitative research from start to finish. New York: The Guilford Press.

World Health Organization (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies. Recuperado em 14 de Julho, 2015 de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/23744>

## Anexos

### Guião para a realização das Entrevistas

<p><b>Local da entrevista:</b></p> <p><b>Data:</b></p> <p><b>Consentimento Informado:</b></p>
---

#### Itens sociodemográficos:

- Nome verdadeiro / código (nome falso)
- Idade
- Descrição física sumária (raça, altura, peso, cor dos cabelos - "agradabilidade da aparência)
- Zona de habitação (País, cidade, bairro)
- Nacionalidade
- Descrição sumária da trajetória habitacional considerando as idades em que isso aconteceu, as cidades, as casas de habitação em que viveu (identifique o tempo) e as personagens com que coabitou sucessivamente.

#### Exemplo:

1ª habitação - dos 0 aos 9 meses, São Paulo, Favela XX, casa com uma divisão, com pai, mãe e irmão de 3 anos;

2ª habitação - dos 9 meses aos três anos, Salvador, Bairro XX, casa com três divisões cozinha e banheiro, com pai etc...

- Descrição mais pormenorizada da habitação atual (qualidade geral; urbano/rural; água, luz, gás, saneamento, nº de divisões, cozinha, banheiro(s), ...) ou no caso de se encontrar institucionalizada da última habitação em que viveu.

- Com quem habita (descrever todos os residentes e o seu estatuto em relação à jovem);

- Onde dorme (quarto independente?)

Nota: Caso esteja institucionalizada os dois pontos anteriores referem-se à última habitação. Neste caso, deve descrever também as condições habitacionais na instituição bem como o tipo de relação com as outras colegas também institucionalizadas, o tipo relação com os funcionários da instituição e como vive a institucionalização.

- Enquadramento socioeconómico (rendimento da jovem, se existir;

rendimento do agregado; composição do rendimento). O rendimento a reportar deverá ser uniformizado considerando o rendimento anual líquido

- Histórico escolar, incluindo o ano letivo que frequenta aquando da entrevista

- Histórico profissional (incluindo ordenados anuais líquidos)

Nota: Caso tenha mudado várias vezes de residência, descreva qual impacto disso na escolaridade da jovem e na integração social.

### **Problemas/Apoio psicológico/psiquiátrico/médico:**

- Identificar a eventual existência de problemas médicos, psiquiátricos e/ou psicológicos.

- Seguimento médico - obstétrico/ginecológico - (quando começou, com que periodicidade está a acontecer)

- Seguimento psicológico (se sim - quando começou, com que periodicidade está a acontecer). Especifique, se possível, o tipo de intervenção psicológica (individual ou de grupo; aconselhamento; psicoterapia de insight, etc.)

- Apoio social (se sim - quando começou, com que periodicidade está a acontecer)

- Outros apoios

### **Escola/trabalho:**

- Descrever os acontecimentos mais importantes relacionados com a escola (de toda a vida escolar da adolescente quais são os acontecimentos que ela identifica como os mais importantes)

- Descrever os acontecimentos mais importantes relacionados com o trabalho (de toda a vida profissional da adolescente quais são os acontecimentos que ela identifica como os mais importantes)

### **Família:**

- Atividade profissional do pai e da mãe

- Gravidezes precoces nos ascendentes da jovem (mãe; pai; avós; irmãs/irmãos; tios/tias)

- História das relações com os familiares diretos:

- Descrição das relações com a mãe (infância e adolescência)

- Descrição das relações com o pai (infância e adolescência)

- Descrição das relações com outras personagens significativas como tios(as), avós, padrastras/madrastas, companheiros(as) na infância e adolescência

- Descrição das relações com irmãos

- Descrição das relações com outros familiares significativos

- Piores relações / melhores relações: identificar os familiares com quem mantém piores relações (justificar porquê) e com quem mantém

melhores relações (justificar porquê)

### **Redes sociais secundárias:**

- Principais amigos (identificar)
- Caracterização da relação com cada um desses amigos
- Quais são os principais interesses desses amigos (tempos livres são dedicados a fazer o quê?)
- O que fazem (estudam? trabalham?)
- O que os pais (pai e mãe) dizem desses amigos (conhecem? gostam deles? recebem-nos em casa?...)
  - Se necessitar de falar de problemas muito íntimos (relativos à sexualidade, por exemplo) tem alguém a quem recorrer? Quem? (exemplifique)
  - Se necessitar de ajuda económica (alguém que lhe empreste dinheiro) existe alguém a quem possa recorrer? Quem? (exemplifique)
  - Quando tem problemas/conflitos com familiares fala/desabafa com alguém? Quem? (exemplifique)

### **História de vida (dificuldades; acontecimentos traumáticos)**

- Principais dificuldades na infância (descrição dos principais acontecimentos durante a infância, como dificuldades financeiras, maus tratos de qualquer ordem, incluindo agressões e violações, dificuldades escolares, dificuldades relacionais e habitacionais)
- Principais dificuldades na adolescência (descrição dos principais acontecimentos durante a adolescência como dificuldades financeiras, maus tratos de qualquer ordem, incluindo agressões e violações, dificuldades escolares, dificuldades relacionais e habitacionais)
- Identifique (usar as palavras da própria adolescente) os 3 (três) acontecimentos mais felizes da sua vida
- Identifique (usar as palavras da própria adolescente) os 3 (três) acontecimentos mais tristes da sua vida
- Identifique (usar as palavras da própria adolescente) as 3 (três) maiores desilusões da sua vida

### **O Futuro:**

- O que deseja para o futuro (profissão, relação amorosa, filho)
- Como imagina a sua vida dentro de 10 (dez) anos considerando:
  - O que está a fazer (estudar? trabalhar? o quê e em quê?)
  - Com quem vive?
  - O que é que o seu filho (agora com 10 anos) está a fazer?
  - Que "sonhos" e "desejos" terão sido realizados?
- Como imagina a sua vida dentro de 20 (vinte) anos considerando:
  - O que está a fazer (estudar? trabalhar? o quê e em quê?)
  - Com quem vive?
  - O que é que o seu filho (agora com 20 anos) está a fazer?
  - Que "sonhos" e "desejos" terão sido realizados?

- Olhando para a vida dos seus pais e para a sua vida o que gostaria que o seu bebé fizesse de diferente (ou o que é que não quer mesmo que ele venha a repetir)

### **Sexualidade**

- Primeira experiência sexual (idade, parceiro)
- Outras experiências sexuais (idades, parceiros)
- Gravidez: se é a primeira ou se já existem outros filhos
- A ocorrência (planeada, acaso, desconhecida) - descrever a situação
- Apreciação que faz da gravidez (como qualifica o acontecimento: bom, mau...)

### **Relação com o futuro pai**

- Como conheceu o pai do seu filho?
- Identificação do pai
- Idade
- Percurso escolar/profissional:
- Agregado familiar
- Relação com os vários elementos do agregado familiar
- Assume a paternidade?
  - Mantem a relação amorosa com a adolescente? Se não, descrever a situação.
- Quando começou a relação
- Descrição da relação
- Como vê a relação com este homem daqui a 10 anos; e daqui a 20 anos?

### **Gravidez:**

- Desejada?
- Se não, explicar como aconteceu
- Planeada (como?)
  - Você conhecia os métodos contraceptivos? Quais? Utilizava?
- Como descobriu que estava grávida?
- Como reagiu emocionalmente?
- Em algum momento você ou alguém pensou em interromper a gravidez?
  - Como foi com o pai? Falou logo com ele? quando falou?
  - Qual a reação dele?
  - Qual a primeira coisa que fez quando soube que estava grávida?
  - Quanto tempo durou entre a descoberta da gravidez e a procura de ajuda medica?

- Que idade gestacional tinha à data da 1ª consulta medica?
- Com quem falou em primeiro lugar?
- Descrição da adolescente sobre a sua gravidez (como a caracteriza: palavras próprias)
- Com quantos anos você gostaria que seu filho(a) engravidasse?
- Como está a viver a gravidez considerando:
  - relação com o corpo
  - relação com a escola / trabalho
  - relação com a família de origem (pai, mãe e outros familiares)
  - como imagina esta relação quando o bebé nascer
  - relação com o futuro pai da criança
  - como imagina esta relação quando o bebé nascer
  - relação com a família do futuro pai
  - como imagina esta relação quando o bebé nascer
  - relação com os amigos
  - como imagina esta relação quando o bebé nascer
  - relação com os colegas
  - como imagina esta relação quando o bebé nascer
  - como imagina o bebé (sexo, parencças, disposição emocional)

**Sobre o bebê:**

- Como foi o nascimento do bebê?
- Amamentou? Se sim, até que idade?
- Com quanto tempo sentou?
- Engatinhou?
- Com quanto tempo andou?
- Com quanto tempo falou?
- Como foi a transição para alimentação sólida?
- Com quantos anos tirou a fralda?
- Com quantos anos ingressou na crèche/escola?
- Como foi a adaptação a esse ambiente?
- Quem acompanhou o bebê em todas essas etapas?

Você acha que esse trabalho pode vir a ajudar outras adolescentes?  
 O Programa do Adolescente contribuiu de alguma forma para sua vida?

**Análise do entrevistador:**

- Fatores de risco detetados
- Vulnerabilidades detetadas
- Fatores de proteção
- Apreciação geral da atitude da grávida durante a entrevista

**Comentários finais:**

