

DM
ZARA/P1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

Representações Mentais e Ajustamento Materno na Grávida Adolescente

Paula Luísa Corvo Valente da Conceição Silva Zaragoza – nº 11984

ORIENTADOR: Professora Doutora Isabel Leal
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2007



Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Rua da Boavista, 101	
1200-012 Lisboa	
Tel: 21 001 17 00 • libinga@ispa.pt	
Registo:	17845
Data:	21.11.08

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na Especialidade de Psicossomática conforme a portaria nº 243/97 para dar satisfação ao ponto b) do artigo 3 do decreto lei 216/92 de Outubro.

Agradecimentos

À Prof. Dr.^a Isabel Leal, por todo o apoio, flexibilidade, confiança e desafio que tornou possível a concretização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. António Francisco Mendes Pedro por me ter proporcionado conhecimentos na área da psicossomática que me permitiram uma visão mais abrangente das ligações somato-psíquicas.

À Dra. Isabel Brito pelo apoio e interesse na realização da Consulta de Psicologia para Grávidas Adolescentes do Hospital Garcia de Orta, que me possibilitou a experiência clínica nesta área e facilitou a recolha da amostra.

À Dr.^a Inês Figueiredo e à Dr.^a Vera Ramos pela ajuda tão preciosa nos aspectos logísticos ao longo da investigação.

À Dr.^a Patrícia Ferreira pela ajuda no tratamento estatístico dos dados.

A todas as adolescentes grávidas que aderiram ao estudo, sem as quais não seria possível a sua realização.

Índice

I – INTRODUÇÃO	1
1. A Puberdade Agida	4
• 1.1. Aspectos demográficos	4
• 1.2. O uso ou não uso de contraceptivos	5
• 1.3. Aspectos socio-económicos e ambientais	6
• 1.4. Os pais grávidos	7
2. Gravidez e Psicossomática – A Mente ao Serviço do Corpo	8
• 2.1. Aceitar a realidade da gravidez – Primeiro Trimestre	9
• 2.2. A percepção do corpo em mudança – Segundo trimestre	10
• 2.3. O desejo e a angústia do parto – Terceiro Trimestre	11
• 2.4. Saúde física e estados emocionais	12
3. As Representações Mentais	13
• 3.1. O Contributo da Psicanálise e da Vinculação: Constructos Teóricos	13
4. Representações Mentais da Grávida Adolescente: Da concepção à Representação	15
• 4.1. A gravidez como teste à capacidade reprodutiva?	15
• 4.2. Ter um filho na adolescência: necessidade ou acaso?	16
• 4.3. O desejo	17

• 4.4. <i>A identidade materna?</i>	18
• 4.5. <i>A representação ou não-representação do bebê</i>	19
• 4.6. <i>Transmissão geracional</i>	20
• 4.7. <i>Gratificar e consolidar o casal grávido</i>	22
5. <i>As Representações Mentais Durante a Gravidez:</i>	
Operacionalização dos Conceitos	25
• 5.1. <i>Representações mentais e vinculação</i>	26
• 5.2. <i>O Modelo da coerência na narrativa</i>	27
• 5.3. <i>Categorias das representações</i>	29
6. <i>Teorias Explicativas: o Contributo da Psicopatologia</i>	31
II – MÉTODO	35
1. <i>Participantes e design</i>	37
2. <i>Instrumentos</i>	39
• 2.1 <i>Entrevista Semi-Dirigida</i>	40
• 2.2. <i>MAMA (Maternal Adjustment na Maternal Atitudes)</i>	41
• 2.3. <i>IRMAG – Escalas de Diferenciadores Semânticos</i>	44
3. <i>Procedimento</i>	49

III – RESULTADOS	50
IV – DISCUSSÃO	78
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	94

Índice de Figuras

Figura 1 – Grupo Etário	37
Figura 2 – Grupo Etário – Grávidas e Companheiros	50
Figura 3 – Pensa estar preparada para ser mãe?	51
Figura 4 – Que modificações pensa que o bebé vai trazer na sua vida?	51
Figura 5 – Como pensa que vai ser para si tomar conta do bebé?	52
Figura 6 – Como imagina o seu bebé?	53
Figura 7 – Como pensa que o bebé irá alterar a sua relação conjugal?	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da Amostra	38
Tabela 2 – Análise descritiva da <i>Sub-escala Imagem Corporal</i>	56
Tabela 3 – Análise descritiva da <i>Sub-escala Sintomas Somáticos</i>	57
Tabela 4 – Análise descritiva da <i>Sub-escala Atitudes para com o Companheiro</i>	58
Tabela 5 – Análise descritiva da <i>Sub-escala Atitudes Perante o Sexo</i>	59
Tabela 6 – Análise descritiva da <i>Sub-escala Atitudes para com a Gravidez E o Bebê</i>	60
Tabela 7 – Análise descritiva dividida por Trimestres	61
Tabela 8 – Análise descritiva dividida por Nível de Escolaridade	62
Tabela 9 – Análise descritiva dividida por Ocupação	63
Tabela 10 – Análise descritiva dividida por Agregado familiar	63
Tabela 11 – Análise descritiva dividida por Duração da relação com o Companheiro	64
Tabela 12 – Resultados da Aplicação do Teste de ajustamento de Kolmogorov – Smirnov	65
Tabela 13 – Quadro ANOVA	65
Tabela 14 – Resultados da Aplicação do Teste de Tukey	66
Tabela 15 – Resumo dos Resultados da Aplicação do teste de Kruskal-Wallis	68
Tabela 16 – Análise descritiva da <i>Escala Características Individuais do Bebê</i>	69
Tabela 17 – Análise descritiva da <i>Escala Características Individuais da Grávida</i>	70
Tabela 18 – Análise Descritiva Dividida por Trimestres das <i>Características Individuais do Bebê</i>	71
Tabela 19 – Análise Descritiva Dividida por Trimestres das <i>Características Individuais da Grávida</i>	71

Tabela 20 – Análise Descritiva Dividida por Nível de Escolaridade das <i>Características Individuais do Bebê</i>	72
Tabela 21 – Análise Descritiva Dividida por Nível de Escolaridade das <i>Características Individuais da Grávida</i>	72
Tabela 22 – Análise Descritiva Dividida por Ocupação das <i>Características Individuais do Bebê</i>	73
Tabela 23 – Análise Descritiva Dividida por Ocupação das <i>Características Individuais da Grávida</i>	73
Tabela 24 – Análise Descritiva Dividida por Agregado familiar das <i>Características Individuais do Bebê</i>	74
Tabela 25 – Análise Descritiva Dividida por Agregado familiar das <i>Características Individuais da Grávida</i>	74
Tabela 26 – Análise Descritiva Dividida por Duração da Relação das <i>Características Individuais do Bebê</i>	75
Tabela 27 – Análise Descritiva Dividida por Duração da Relação das <i>Características Individuais da Grávida</i>	75
Tabela 28 – Resultados da Aplicação do Teste de ajustamento de Kolmogorov – Smirnov	76
Tabela 29 – Resumo dos Resultados da Aplicação do teste de Kruskal-Wallis	77

Índice de Anexos

Anexo A – Entrevista de Rastreio para Grávidas Adolescentes	96
Anexo B – IRMAG – Escalas de Diferenciadores Semânticos	97
Anexo C – Versão Portuguesa do MAMA	98
Anexo D – Folha de consentimento por escrito	99

RESUMO

Neste estudo, procurámos analisar o conteúdo das representações mentais e o ajustamento materno de um grupo de 34 grávidas adolescentes.

Num primeiro momento, são discutidas questões do desenvolvimento psicológico da grávida adolescente, contexto social, ocupacional e familiar mas também dimensões internas ligadas à construção da identidade da jovem, relação com os pares e companheiro. Num segundo momento, destacamos os aspectos fisiológicos do desenvolvimento da gravidez e a sua correspondência directa com a construção da ideia de maternidade. É dada especial relevância aos sintomas somáticos por estes revelarem a ambivalência não verbalizada, porém sentida, da grávida. Por último, abordamos o conceito de representação, que aparece como uma categoria fundamental da experiência psíquica, enquanto rede de imagens de si e do outro. As representações organizam-se numa estrutura narrativa específica e podem fornecer indícios sensíveis sobre a maneira como a mulher vive a sua gravidez.

A teoria do modelo de representações está intrinsecamente ligada à teoria do estilo de vinculação. Estudos recentes sobre o modelo operacional interno da vinculação nas mulheres grávidas, realçam a qualidade predictiva das representações maternas em relação ao futuro vínculo mãe – bebé, definindo-se assim a pertinência deste estudo para o desenvolvimento de novas formas de intervenção e suporte.

Posto isto, procurámos operacionalizar estes conceitos tendo como variável principal a idade da grávida (15 aos 18 anos) e como variáveis secundárias: o tempo de gravidez, o grau de instrução (habilitações académicas), a ocupação, o agregado familiar e o tempo de duração da relação com o companheiro.

A população estudada consta de 34 adolescentes grávidas entre a 12^a e 40^a semanas de gestação, primíparas, avaliadas por meio de três instrumentos:

- Entrevista semi-dirigida da qual constam a recolha de dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro e questões abertas relativas à percepção e representação que a jovem tem da sua própria gravidez;
- MAMA (Kumar, Robson, & Smith, 1984) avalia o ajustamento e as atitudes maternas, traduzido e aferido para a população portuguesa em 2004 (Figueiredo, B., Mendonça, M, & Sousa, R, 2004). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento com 60 itens distribuindo-se por cinco sub-escalas: imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e o bebé.
- Escalas de Diferenciadores Semânticos do IRMAG (Ammaniti et al., 1999). Este instrumento consta de cinco listas de diferenciadores semânticos, constituídas pelos mesmos 17 pares de adjectivos divididos em 4 áreas representacionais: *funcionamento pessoal, estilo interpessoal, tendências emocionais e conteúdos de impulsos orais, anais e fálicos*, de modo a realizar uma comparação directa entre as representações referentes à mãe e ao bebé.

Apesar das condições adversas, constatámos que a grande maioria destas jovens aceita a gravidez, tornando-a desejada. Assim, é na sub-escala *Atitudes Para Com a Gravidez e o Bebé*, que as atitudes se revelam ser as mais positivas. Apesar de não haver nenhuma ambivalência expressa em relação ao desejo de gravidez, essa ambivalência existe em relação à maternidade e ao estado de saúde e normalidade do filho. A sub-escala *Sintomas Somáticos* é aquela que obtém menos atitudes positivas pelo desconforto causado pelos sintomas do primeiro trimestre, nomeadamente cansaço e enjoos ou vómitos, sentidos pela grávida como uma experiência muito negativa. É na sub-escala relativa ao companheiro que as atitudes são mais positivas, no entanto, apesar da vontade de agradar e melhorar a relação conjugal estar patente, tanto a variável *duração de relação*, como a variável *agregado familiar*, não registaram diferenças significativas nas suas atitudes.

No que respeita ao cruzamento das respostas médias das grávidas em cada sub-escala divididas por *trimestre de gravidez, nível de escolaridade, ocupação, agregado familiar e duração da relação com o companheiro*, apurou-se uma diferença significativa nos diferentes *níveis de escolaridade e nas diferentes ocupações* das grávidas. Deste modo, poderá afirmar-se que, as atitudes são mais negativas no grupo das grávidas que frequentam ou têm o ensino secundário principalmente no que respeita às atitudes perante o companheiro onde essa diferença é mais acentuada. O mesmo se verifica no que respeita à diferenciação pela ocupação.

Nas escalas de diferenciadores semânticos, em relação à sua própria caracterização, as grávidas deram respostas semelhantes às dadas na caracterização do bebé. Os resultados sugerem que as grávidas tendem a identificar o bebé com elas próprias e que as suas representações do bebé não diferem significativamente segundo as áreas representacionais embora se observem representações ligeiramente mais positivas na área do funcionamento pessoal. Assim, a criança não se encontra investida como pessoa diferenciada embora se inscreva no mundo representacional da mãe. Estes resultados convergem no mesmo sentido dos estudos apresentados (Ammaniti et al., 1992) em que se conclui que a representação do bebé se constrói através da projecção das características individuais da mãe.

Esta investigação permitiu-nos concluir que as representações mentais da grávida adolescente são menos positivas no que respeita aos *Sintomas Somáticos*, positivas em relação à *Imagem Corporal e ao Sexo* e muito positivas em *Relação ao Companheiro e à Gravidez e ao Bebé*. Possibilitou ainda considerar que a variável grau de instrução tem uma expressão significativa em relação às atitudes face à gravidez e, mais especificamente na avaliação da relação amorosa. Por fim, as representações da grávida não estão diferenciadas das representações do seu próprio bebé, e são mais positivas na escala do funcionamento pessoal e menos positivas na *escala dos conteúdos anais, orais e fállicos*.

I – INTRODUÇÃO

Esta investigação propõe-se abordar as representações mentais das jovens adolescentes e o seu ajustamento materno à gravidez. De uma forma mais específica, temos por objectivo analisar como é sentida a experiência corporal da gravidez, o desenvolvimento e crescimento do feto e o respectivo ajustamento destas jovens ao seu papel de mãe, quer na consciencialização das relações, quer na identificação do bebé como um ser independente. Pretende-se assim contribuir, de forma prospectiva, preventiva e terapêutica para intervenções na área da gravidez na adolescência, cujo enfoque seja o ajustamento intrapsíquico e interpessoal entre a grávida e o bebé.

A adolescência é um período em que a fertilidade é biologicamente possível e socialmente indesejável. Em nenhum outro momento do desenvolvimento biológico acontecem transformações tão radicais como na puberdade, particularmente em relação ao desenvolvimento sexual. É nesta altura também que começa a ser testada a consistência interna da estrutura familiar. Numa perspectiva psicodinâmica, uma gravidez nesta fase do desenvolvimento, obriga a um confronto nas áreas da dependência, controle e competitividade. Gunter & Labarba (1981) referem a ideia de uma “tripla crise” em que as jovens grávidas enfrentam a crise da adolescência e maturação para integrarem a vida feminina, passam pela experiência da sua primeira gravidez e lutam contra as questões sociais e ambientais, integrando responsabilidades e iniciando-se nas funções de esposa e futura mãe. Nestas jovens, a fantasia, o devaneio, a imaginação e a ilusão afundam-se muitas vezes perante a realidade pungente, em consequência da puberdade exercida (Matos, 2005). Curiosas de viver a experiência de mães, numa sexualidade ingénua, apoiada em relações amorosas fortuitas, fortemente idealizadas em que a proximidade é vivida como fusão; a

ambivalência das suas emoções face ao processo gravídico, coloca-as na urgência das decisões a tomar: alterações do projecto de vida, interrupção nos estudos, mudança de casa, qual a expressão destes acontecimentos nas suas atitudes perante a gravidez?

As adolescentes vêm à consulta acompanhadas pelas mães, sogras, amigas e companheiros; algumas radiosas, louvando a graça de ter engravidado, outras “embaraçadas” lembrando o termo espanhol que caracteriza a gravidez. Qual o bebé que trazem com elas? Os sentimentos de ambivalência face à gravidez são dificilmente elaborados e podem reactivar vulnerabilidades psicológicas de expressão somática incluindo a depressão pré-natal, ansiedade e sintomas psicossomáticos (St.André & Twomey, 1996). Ammaniti et al. (1999) sublinha a profunda permeabilidade entre o domínio somático da gravidez, com as correspondentes modificações hormonais e corporais que acusam a presença e desenvolvimento do feto, e o domínio mental. Qual a expressão destas mudanças vividas entre o corpo e a mente?

Os pais que dão a vida são eles próprios depositários de representações, de cenários mais ou menos conscientes, oriundos das suas histórias pessoais e transmissíveis de forma transgeracional (Lebovici, 1989). Nestas jovens, o legado é geralmente evidente e bem visível, este será transmitido ao mesmo tempo que a vida biológica pelas interacções, pela relação precoce mãe-bebé (Bydlowski, 1997). Algumas destas representações são conscientes, verbalizadas, outras são menos pronunciáveis e mais inconscientes, transmitidas no esquema corporal e expressivo da mãe. Deste modo, a criança e antes dela a futura mãe da criança, é portadora de dificuldades identitárias, desafios intensos que colocam maternidade e adolescência num mesmo plano. Terá a futura criança um espaço representacional na mãe diferenciado ou inserido na representação que a grávida tem de si própria?

Por outro lado, a teoria do modelo de representações está intrinsecamente ligada à teoria do estilo de vinculação. Estudos recentes sobre o modelo operacional interno da vinculação nas mulheres grávidas realçam a qualidade predictiva das representações

maternas em relação ao futuro vínculo mãe – bebé (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

Pelo exposto, partimos do pressuposto que um maior e melhor entendimento do ajustamento materno e da génese das representações nestas jovens constitui um rumo importante na detecção de factores de risco. O conhecimento da dinâmica psicológica da grávida torna-se relevante na avaliação da crise gravídico-puerperal e na ponderação das dinâmicas que poderão favorecer, como desencadear ou agravar transtornos emocionais prévios (Deutsh, 1974).

Tendo como conceito – chave a intervenção precoce na área da gravidez na adolescência, pelo sustento de uma consulta no Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta, procurámos analisar o conteúdo das representações mentais e o ajustamento materno de um grupo de 34 grávidas adolescentes. Trata-se de um estudo exploratório e transversal, para o qual tentámos identificar instrumentos que pudessem medir de forma abrangente as várias áreas envolvidas no desenvolvimento psico-afectivo da gravidez. Posto isto, procurámos operacionalizar estes conceitos tendo como variável principal a idade da grávida (15 aos 18 anos) e como variáveis secundárias: o tempo de gravidez, o grau de instrução (habilitações académicas), a ocupação, o agregado familiar e o tempo de duração da relação com o companheiro.

As teorias subjacentes a esta investigação serão expostas por revisão de literatura relevante sobre a gravidez na adolescência.

Assim, procuraremos inicialmente apresentar os aspectos externos e agidos da gravidez, à semelhança do impacto psicológico que dela advém. Um segundo momento privilegiará as mudanças sentidas no corpo e os seus reflexos na mente, e por fim abordaremos a vivência interna da gravidez e as representações que dela resultam.

1. A Puberdade Agida – Os Factores Externos da Gravidez

1.1. Aspectos Demográficos

A maternidade precoce é sem dúvida uma questão velha como o mundo, não deixando no entanto de ser um problema “moderno”, ilustrando de uma forma peculiar o fenómeno da adolescência. Novos são os desafios colocados aos profissionais da saúde, educação e serviço social na tentativa de compreensão deste fenómeno com determinações económicas e sócio-culturais.

Portugal é o segundo país europeu com maior número de gravidezes adolescentes. Em 2005, segundo o Instituto Nacional de Estatística, nasceram 5519 crianças, concebidas por mães entre os 12 e os 19 anos, apesar das políticas de educação sexual, atendimento aos adolescentes e planeamento familiar existirem na legislação portuguesa, desde 1980. O fenómeno tem actualmente maior visibilidade uma vez que é considerado um problema social, muitas vezes associado à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza (Canavarro, 2001).

Os dados recentes sobre as taxas de fecundidade na adolescência mostram que até 1990, os valores se mostravam oscilantes, no entanto, observa-se uma tendência crescente a partir de 1995, decrescendo ligeiramente a partir de 2000. Importa, no entanto, salientar que se tratam de valores considerados elevados. A partir de 1990, os valores têm mantido em geral uma estabilidade. Deste modo poder-se-á concluir que não existe uma relação directa entre a taxa de fecundidade das adolescentes e aquilo que se poderá considerar atitudes liberais em matéria de sexualidade, o acesso facilitado ao planeamento familiar, a maior utilização da contracepção e o receio de doenças sexualmente transmissíveis (Deschamps, 1993).

1.2. *O Uso ou Não-uso de Contraceptivos*

O destino feminino transformou-se ao longo deste último século por dois acontecimentos essenciais cujo aporte das ciências médicas foi essencial: a conquista da contraceção e a prevenção e seguimento obstétricos que diminuíram o número de acidentes ligados ao nascimento. O controlo da fecundidade permite pensar a maternidade como um poder de satisfazer um desejo profundo, como uma liberdade de viver a experiência privilegiada da reprodução. Se assim fosse, ficaria uma dúvida: como entender que jovens que conhecem métodos contraceptivos, tenham acesso a eles, não queiram engravidar e no entanto engravidem?

O facto de oferecer aos adolescentes dos dois sexos uma informação contraceptiva não significa que eles serão capazes de uma aplicação prática. É necessário ter atingido o estágio do raciocínio formal operacional (Piaget) para poder antecipar as consequências de um comportamento sem que este tenha de necessariamente ser experimentado. Torna-se desta forma mais difícil para jovens adolescentes, apreender a totalidade do impacto do seu comportamento sexual utilizando os meios contraceptivos de forma eficaz.

Os factores afectivos poderão ter uma parte de responsabilidade activa no não-uso de contraceptivos na medida em que a jovem pode ter sentimentos de culpabilidade em relação á sua vida sexual, associados a um desejo consciente ou inconsciente de engravidar. Só usa anticoncepcionais quem assume possuir uma vida sexualmente activa. Segundo Kane & Lachenbruch (1973), as adolescentes que assumem a gravidez revelam uma impulsividade mais pronunciada, ansiedade mais elevada e mais perturbações do carácter quando comparadas com as suas congéneres que optam pela interrupção voluntária da gravidez.

1.3. *Aspectos Socio-económicos e Ambientais*

Uma das formas de conceptualizar os factores conduzindo a uma gravidez na adolescência é a de distinguir as influências psicológicas e sócio-culturais embora estas categorias não se excluam mutuamente. A gravidez na adolescência tem sido referida por diversos autores como um importante factor de instabilidade na vida da jovem mãe que conduz à sua rejeição pelo seu anterior sistema de apoio afectivo e marginalização face à instituição escolar e à vida profissional. “A gravidez na adolescência parece contribuir para o aumento demográfico, favorecer o abandono, ser responsável por um terço dos abortos realizados no mundo, contribuir para o aumento de taxas de morbi-mortalidade materna, interromper o projecto educacional das raparigas, provocar a desestabilização emocional dos jovens e ser um factor importante na desagregação familiar” (Frizzo, 2005).

Também diversos autores portugueses têm referido estas questões; se alguns sublinham a maternidade na adolescência como factor de exclusão social, marginalidade e uma “perturbação social”, outros referem-na como consequência duma exclusão social prévia que, contribui para a reforçar e perpetuar (Lerenó, Gomes, & Faria, 1996). As forças sócio-económicas do meio-ambiente vão deste modo condicionar o comportamento sexual dos adolescentes, limitados nas suas capacidades de planeamento futuro e nos seus projectos de vida. Oriundos de famílias aprisionadas numa vida de privação, tendo pouca esperança de atingir um nível de educação mais elevado, capacidades de trabalho favoráveis, relações equilibradas e recursos económicos satisfatórios, a maior parte destes adolescentes não têm estatuto, função social na sociedade ou fontes de valorização. “Continua a ser um número importante, entre nós e sobretudo nos meios rurais suburbanos e em extratos sócio-económicos baixos, o das jovens que em plena adolescência se consideram, e são consideradas pelo seu meio envolvente como suficientemente adultas para constituir família” (Leal, 2000).

O sentimento de incapacidade é igualmente um dos factores que transmite uma vivência de insucesso para estes jovens que sentem a disfuncionalidade das suas famílias, com modelos de infância carenciados e negligenciados. O insucesso escolar está igualmente associado a uma crescente dificuldade de inserção no mercado profissional. Todas estas “falhas” e “faltas” acarretam uma dificuldade em estabelecer para si-próprio um projecto valorizante. Ter uma criança é um meio para a jovem mulher, de aceder a um estatuto social, de ser valorizada enquanto mãe e de colmatar carências mais precoces.

Deste modo, a persistência da maternidade nas adolescentes, nos países industrializados, pode ser considerada não como um problema da sociedade mas sim como um problema na sociedade, questionando o lugar dos jovens e a sua capacidade em elaborar um projecto de vida consistente. Importante será ressaltar que a gravidez na adolescência não se constitui em si enquanto síndrome e que as adolescentes não constituem um grupo homogéneo nem a nível psicológico nem a nível económico. A crise do ciclo gravídico-puerperal pode ser entendida como movimento regressivo, com fins adaptativos ao novo estado. “Esta tarefa, se realizada com a utilização adequada dos recursos egóicos, intelectuais e emocionais, e do suporte social advindo dos familiares, pais e companheiro, pode ser motivo de crescimento pessoal, criando assim um verdadeiro ciclo de regressão-progressão, típico das fases de transição” (Faisal-Cury & Tedesco, 2005).

1.4. Os Pais Grávidos

Alguns estudos evidenciaram os aspectos de imaturidade do desenvolvimento psicológico e social dos sujeitos masculinos mas também revelaram que muitos deles assumiram as suas responsabilidades. Estes estudos não foram conclusivos sobre um carácter específico em particular, contudo, salienta-se o papel das relações sexuais e da

paternidade no sentimento de masculinidade dos jovens rapazes. Na passagem da ternura infantil à sensualidade adulta, o púbere procura investir objectos com características sexuais adultas para confirmar a identidade sexual masculina e desenvolver uma auto-imagem sexuada pelo desejo que desperta no outro.

Os adolescentes podem afirmar a sua masculinidade confrontando-se com os seus pares pela força atlética, o domínio intelectual e o estado físico. Para certos indivíduos, potência sexual e fecundidade poderão estar confundidos de forma indiferenciada (Onesti, 1988). Quanto mais um rapaz tiver dúvidas em relação à sua sexualidade e mais tenderá a tentar prová-la aos outros mostrando a sua aptidão a fecundar. Alguns adolescentes poderão igualmente insistir no facto da utilização de preservativos diminuir as sensações, recusando-se a usá-los.

Cowley & Farley (2001) estudaram as atitudes de adolescentes grávidas e não grávidas face ao desejo de engravidar e concluíram que um dos principais factores envolvidos é o desejo de gravidez do companheiro/futuro pai do bebé. O desejo expresso ou percebido do companheiro é, segundo estes autores, o principal factor desencadeante de uma possível gravidez na adolescente. De salientar que na maioria dos casos, os pais grávidas são em média quatro anos mais velhos, não estando portanto circunscritos à faixa etária da adolescência.

2. Gravidez e Psicossomática – A Mente ao Serviço do Corpo

A noção de sofrimento psicossomático durante a gravidez coloca algumas dificuldades na sua terminologia pois, segundo o sistema de classificação em vigor (DSM-IV), os sintomas da esfera dos afectos ou da ansiedade são considerados “somatoformes”. Por outro lado, a literatura empírica sobre este assunto revela que os

sintomas somáticos aliados ao desconforto fazem parte da experiência normal da gravidez. Posto isto, definiremos como sofrimento psicossomático aquele que é experienciado subjectivamente ou observado objectivamente como excessivo, sem que a sua intensidade possa ser explicada por etiologia médica (St.André & Twomey, 1996). Deste modo, os acontecimentos stressantes ligados ao desenvolvimento da gravidez poderão exacerbar os sintomas normais habitualmente sentidos ao longo dos três trimestres de gestação.

2.1. Aceitar a Realidade da Gravidez – Primeiro Trimestre

Independentemente do desejo e /ou o planeamento consciente desta gravidez, o reconhecimento que a concepção ocorreu, faz com que, numa fase inicial, a jovem se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. A ambivalência é a atitude que mais caracteriza os primeiros tempos de gravidez. Ambivalência em acreditar na viabilidade da própria gravidez, ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade. Torna-se necessário reconhecer a gravidez e aceitar a sua realidade para poder lidar com as tarefas subsequentes deste período de desenvolvimento (Colman & Colman, 1994). As adaptações fisiológicas resultantes da adaptação à gravidez, envolvem globalmente o organismo materno, modificando de forma mais ou menos evidente o funcionamento de diversos aparelhos e sistemas em virtude de modificações metabólicas, bioquímicas, hormonais e anatómicas. As manifestações somáticas da gravidez têm tendencialmente uma distribuição temporal própria e no primeiro trimestre estão relacionadas com as adaptações que ocorrem ao nível dos centros talâmico e medular, do sistema gastro-intestinal, do sistema urinário e das glândulas mamárias, resultantes dos efeitos da acção hormonal da progesterona e estrogénios. Assim, o quadro de manifestações somáticas mais comuns neste trimestre, pode resumir-se do

seguinte modo: aparecimento de fadiga, cansaço fácil e sonolência, podem surgir náuseas e vômitos; aumento de secreções vaginais; aumento de peso e tensão mamária.

A sintomatologia nesta primeira fase da gravidez é sentida com grande desconforto e para algumas mulheres, o sintoma “hiperemesis gravídica”, que se caracteriza por náuseas e vômitos incoercíveis pode levar à desidratação e baixa de peso. Na grande maioria dos casos, a etiologia médica desta ocorrência permaneceu incerta pelo que tem sido frequentemente associada à parte emocional da grávida. Os factores psicossociais têm tido relevância nestes estudos que sugerem que mulheres sofrendo de “hiperemesis gravídica” têm dificuldades em identificar a sua função materna e apresentam ambivalência em relação ao feto (Chertok, 1972). Algumas investigações sugeriram igualmente a prevalência do pensamento concreto nesta população.

Do ponto de vista psicológico, o esquema cognitivo que a mãe tem do bebé é ainda indiferenciado, como tal, gravidez e bebé são vistos como uma unidade “psicologicamente a futura mãe não pode e não precisa de se relacionar com o bebé como sendo outra coisa senão uma parte de si própria” (Colman & Colman, 1994). Assim, do ponto de vista das fantasias, a mãe concebe o bebé como parte de si e a sua atenção encontra-se sobretudo centrada nas transformações do seu corpo, é através deste que progressivamente, a representação do bebé se torna mais autónoma e realista.

2.2. A Percepção do Corpo em Mudança – Segundo Trimestre

Gradualmente, a autonomia do feto começa a ser percebida, a representação do bebé torna-se mais realista pela percepção dos movimentos fetais (Jongenelen & Soares, 1999), mas também pelo confronto com os registos ecográficos. Nesta fase, que decorre desde a 13^a à 24^a semana de gestação, enquanto alguns sintomas do 1^o trimestre tais como as náuseas e os vômitos e a sonolência tendem a desaparecer, outras

manifestações podem tornar-se mais notórias, tais como: obstipação; a baixa tendencial da tensão arterial; hiperpigmentação na face, na auréola e na linea alba; aparecimento de estrias gravídicas fundamentalmente em áreas do corpo que sofrem distensão (abdómen, mamas e coxas); aumento da secreção sebácea e da sudorese são também característicos deste trimestre; ocorrência de câibras e lombalgias. Apesar da ocorrência destes sintomas, este trimestre é geralmente considerado o mais calmo, com uma vivência mais equilibrada marcado pela descoberta por parte da grávida dos movimentos fetais.

Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como entidade separada, como um indivíduo distinto de si-próprio. Conseguir ter esta representação é fundamental para a ligação materno-infantil (Mendes, 2002), a preparação para o nascimento e a separação física do parto (Rubin, 1984).

2.3. O Desejo e a Angústia do Parto – Terceiro Trimestre

No último trimestre da gravidez o grande volume uterino é o factor que mais condiciona a maioria dos sinais e sintomas. Assim ocorrem com frequência o enfartamento, a sensação de dificuldades respiratórias e o aparecimento ou agravamento de varizes. Neste período, considerado como o período de preparação para a separação, que se concretiza com o parto, são igualmente frequentes a fadiga e o desconforto físico, assim como dificuldades em adormecer e repousar. Alguns autores investigaram de forma aprofundada este período tendo concluído que “as mães apresentam níveis mais acentuados de planeamento e preparação para o parto, referem maior preocupação com o seu estado de saúde e com o estado de saúde do bebé, relatam menos sentimentos de confiança, antevêem mais a dor e mais a sua interferência na relação com o companheiro e com o bebé e antecipam menor apoio por parte do companheiro no parto e pós-parto” (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

É também uma época marcada por profundos sentimentos de ambivalência e aumento da ansiedade devido à antecipação do parto, um acontecimento desconhecido. Noutros estudos sobre esta temática, surgem evidências de que os níveis elevados de ansiedade na gravidez poderão estar relacionados com o stress parental nas primeiras semanas do pós-parto (Younger, 1991) e/ou surgimento de depressão pós-parto (Bridge et al. (1985). A vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta.

2.4. Saúde Física e Estados Emocionais

Vários autores (Papalia e Olds, 1998) têm mostrado que as adolescentes estariam mais propensas a complicações obstétricas do que mulheres adultas, bem como os seus bebés têm mais tendência à prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixias, doenças hemolíticas e infecções diversas. Admite-se a estreita vinculação entre intercorrências clínico-obstétricas e estados emocionais particulares. Entre estas, tem sido citada a doença hipertensiva específica da gravidez e diversas complicações intraparto e com o recém-nascido (Chiu & Lee, 2001).

Finalmente, inúmeros autores têm defendido a importância do desenvolvimento técnico e humanístico do obstetra, na abordagem dos conflitos emocionais da grávida. De facto, quando são fornecidos à grávida adolescente cuidados pré-natais adequados, a sua saúde não difere daquela que caracteriza a grávida adulta (Schellenbach, 1998). Estes dados permitem-nos inferir uma importante relação entre apoio social e a saúde da jovem mãe. Por outro lado, é ainda de mencionar que uma variedade de complicações durante a gravidez e o pós-parto podem estar associadas a factores específicos do comportamento adolescente. Nomeadamente os hábitos alimentares e o consumo de substâncias tóxicas. Os hábitos alimentares dos adolescentes são muitas vezes marcados

pela preocupação com a imagem corporal e por uma apetência por alimentação menos saudável que podem contribuir para uma nutrição desadequada durante os períodos de gravidez. No mesmo sentido, observa-se um maior consumo de tóxicos e outras substâncias em mães com esta faixa etária (East e Felice, 1996).

3- As Representações Mentais

3.1. O Contributo da Psicanálise e da Vinculação: Constructos Teóricos

A definição do conceito de representação mental prende-se como várias áreas disciplinares: a teoria psicanalítica define a representação como um investimento do registo mnésico do objecto que se coloca ao lado do afecto como elemento constitutivo da pulsão e fundamento da vida psíquica (Freud, 1915). Deste modo, a experiência consciente e inconsciente da relação com os próprios pais na infância terá uma influência decisiva nas relações objectais subsequentes desse mesmo indivíduo.

Posteriormente, Sandler & Rosenblatt (1962) vão sublinhar o carácter abstracto da representação como um esquema ou organização baseado numa multiplicidade de impressões subjectivas no domínio da não-experiência, acrescentando-lhe conteúdos do domínio da experiência tais como imagens e sentimentos.

Bowlby (1973) vai completar esta definição com o contributo teórico da teoria da vinculação e com a formulação do conceito de “working internal models” em que as representações de si e do outro se constituem como representações mentais dinâmicas agindo fora da consciência e que se constroem através das relações precoces com as figuras de vinculação. “Estes modelos constituem-se como importantes grelhas de leitura na interpretação e na previsão de comportamentos, influenciando os padrões de

interacção nas relações de proximidade emocional” (Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira & Magarinho, 2004). O conceito de modelo operacional ultrapassa a visão estática da imagem ou memória e estabelece-se como uma construção activa com características cognitivo-afectivas que tendem a resistir à mudança e influenciam o comportamento na vida adulta, embora estejam sensíveis a alterações resultantes da interacção com o meio.

Teoricamente, estes modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância, continuam a ser significativos quando a adolescente estabelece novas relações (Figueiredo et al, 2004). O processo reflexivo de exploração da identidade, próprio desta faixa etária, vai permitir a assimilação das novas relações às expectativas que são consistentes com o modo como o indivíduo representa as suas relações (Jongenelen et al., 2007). As interacções com os pares passam a ser concebidas neste contexto de necessidades de vinculação e de exploração e autonomia. As figuras parentais permanecem como “figuras de vinculação na reserva” (Weiss, 1982), disponíveis apenas quando necessário. Deste modo, as interacções com os pares começam a assumir novos contornos e a funcionar, como relações de vinculação. Na passagem da ternura infantil à sensualidade adulta, o adolescente procura investir objectos com características sexuais adultas para confirmar a identidade sexual, masculina ou feminina, e desenvolver uma auto-imagem sexuada pelo desejo que desperta no outro (Matos, 2005).

Uma das etapas mais avançadas nas relações com os pares é o desenvolvimento de relações românticas, em que a vontade de partilhar o afecto e a intimidade mobiliza a componente sexual com o objectivo de reforçar a vinculação. Ao nível das relações sociais, os adolescentes tenderão a aproximar-se de outros que, tais como eles, são sexualmente activos.

4. Representações Mentais da Grávida Adolescente – Da Concepção à Representação

4.1. A gravidez como teste à capacidade reprodutiva?

Para a maioria das mulheres, o aparelho reprodutor feminino e a sinalização mensal da sua existência através da ovulação, conjuntamente com os sinais exteriores do seu género – as ancas, as nádegas e os seios – são dimensões incorporadas na auto-imagem positiva (Colman & Colman, 1994). A fertilidade é consequentemente perspectivada como um corpo que funciona bem, um corpo capaz de cumprir todas as funções que lhe estão reservadas. A gravidez é desta forma um teste à funcionalidade do corpo feminino. Por outro lado, não é de negligenciar o número de mulheres para quem engravidar representa também deixar de ter controlo sobre o seu corpo. Sobretudo para as mulheres que consideram um corpo grávido como fisicamente pouco atraente, existe o medo de uma vida a desenvolver-se dentro de si, distorcendo a sua imagem física, fazendo-a engordar e produzir leite, modificando também a sua capacidade de sedução e vida sexual. Um mecanismo que, uma vez accionado, não é possível deter nem conhecer os resultados finais – “Voltarei a ter o mesmo corpo?” “Alguma vez recuperarei a forma física anterior à gravidez?”

A adolescência é um tempo de mudanças profundas tanto físicas como psicológicas; a integração das mudanças corporais avassaladoras conduz a uma nova imagem de si e a uma nova identidade através da elaboração do luto do corpo infantil e da renúncia aos objectos de amor originais (os pais) para outros objectos libidinais heterossexuados, como salienta I. Leal (2000) “...seria importante sublinhar que o real desejo de uma gravidez e mesmo de um filho, no sentido atrás descrito, de afirmação pessoal de uma sexualidade e de uma identidade ainda periclitante, facilitam, se não

mesmo promovem o comportamento de passagem ao acto e de aceitação de uma gravidez ainda que desligada de qualquer projecto de maternidade”.

4.2. Ter um filho na adolescência: necessidade ou acaso?

A gravidez nesta faixa etária, na sua maioria, não é planeada e é pré-conjugal, no entanto é habitualmente levada até ao fim dando conta de um desejo inconsciente de gravidez. E neste reside, muito provavelmente, um dos aspectos mais interessantes deste fenómeno.

No decorrer do processo de construção desta nova identidade, o adolescente atravessa períodos de procura de novas identificações e de experimentação com os objectos do mundo real e da fantasia. É justamente neste período que o adolescente sente uma grande ambivalência na relação com as figuras parentais que são rejeitadas ou, pelo contrário, idealizadas.

S.Fischer e K.R.Scharf (1980) descreveram a gravidez na adolescência como uma tentativa para preencher o vazio interior, para romper uma situação de conflitos intergeracionais de dependência, para encontrar um meio de abandonar o domicílio parental numa tentativa de recuperar a individualidade e a maturidade. Podem tentar substituir uma pessoa querida, evitar uma separação ou ultrapassar um sentimento de privação precoce através de uma identificação ao bebé. A crença numa influência exterior associada a um sentimento de fatalidade desesperada e a uma falta de conceitos morais. Antecedentes comportamentais, tais como uma tendência para o acting-out, poderão igualmente favorecer a gravidez precoce.

4.3. O desejo

Será que o desejo da criança encerra tudo o que a mulher espera profundamente e que não pode ser nomeado? Como entender esta parte de desejo íntimo e misterioso que vai dar lugar às representações mentais da criança a chegar? Este desejo seria como a tradução natural do impulso sexual com o objectivo de assegurar a perpetuação da espécie. Estas jovens desejam ser mães, iguais ou diferentes das mães que tiveram num desejo de reparar, fundando uma família igual ou distinta da sua própria.

Apesar de poder ser sentida como uma forma de presentear os pais, também significa a rejeição de uma dependência infantil. Deschamps (1993) descreve o desejo edipiano da jovem: ter um filho fantasmático do pai, ao atingir a puberdade, rivalizando desta forma com a mãe. A puberdade e o princípio da adolescência reactivam de certa forma esta problemática. Neste contexto, o aparecimento da menstruação, constitui-se como um sinal, como um ataque à integridade do corpo podendo transformar-se em angústia. A jovem poderá então procurar um alívio da angústia na passagem ao acto de uma relação sexual, por vezes única e rapidamente consumida. “Na adolescência, a identidade sexual confirma-se e reforça-se, amplia-se e modula-se, orientada no seu processo de consolidação pela fantasia sexual central: fantasia do estilo sexual e amoroso definitivo e maduro que o indivíduo quer adoptar e adopta.” (Matos, 2002). O encontro com um parceiro masculino, substituto fantasmático do pai permite a concretização da relação sexual, muitas vezes vivida inconscientemente como um acto de rivalidade contra a mãe, uma expressão de agressividade. H.Deutsh (1974) refere que o desejo consciente ou inconsciente de um bebé pode sobrepor-se a argumentos racionais, de cariz social e económico.

Para além deste desejo, existe também uma necessidade de carinho que se encontra confundida com a relação sexual. “Elas entendem por ternura aquilo que é o desejo físico do homem, e a sua própria necessidade de carinho desenvolve nelas uma

aptidão para a maternidade, em busca de todas as maravilhosas ocasiões que esse estado oferece para as satisfazer” (Deutsh, 1974). A sexualidade é utilizada nas relações interpessoais de forma a restaurar uma falha na imagem narcísica, na auto-estima, de forma a promover uma ilusão de fusão com o companheiro. Estas jovens adolescentes aceitam passivamente as exigências do parceiro para não os perderem. Este movimento inscreve-se numa luta permanente contra a depressão, a solidão e o vazio. O desejo de estar o mais próximo possível do outro leva a implicações de ordem prática como por exemplo a rejeição activa do preservativo (Pawlak, C., 1993). Deste modo, os comportamentos sexuais destas jovens organizam-se de um modo regressivo em oposição a uma sexualidade em que os dois parceiros são sentidos como diferentes e complementares.

Em relação ao desejo de engravidar, dá-se o mesmo movimento regressivo, por oposição a um bebé formado por dois indivíduos separados, nasce um bebé, projecto de uma pessoa que se sente fundamentalmente vazia e que tenta colmatar este sentimento pela presença de um bebé que a anime. A ideia de ter uma criança para nunca mais se sentir sozinha ou abandonada intervém certamente no desejo de engravidar.

Quando uma gravidez ou uma criança são usados como expressão de necessidades infantis, não preparam evidentemente a mãe para uma boa capacidade de “holding”, usando a expressão de Winnicott. O bebé terá portanto uma maior probabilidade de vir a sofrer cuidados insuficientes ao seu bom desenvolvimento.

4.4. A Identidade Materna?

Integrar na sua identidade o papel, função e significado de ser mãe implica reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças deste novo estágio, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia. Ora, as adolescentes comparativamente aos indivíduos adultos, não possuem um sentido

consolidado e integrado do self, uma vez que provavelmente estão envolvidas na experimentação de papéis sociais, como parte do processo de construção da sua própria identidade (Jongenelen & Soares, 1999). Segundo estas autoras, “a gravidez implicaria deste modo o investimento prematuro num papel parental” em que a única alternativa é a identificação da adolescente com a sua mãe, irmãs ou pares que foram e são mães adolescentes e que servem de modelo. A gestante investe a sua energia libidinal no seu próprio ego, deste modo, reafirma a sua existência e luta contra a perda de identidade.

No entanto, a ideia de que a gravidez surge como um entrave à construção da identidade não é consensual e outras perspectivas têm vindo a surgir na literatura. Raeff (1994) defende que a adolescente poderá lidar com as questões da identidade a partir da sua própria gravidez. Deste modo, a adolescente que até aí não tinha metas muito definidas para a sua vida, passa a encarar a maternidade enquanto fonte privilegiada de investimento, definição e gratificação pessoais (Jongenelen et al., 2007).

4.5. A Representação ou Não-Representação do Bebê

Antes de qualquer realização, o bebé é imaginário. É o bebé que cada mulher deseja, o bebé que vem para reparar e satisfazer lutos, sentimentos de perda ou insatisfação. O bebé do desejo é o objecto por excelência, que fica num estado de não representabilidade até ao nascimento. Quando a criança ainda não é representável para o psiquismo da mãe, a ciência tecnológica propõe imagens concretas do bebé antes do nascimento. A imagem dada aos pais é a de um perfil inanimado de olhos fechados possivelmente transponível muito embora cada família tente reconhecer nessa imagem traços específicos e característicos ligando o bebé à sua família. Estas imagens permitem à mãe ter um suporte real para as suas fantasias internas. A futura mãe vai tornar humanas as suas representações, as suas fantasias e as suas memórias. No entanto, no corpo da sua mãe, o bebé vai encontrar um espaço psíquico totalmente

diferente da sua realidade biológica. As grávidas sonham frequentemente com um bebê que não tem equivalência ao feto existente mas sim ao bebê que desejam ter. Pela dependência intrínseca que o bebê tem da mãe, durante a gravidez e os primeiros tempos de vida, surge por vezes associada à maternidade a possibilidade de viver uma relação sobre a qual é possível ter controlo, daí a possibilidade de viver uma relação simbiótica e fusional, uma relação completa em que as fronteiras são indistintas.

Esta não-representação remete igualmente para as fantasias mais ameaçadoras de malformação, inquietante estranheza daquilo que, escapando à imagem sensorial, não encontra uma imagem mental que o traduza. As gestantes sonham com um bebê mas nunca com o feto tal como na realidade existe. Enquanto o feto se está a tornar real e a ser conceptualizado como um bebê real, será necessário reavaliar e recapitular a relação passada e presente com os seus pais para que um novo equilíbrio possa ser encontrado (Figueiredo, 2003).

4.6. Transmissão Geracional

A palavra-chave dos significados mais importantes é a continuidade de uma família. Os filhos são a possibilidade de heranças diversas: genéticas, de costumes, valores e significados; de bens materiais e apelido de família. De um ponto de vista funcional, o período de gravidez permite muitas vezes aproximar a rotina diária da família nuclear à das famílias de origem. O nascimento de uma criança pode adquirir assim um significado de unificação familiar. No entanto, um bebê, perspectivado como fonte de unidade familiar e geracional não quer dizer que pragmaticamente não se possa traduzir em conflitos e competição. O nascimento de uma criança implica igualmente a situação irreversível da ligação entre duas famílias biológicas e o aparecimento de uma série de laços de parentesco, também eles irreversíveis independentemente do percurso dos pais, ainda que este inclua a separação, o divórcio ou até a morte.

Com a vinda de um bebé, sobretudo no caso do primeiro filho, cada geração dá um passo em frente: os filhos passam a ser pais, os pais passam a ser avós e os avós passam a ser bisavós. A grávida adolescente não vive sozinha a sua maternidade. Apesar de profundamente individual, trata-se de uma experiência partilhada com outras mulheres, mãe, irmãs, primas, amigas e colegas que representam inequívocas referências ao passado. “A identificação com uma imagem materna positiva é uma necessidade para uma mulher que espera uma criança” (Bydlowski, 2000). Esta imagem vai ser procurada no ambiente circundante sobretudo nos casos em que há defeito. As avós maternas, cuja vocação seria a transmissão da história, encontram-se por vezes indisponíveis por serem demasiado jovens e muito ligadas às suas próprias vidas profissionais. Muitas vezes desconcertadas perante a autonomia sexual e procreativa das suas filhas, têm dificuldade em assegurar a transmissão. Estamos perante o desejo de se identificar ou de se diferenciar da própria mãe?

As características da própria grávida enquanto filha e as suas relações com os seus pais são excelentes indicadores de como esta poderá elaborar as dinâmicas inconscientes do passado. A regressão durante a gravidez leva a uma reactivação dos conflitos edipianos e pré-edipianos no contexto da rivalidade fraterna em relação aos pais. As eternas exigências e críticas que a adolescente dirigia aos seus pais, no passado, recaem neste momento sobre ela. As exigências maternas dirigidas à sua própria mãe transformam-se durante a gravidez num ideal materno tirânico (Palacio-Espasa, 1993). Face a este ideal, a jovem mãe só pode sentir-se negligente e egoísta tal como os aspectos criticáveis da sua própria mãe.

A competência reflexiva que desenvolve para pensar as relações de vinculação no abstracto torna-se deste modo fundamental para permitir um duplo movimento: reconhecer que os pais poderão não ter sido perfeitos, tendo tido dificuldades em satisfazer as necessidades de vinculação e que tais necessidades poderão ser mais bem satisfeitas por outras relações (Jongenelen et al., 2007). Para que uma mulher se sinta

confortável com a sua identidade e papel materno, é necessário que numa primeira fase, consiga integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha. Aceitar o que considera ter sido o bom desempenho dos pais e aceitar também, como pessoas limitadas por uma história pessoal que são, as suas falhas e fracassos. A realização desta parte importante da tarefa, tem duas funções principais. Em primeiro lugar, permite que a grávida se afaste de posicionamentos extremos, habitualmente pouco adaptativos (“Vou fazer tudo o que a minha mãe fez” Vou ser a mãe perfeita que a minha mãe foi...” “Vou fazer tudo ao contrário do que a minha mãe fez”) e adopte alguns comportamentos semelhantes aos da sua mãe, pelo menos aqueles que considera adequados e outros comportamentos diferentes, em substituição aos que considera disfuncionais ou pouco adaptados à sua época e contornos de vida pessoal. Permite ainda que, futuramente, a mulher aceite e lide melhor com a gravidez. Quando anteriormente, não foram realizadas estas tarefas de reavaliação da relação com os pais e a relação actual é dominada por sentimentos de rejeição ou de aceitação idealizados, sem confrontação com experiências concretas, a gravidez surge como uma nova oportunidade para resolver ou agravar conflitos passados.

A jovem vai viver uma transição de papéis acelerada: ela é ainda receptora de cuidados ao mesmo tempo que se torna, de facto, numa figura prestadora de cuidados. Por outro lado, para muitas adolescentes, esta ocorrência significa uma dupla transição em simultâneo: a transição para a parentalidade acarreta a transição para a conjugalidade (Jongenelen et al, 2007).

4.7. Gratificar e consolidar o casal grávido?

Quais as emoções da adolescente ao saber da sua gravidez? Isolamento, desejo de partilhar com o seu parceiro, com a sua família, receio das consequências, desespero? A aceitação ou não-aceitação da maternidade pelas figuras familiares será

fundamental na decisão de manter a gravidez. Os factores mais decisivos que contribuem para que a adolescente opte pela maternidade estão ligados á mãe da adolescente e ao pai do bebé (Canavarro & Pereira, 2001). O companheiro é por vezes o único interlocutor convocado, muitas vezes pouco adequado porque muito preocupado, ele próprio, com a antecipação do seu próprio papel paterno.

A grande maioria das crianças continua a nascer no contexto de relações íntimas entre um homem e uma mulher, a maioria das quais apresenta uma estabilidade temporal que nos permite falar em relacionamento conjugal/marital. Nesse contexto, o nascimento de um bebé pode, assim, assumir o significado de materialização e projecção de um encontro, de uma relação íntima. Assim, uma gravidez pode ser a concretização de um grande amor e entendimento, uma oportunidade de encontrar o amor incondicional possibilitando a autonomização e o distanciamento da família de origem. Muitas das adolescentes que planeiam e desejam casar e engravidar idealizam os papéis de esposa e mãe. “O nascimento de um filho pode, assim, assumir o significado de materialização e projecção de um encontro, de uma relação íntima” (Canavarro, 2001). Nestas situações, a rapariga e o rapaz servem-se mutuamente um do outro para satisfazer uma necessidade. Estes jovens isolam-se do grupo de amigos, vivendo a relação com grande intensidade, resolvendo as suas necessidades de vinculação afectiva infantil por uma relação heterossexual pseudomadura. O dever de filiação permanece imperioso e é por vezes imposto pelo companheiro, mais velho e ansioso por dar continuidade ao projecto familiar. A saliência da dimensão romântica na vida do adolescente é indiscutível sendo que, em fases mais avançadas da idade, a relação de intimidade, partilha e mutualidade situa-se entre a necessidade de diferenciação e a necessidade de ligação emocional ao outro. Com o estágio de gravidez, o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação. O companheiro, normalmente percebido apenas como companheiro romântico, passa a ser também investido da identidade de “pai do meu filho”, aquele com quem a mulher

vai partilhar grandes responsabilidades – cuidar e educar uma criança. A chegada de novos papéis e funções implica a sua integração num todo pré-existente, com a consequente reestruturação. Nesse sentido, o relacionamento conjugal vai ser desafiado.

O casal tem que reajustar a sua relação, no plano afectivo, nas rotinas diárias e no relacionamento sexual. Mais uma vez, as formas concretas de o fazer são inúmeras mas, de forma geral podemos dizer que é necessário flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental. Esta aliança deve permitir a partilha e articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspectos importantes da vida e sobretudo permitir o suporte emocional. Isto é a existência de um acordo em ser sensível às necessidades do outro, em comunicar o que é necessário, em partilhar experiências, em ajudar o outro a lidar com os acontecimentos desconhecidos (Colman & Colman, 1994). Neste caso, é igualmente importante perceber se o desejo de maternidade se inscreve no casal ou se pertence apenas a um dos parceiros. Se tal acontecer, o bebé pode assumir um valor instrumental nas dinâmicas conjugais com uma função definida.

No caso da aliança conjugal ser fraca, ou, sobretudo das relações conjugais serem conflituosas, a capacidade de perceber um filho como indivíduo autónomo, com características próprias, que necessita simultaneamente de protecção e autonomia, é uma tarefa desenvolvimental da maternidade com exigência acrescida (Canavarro, 2001).

Por outro lado, a percepção do investimento emocional e de tempo que a gravidez e sobretudo a maternidade implicam, pode ser perspectivado como um roubo à relação conjugal/marital estabelecida. O receio de não conseguir encontrar equilíbrios satisfatórios, com o nascimento de um bebé, pode reactivar uma representação de perda – perda de uma determinada organização familiar ou da sua exclusividade.

5. As Representações Mentais Durante a Gravidez: Operacionalização dos Conceitos

Algumas das representações mais comuns que a gravidez pode assumir não são definitivas, dependem de vários factores, muitos deles em constante mudança. Por outro lado, cada mulher não possui apenas uma representação de gravidez e maternidade, as representações são sempre múltiplas e dinâmicas (Canavarro, 2001).

Durante a gravidez, a representação do self da jovem vai confundir-se com a sua representação de jovem mãe, possibilitando a individuação da representação do bebé num plano intrapsíquico (Ammaniti et al., 1992). Após o terceiro mês de gravidez, o bebé existe no aparelho psíquico da mãe, tendo uma existência simultaneamente dentro da barriga e fora dela, alternando entre o processo de inclusão e expulsão. Lebovici (1983) introduz as noções de bebé imaginário “aquele que permanece nas fantasias conscientes e realistas da mãe e pode ser partilhado com o parceiro” e de bebé fantasmático “aquele cujas raízes estão nas fantasias inconscientes infantis e está relacionado com as relações objectais e dinâmicas de representações parentais da própria mãe”. O bebé imaginário é o bebé do desejo de gravidez, da interacção entre a mãe e o feto e o fiel depositário dos valores transmitidos pela família de geração em geração.

No decorrer da gravidez, e sobretudo depois dos primeiros movimentos fetais, a relação poderá tornar-se mais concreta e real com o bebé, criando um prelúdio para a construção de uma imagem diferenciada de um indivíduo com características, necessidades e ritmos próprios.

As representações mentais na gravidez têm vindo a ser estudadas por diversos autores. Lumley (1982) entrevistou um grupo de mulheres primíparas sobre as suas impressões e concluiu que nos primeiros três meses, estas mulheres estavam demasiado

focadas no corpo e nas suas emoções tendo dificuldade em imaginar o bebê. Nos primeiros três meses, apenas 30% das mulheres tinham uma representação do bebê, no entanto, no segundo trimestre da gravidez, 63% considerava o bebê como uma pessoa.

Zeanah et al. (1987) estudaram também as percepções maternas da personalidade atribuída ao bebê durante a gravidez e nos primeiros meses de vida utilizando um questionário (ITQ- Infant Temperament Questionary). Os seus resultados apontam para uma estabilidade das percepções relativas ao bebê durante a gravidez assim como uma correlação de carácter predictivo entre a forma como percebiam o bebê antes e depois do nascimento.

5.1. Representações Mentais e Vinculação

Mais recentemente Fonagy et al (1991) estudaram as representações mentais das mulheres durante a gravidez, dando especial importância á capacidade de prever (graças ás características dessas representações) a qualidade sucessiva da relação entre a mãe e a criança. Estes estudos determinaram uma continuidade entre o estilo maternal que se desenvolve ao longo da gravidez e o “maternage” (tipo de cuidados prestados) após o nascimento do bebê, evidenciando a influência das fantasias, representações e convicções das grávidas na relação precoce mãe-bebê.

Os estudos clínicos da psicanalista Raphael-Leff (1997) introduzem a existência de duas orientações maternas extremas: a mãe facilitadora (facilitator) que considera a maternidade como uma experiência conclusiva da sua identidade feminina. Sente-se enriquecida pela experiência que vive, abandonando-se a um estado de fusão com o feto revivendo a fantasia da união com a mãe da sua infância. O bebê passa a um estatuto de companheiro imaginário, a mãe dialoga com ele, atribuindo-lhe um sexo, um nome e características pessoais. A mãe reguladora (regulator) que considera a gravidez como uma passagem obrigatória para ter um bebê. Sente-se incomodada pelas transformações

corporais e resiste á desorganização reforçando as racionalizações e as defesas psíquicas. Frequentemente manifesta angústias somáticas e receio do parto. As representações de gravidez combinadas traduzem-se na existência de vários perfis de mulheres face à maternidade: mulheres para quem ser mãe faz parte do seu projecto de vida, mulheres para quem ser mãe é um dos aspectos mais importantes do seu projecto de vida; mulheres que têm medo de ser mães; mulheres que não desejam ser mães e mulheres para quem ser mãe é o único aspecto importante do seu projecto de vida.

5.2. O Modelo da Coerência na Narrativa

No domínio das representações maternas, poder-se-á dizer que as mais estudadas foram as representações maternas que a mãe tem da sua própria mãe enquanto ela era ainda uma criança. A AAI -Adult Attachment Interview (Main, Kaplan and Cassidy, 1985) é um dos instrumentos que descreve a natureza dessa representação e permite a associação dos vários tipos de representação aos padrões da vinculação. Uma das premissas mais interessantes desses estudos é que, o que vai permitir prever o padrão de vinculação futuro entre a mãe e o seu bebé não é a experiência de vinculação da mãe (porque essa não se conhece) mas sim a narrativa que ela desenvolve sobre a sua própria mãe enquanto mãe (Stern, 1991). Deste modo, padrões inseguros da vinculação com o bebé poderão ser mais previsíveis em narrativas maternas incoerentes. Assim a métrica não está na verdade da narrativa ou na confirmação dos dados da narrativa mas sim na coerência, na compreensibilidade, na continuidade e na consistência das narrativas.

Ammaniti e al. (1999) realizaram um estudo sobre as representações mentais da mulher sobre sua a identidade feminina e materna baseando-se no pressuposto que “as representações estão organizadas numa narrativa específica que pode fornecer indícios sensíveis sobre a forma como a mulher enfrenta a experiência da gravidez”. A primeira

gravidez é sem dúvida um momento de reestruturação da imagem de si enquanto mulher e futura mãe, estas representações apresentam-se sob a forma de estilos maternos particulares que se tornarão operacionais na alimentação e cuidados perinatais através das modalidades interactivas específicas. Deste modo as representações mentais na gravidez constituem-se como um método de prevenção da futura qualidade da relação mãe-bebé.

Fava Viziello, G. et al. (1993) realizaram um estudo em que tentaram objectivar o tipo de representações maternas através das narrativas, com uma análise de conteúdo incidindo sobre quatro temas específicos: o desejo, a defesa, o medo ou a desorganização. Os seus resultados indicam que existe uma variabilidade das representações em função do tempo de gravidez. Sendo que no 7º mês de gravidez, as narrativas se organizam mais à volta do medo e no 5º dia após o parto, não há nenhuma organização predominante nas representações maternas.

As possíveis implicações destes estudos são muito interessantes pois sublinham o valor das representações maternas enquanto património afectivo de base. Este terá certamente um papel central nas estratégias de comportamento da futura mãe, influenciando o padrão de vinculação. Estes resultados sugerem que os pais e nomeadamente a mãe, desenvolvam um modelo operacional de antecipação do seu bebé durante a gravidez em que o nascimento do bebé se constitui numa revisão e não numa transformação total do modelo operacional construído antes do nascimento. Para realizar a tarefa parental de modo adequado, a mãe adolescente deve estar cognitiva e emocionalmente preparada para lidar com as exigências e responsabilidades da maternidade, o que por sua vez está dependente das próprias características da criança e dos tipos de apoio físico e emocional proporcionados pela rede de apoio social (Jongenelen et al., 2007).

A organização interna da relação é mais estável tanto quanto os comportamentos manifestos, conteúdos mentais coerentes, bem organizados e facilmente acessíveis

poderão facilitar a adaptação á nova realidade do bebé. Deste modo, poderemos equacionar o valor da organização da vinculação da grávida adolescente na futura relação mãe-filho. Nesta linha de investigação, Jongedelen (2004) acompanhou uma amostra de 40 mães adolescentes provenientes de meios desfavorecidos. Os resultados apurados, tendo em conta a avaliação com a AAI, revelaram que 57,5% das grávidas possuía uma vinculação insegura e 42,5% apresentava uma vinculação segura. A variável mais interveniente nestes resultados foi avaliada pelo autor como sendo a dimensão do apoio emocional (Jongenelen, 2004).

Também Pacheco, Costa e Figueiredo (2003) realizaram um estudo com uma amostra de 20 mães adolescentes com vista a avaliarem os efeitos da qualidade das organizações de vinculação das jovens mães, tanto ao nível da emergência de sintomatologia depressiva como na qualidade da relação com os outros em geral. As autoras encontraram associações significativas entre a qualidade das organizações de vinculação, no sentido de uma vantagem significativa para as adolescentes avaliadas com uma vinculação segura.

5.3. Categorias das Representações

Amaniti e al (1992) propõe um sistema de classificações de representações maternas (em três categorias) baseado numa revisão de literatura sobre o assunto que inclui entre outros, o estudo de Fonagy (1991) que utiliza os estilos de vinculação propostos por Mary Main, adaptados a esta fase específica do ciclo de vida. Outros autores tais como Slade, Belsky, Aber e Phelps (1999) investigaram os estilos de representações maternas relacionando-os com os estilos de vinculação, partindo do pressuposto que a capacidade da mãe em ser coerente, positiva e flexível ao lidar com os aspectos mais negativos do seu bebé estaria ligada à representação da sua vinculação com os seus próprios pais. Deste modo, o acesso flexível e integrado a representações da infância estaria

relacionado com a capacidade actual da mãe a integrar vários sentimentos contraditórios que possam surgir na relação precoce com o bebé. Em síntese, a qualidade das representações maternas irá influenciar o comportamento da parentalidade.

Representações maternas integradas e equilibradas

Mulheres que descrevem a sua gravidez como uma conclusão e integração da sua identidade feminina, transmitindo um sentimento estável e definido da sua identidade. A consciência do valor da experiência vivida traduz-se numa narrativa colorida e rica em expressão. A noção de diferenciação está presente no valor do reconhecimento da criança enquanto indivíduo autónomo.

Representações estreitas e desinvestidas

Mulheres que enfrentam a gravidez como uma etapa necessária á vida sem que no entanto esta as condicione. O controle sobre si é mantido utilizando mecanismos de racionalização. A qualidade da narrativa é pobre, sem referências á sua própria experiência psicológica ou ás transformações corporais. A sensação é de uma narrativa superficial e banal sem dimensão ou profundidade. Não há correspondência entre a memória semântica e a memória episódica. A sua imagem de mãe cuidadora refugia-se no registo operativo da mãe que ensina competências ao seu filho.

Representações não integradas e ambivalentes

Mulheres cuja narrativa está repleta de contradições e incoerências, com frases complicadas por vezes incompletas. Dificuldades na focalização de um determinado assunto dão conta de um quadro confuso embora rico no plano perceptivo. A abertura á mudança é difícil pelas ligações ao passado que bloqueiam e restringem o pensamento. Desta forma, a grávida apoia-se de forma infantil na sua mãe ou pelo contrário rejeita-a, assumindo uma autonomia que mascara a oposição. Salienta-se a existência de emoções contrastadas entre a alegria/exaltação e a raiva/depressão.

6. Teorias Explicativas: O Contributo da Psicopatologia

A gravidez na adolescência não é considerada, à priori, uma condição psicopatológica. Trata-se no entanto, no nosso contexto cultural, de um fenómeno marginal, por vezes banalizado e considerado “acidente de percurso”, dando conta de um acontecimento major forçosamente integrado na vida destas jovens. Se considerarmos, os três grupos psicopatológicos que nos levam ao estabelecimento de um diagnóstico psicodinâmico da personalidade, organização neurótica, border-line e psicótica, é sem dúvida, o grupo dos adolescentes de funcionamento border-line, o grupo que apresenta maior risco de ocorrências. Na adolescência, como nas patologias-limite, o actuar e o agir ocupam, às vezes, o primeiro plano na vivência relacional e no processo terapêutico. Mas ser adolescente é estar num processo de desenvolvimento psicológico único e fundamental e ser borderline é estar fixado a um processo psicopatológico regressivo, logo diametralmente oposto à adolescência (Matos, 2005).

As características psicológicas observáveis na prática clínica com gestantes são a introversão e passividade, onde os conteúdos internos prevalecem sobre os externos; a ambivalência afectiva representada pelas frequentes oposições do tipo querer / não querer, poder / não poder; o aumento de sensibilidade, observado nas oscilações do humor, com manifestações cíclicas de tristeza e alegria, paciência e irritabilidade (Faisal-Cury & Tedesco, 2005). Pelo condicionamento físico que a gravidez acarreta, dão-se alterações na vida da mãe, quer seja no sono, no relacionamento interpessoal, no humor, na ocupação... Por vezes, este desafio tem tonalidades positivas para algumas mulheres mas por vezes, é sentido como uma obrigação no servir, sendo vivenciada a angústia da responsabilidade face a um ser totalmente dependente de si.

A gravidez na adolescência encontra-se associada a dificuldades de relacionamento com os pares e isolamento social. Lourenço (1998) refere que estas

adolescentes se afastam das suas amigas, relatam não ter conversas íntimas e não sentem empatia e compreensão por parte destas. A inserção no grupo de pares torna-se deste modo lacunar e leva a um investimento na família onde existe possibilidade de maior partilha das experiências vividas. A falha na rede de suporte afectivo, as emoções relacionadas com o stress ocasionado pelas alterações corporais e angústia do parto poderão dar lugar a sintomas psicossomáticos. As variáveis emocionais e psicopatológicas dependerão essencialmente:

- Da estrutura de base da grávida: rigidez ou flexibilidade em adaptar-se aos vários aspectos da maternidade. A função do “si reflexivo” descrita por Fonagy (1992) torna-se fundamental como observador interno da vida mental sabendo aquilo que sente, como reage, com opiniões sobre si e também sobre o outro.
- Do apoio social envolvente. O apoio pré e pós-natal resulta em menor psicopatologia da mãe, atitudes e comportamentos maternos mais positivos e melhor ajustamento pós-parto (Canavarro, 2001).

O acting é uma forma particular de externalização, que utiliza a motricidade ou equivalente e que se distancia da resolução do conflito psíquico. O objectivo é manter o conflito fora da consciência, opondo-se ao pensamento e dificultando o insight. Na perspectiva psicossomática, o comportamento agido (acting-out) é uma forma de expelir afectos e exteriorizar a dor psíquica sem elaboração. Quando se dá uma ruptura na cadeia de significados interpessoais, os sintomas psicossomáticos emergem como uma expressão do não-dito. A este respeito, poderemos citar Marty (1963) que descreveu a pobreza e desvitalização da qualidade de vida fantasmática observada nalguns dos seus pacientes psicossomáticos, introduzindo o conceito do pensamento operatório. A dificuldade de aceder à representação de experiências vividas tem por principal consequência o recurso às condutas externas. Aparentemente sem interior, tudo parece

passar-se no exterior, com os objectos reais e com o receio enorme de que o objecto desapareça por não estar interiorizado.

Ladame (1985) afirma que “quando os limites do espaço psíquico (enquanto espaço representativo do dentro e do fora) não podem exercer a sua função, então transborda-se, ora para o soma, ora para a passagem ao acto”. Ainda segundo este autor, trata-se de uma dificuldade no processo de transformação que permite a passagem do somático à actividade psíquica, diferenciando uma percepção de uma representação. A penúria das representações leva a graves consequências terapêuticas pela ausência de mecanismos de associação.

A capacidade de representar e pôr em imagens supõe uma distância em relação ao objecto que não acontece na patologia-limite em que o jovem passa da puberdade à vida adulta e neste sentido, coloca-se aquém da adolescência (Matos, 2005). A sua própria sexualidade é uma sexualidade agida, sem suporte psíquico e reveladora de uma consequente imaturidade. As adolescentes com funcionamento border-line têm dificuldade em sentir as modificações do seu próprio corpo, vivendo-o como se este fosse um corpo estranho, imposto pelo exterior.

A impulsividade observada, a ausência de previsibilidade dos actos e consequentemente da actividade sexual, não permite qualquer tipo de prevenção e exclui, por definição, a utilização de meios contraceptivos. Estudos americanos sobre a não utilização de meios contraceptivos (Pawlak, 1993), associam tais comportamentos a um determinado número de factores individuais significativos tais como a impulsividade, a baixa auto-estima, dificuldades em anteciper o futuro, sentimentos de desamparo, frequentes mudanças nas relações amorosas assim como imprevisibilidade das relações. Por outro lado, há estudos que relatam que o acesso à informação relativa à prevenção da gravidez não é suficiente para prevenir comportamentos de risco. Um dos factores com maior peso neste padrão comportamental aparentemente irracional

reside na crença de si mesmo como imune ao risco: “Só acontece aos outros” (Trad, 1993).

Embora estando presentes na maior parte dos adolescentes, estes elementos encontram-se mais frequentemente inseridos nas características da perturbação da personalidade border-line ou funcionamento limite.

A instabilidade de humor, as relações interpessoais e a auto-imagem acompanham-se frequentemente de uma perturbação da conduta, ligada a comportamentos impulsivos e disruptivos, potencialmente destrutivos tanto na área da sexualidade como na toxicomania, delinquência... Estes jovens queixam-se de sentimentos permanentes de vazio e fastio, passam facilmente de um estado de grande irritabilidade à depressão e ansiedade e esforçam-se para evitar situações de rejeição reais ou imaginárias.

II – MÉTODO

O presente estudo tem por objectivo analisar como é sentida a experiência corporal da gravidez (Sintomas Somáticos), o desenvolvimento e crescimento do feto (Gravidez e bebé) e o respectivo ajustamento destas jovens ao seu papel de mãe, quer na consciencialização das relações (Relação com o Companheiro), quer na identificação do bebé como um ser independente (Representações Mentais). Perspectiva-se que a ambivalência característica da gravidez nesta faixa etária, obtenha visibilidade nestes resultados. De acordo com os dados da literatura revista, os factores sócio-demográficos poderão igualmente obter representabilidade nestes resultados pelo que se estabeleceram as seguintes hipóteses para estudo: uma variável principal que é a idade da grávida (15 aos 18 anos) e cinco variáveis secundárias: o tempo de gravidez, o grau de instrução (habilitações académicas), a ocupação, o agregado familiar e o tempo de duração da relação com o companheiro.

A idade

A variável idade foi registada em função da consulta de adolescentes que recebe jovens dos 12 aos 18 anos. Contudo, na nossa amostra só temos jovens a partir dos 15 anos.

Tempo de gravidez

A idade gestacional foi quantificada em semanas de gestação sendo considerado 1º trimestre de gravidez (0-12 semanas), 2º trimestre (13-24 semanas) e 3º trimestre (25-40 semanas).

Grau de instrução

O grau de instrução foi classificado tendo em conta o grau de escolaridade atingido: do 1º ciclo ao ensino secundário. O nível de escolaridade das grávidas varia entre o primeiro ciclo do ensino básico e o ensino secundário. Esta variável foi codificada em níveis de 1 a 4, sendo o nível 1 correspondente ao 1º ciclo e o nível 4 ao ensino secundário.

A ocupação

A variável ocupação foi codificada com 3 níveis: o nível 0 corresponde às grávidas que não têm qualquer ocupação, o nível 1 corresponde às estudantes e o nível 2 às que trabalham.

O agregado familiar

Quanto à variável relativa às pessoas que vivem com a grávida, consideraram-se 3 situações diferentes: as grávidas que vivem com os pais (1), as que vivem com o seu companheiro e com outros familiares (2) e as que vivem com familiares que não os pais (3).

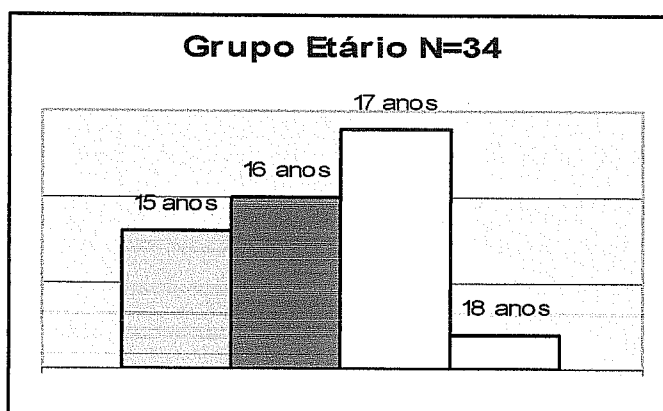
A duração da relação com o companheiro

Finalmente, a variável que corresponde à duração da relação entre a grávida e o companheiro, houve apenas interesse em saber se esta tem uma duração superior a um ano.

1. Participantes e Design

O desenho da investigação foi descritivo e transversal (Ribeiro, 1999), com o objectivo de explorar as representações mentais maternas em grávidas adolescentes com idades compreendidas entre 14 e 18 anos. Face aos objectivos desta investigação, os critérios de inclusão foram: ser adolescente, entre os 14 e 18 anos de idade, estar grávida de pelo menos 12 semanas, ser primípara e não ter qualquer outro risco associado à gravidez para além da idade. Foram excluídas da amostra as grávidas cujo nível de conhecimento da língua portuguesa impossibilitava o auto-preenchimento dos questionários.

Figura 1 – Grupo Etário



O presente trabalho é constituído por uma amostra de 34 adolescentes grávidas entre 12^a e 40^a semana de gestação. Das grávidas analisadas 2 estão no 1^o trimestre de gravidez, 17 no 2^o e 15 no 3^o. Relativamente ao grupo etário, verificamos que a maior percentagem das grávidas se situa na faixa etária dos 17 anos (ver Tab.1).

Tabela 1: Caracterização da Amostra

Questão	Moda	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
Nível de Escolaridade	3	1	4	2,00	3,00	3,00
Ocupação	0	0	2	0,00	0,00	1,00
Pessoas com quem vive	1	1	3	1,00	1,00	2,25
Relação com o Companheiro	1	0	1	0,00	1,00	1,00

Além das respostas aos questionários recolheram-se dados sobre o nível de escolaridade das grávidas, a sua ocupação, as pessoas com quem vivem e a duração da relação com o companheiro que se encontram resumidos na tabela 1. Como se pode observar a maioria das grávidas tem, ou frequenta, o 3º ciclo do ensino básico, não tem qualquer ocupação, vive com os pais e tem uma relação de pelo menos 1 ano com o companheiro.

No que respeita à situação ocupacional, estes números reflectem-se na taxa de abandono escolar que é muito elevada neste grupo, (63%) das grávidas inquiridas encontram-se em situação de desemprego e sem frequência de nenhum estabelecimento escolar nos últimos 6 meses. (20%) das jovens trabalham de forma indiferenciada como empregadas de balcão, lojas ou limpezas e (17%) estudam no ensino regular ou sócio-profissional.

Face à composição do agregado familiar das grávidas adolescentes, observamos que (50%) das jovens pertencem a agregados familiares de mais de cinco elementos sendo que as famílias são frequentemente reconstruídas. Na nossa amostra, não existe nenhuma grávida a viver sozinha com o companheiro, sendo que as duas grávidas que vivem num agregado de dois elementos vivem sozinhas com a mãe e o pai respectivamente. De facto, a maioria dos estudos refere que, grande parte da vida relacional da grávida continua a ocorrer no seio da família de origem (Canavarro, 2000).

2. Instrumentos

- - Entrevista semi-dirigida (anexo 1), utilizada na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, na Consulta de Psicologia para Grávidas Adolescentes, desde Janeiro de 2005.
- - MAMA (Maternal Adjustment and Maternal Atitudes Inventory) (Anexo 2)
- - Escalas de Diferenciadores Semânticos do IRMAG (Entrevista para as Representações Mentais durante a Gravidez) (Anexo 3) (Ammaniti e al., 1999)

2.1. Entrevista Semi-Dirigida

A “Ficha de Rastreio Psicológico para Grávidas” aplicada na Consulta de Psicologia da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, é composta de 52 perguntas abertas, administradas sob a forma de uma entrevista. Foca-se na recolha de dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, nomeadamente: idade, etnia, escolaridade, estatuto profissional, estado civil, estrutura familiar, hábitos de consumo, estado de saúde física e psicológica dos pais e antecedentes pessoais dos pais. Aborda ainda dados relativos à família da grávida tais como número de irmãos, idade dos pais, estado civil dos pais, situação profissional dos pais e antecedentes pessoais dos pais. Abrange também aspectos da sexualidade (idade da menarca e da coitada, conhecimento e uso de métodos contraceptivos) e das condições em que decorre a actual gravidez da adolescente (por exemplo: tipo de gestação, planeamento da gravidez e do parto, reacção à gravidez). Da entrevista aplicada, constam igualmente questões clínicas relativas à percepção e representação que a jovem tem da sua própria gravidez; nomeadamente, se pensa estar preparada para ser mãe, se pensa que a família está preparada para receber o bebé, se sente que esta gravidez trará modificações na sua família, na sua relação conjugal, como pensa que será tomar conta do bebé, como imagina o bebé, se alguma vez sonhou com o bebé... Destas perguntas, optámos por seleccionar aquelas cujo conteúdo nos pareceu mais relevante para o estudo empírico desenvolvido, operacionalizadas através da análise de conteúdo.

Pensa estar preparada para ser mãe?
Que modificações pensa/espera que este bebé vai trazer na sua vida?
Como pensa que vai ser para si tomar conta do bebé?
Como imagina o seu bebé?
Como pensa que este bebé irá alterar a sua relação conjugal?

2.2. MAMA

O questionário MAMA (Maternal Adjustment and Maternal Attitudes) foi construído por Kumar, Robson e Smith (1984) e destina-se a avaliar as atitudes e o ajustamento materno durante a gravidez podendo assim contribuir para a detecção de situações em que se verifique desajustamento ou atitudes maternas menos favoráveis. Desde a altura da sua publicação, o MAMA tem sido utilizado em diversos contextos, tanto na sua versão pré, como na sua versão pós-natal. O questionário mostra poder diferenciar os processos psicológicos envolvidos.

Os autores do MAMA verificaram igualmente que os valores obtidos na versão ante-natal do questionário permitem prever o ajustamento materno após o parto, sendo as grávidas que fornecem respostas menos positivas, nas sub-escalas relativas à relação conjugal e às atitudes com a gravidez e o bebé, as que apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva após o parto (Kumar e Robson, 1984).

Mães com atitudes mais positivas para com a gravidez e o bebé, tal como podem ser avaliadas através do MAMA, exibem geralmente maior vinculação e proximidade com o filho, nomeadamente em estudos realizados no nosso país (Mendes, 2002).

Noutro estudo realizado em Portugal em que são comparados dois grupos de mães adultas com idades superiores e inferiores a 35 anos (Pereira, Ramalho, e Dias, 2002), os autores concluem que as mães mais novas mostram atitudes mais negativas na sub-escala referente à relação conjugal do que as mais velhas. Neste mesmo âmbito, Figueiredo e colaboradores (1998) verificaram que, em relação às mães adultas, as mães adolescentes exibem no MAMA atitudes menos positivas para com a gravidez, o bebé, o sexo e uma pior relação conjugal.

Este questionário foi traduzido e aferido para a população portuguesa em 2004 (Figueiredo, B., Mendonça, M, & Sousa, R, 2004). É constituído por 60 itens divididos em 5 sub-escalas com 12 itens cada. Estas 5 sub-escalas são imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e para com o bebé. As respostas a cada item são dadas numa escala de tipo *Likert* com 4 níveis (1- nunca/de forma alguma; 2 – raramente/um pouco; 3 – muito/às vezes; 4 – muitíssimo/muitas vezes).

- *Imagem corporal*: esta dimensão centra-se na percepção por parte da grávida das modificações corporais adaptadas à gravidez. As manifestações características desta dimensão são a auto-apreciação / auto-depreciação, conforto/desconforto da grávida com a sua imagem corporal.
- *Sintomas somáticos*: esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático da grávida, isto é, centra-se nas manifestações somáticas do foro respiratório, gastro-intestinal e cardiovascular mais comuns, com clara medição autonómica.
- *Relação amorosa*: esta dimensão centra-se nos sentimentos de cumplicidade, inter-ajuda expressos pela grávida relativos ao seu relacionamento amoroso durante a gravidez.
- *Atitudes face ao sexo*: os itens que compõem esta dimensão centram-se nas manifestações de agrado/desagrado da grávida perante a actividade sexual durante a gravidez.
- *Atitudes face à gravidez e ao bebé*: esta dimensão é definida no contexto dos sentimentos da grávida, particularmente à gravidez e ao bebé por nascer. Os itens desta dimensão centram-se na auto-apreciação e conforto face à gravidez e no auto-conceito do cuidar do bebé.

Segundo orientação dos autores, no scoring dos itens deve ser feita uma inversão das pontuações para evitar “respostas viciadas”. Assim, para cada “sub-escala” atendeu-se à rotação dos itens aconselhada pelos autores, assim, há 30 perguntas no total de 60 que necessitam de inversão. Nessas, o 1 e o 2 situam-se no lado desejável enquanto que o 3 e o 4 se situam no lado indesejável das respostas.

Neste estudo aplicou-se versão portuguesa deste questionário a um conjunto de 34 grávidas adolescentes com vista a analisar os resultados obtidos para este subgrupo e compará-los com outros estudos já existentes.

2.3. IRMAG – Escalas de Diferenciadores Semânticos

As cinco escalas de adjectivos foram originalmente elaboradas por um grupo internacional de investigação, liderado por Daniel Stern com o objectivo de avaliar as representações maternas em mulheres grávidas, resultando então na Entrevista R de Stern (1989). Estas foram construídas segundo o modelo de diferencial semântico adaptado de Osgood & Suci (1952) e constituem um modelo muito usado na investigação, apresentado sob a forma gráfica de escalas constituídas por um par de adjectivos de significado oposto, permitindo medir através de processos de qualificação, a significação afectiva atribuída aos conceitos subjacentes. Pajulo e colegas (2001), com o objectivo de explorar as diferenças de representações pré-natais entre grávidas de baixo e elevado risco psico-social na Finlândia, utilizaram os diferenciadores semânticos do IRMAG – Entrevista para as Representações Mentais durante a Gravidez. O grupo de risco foi definido através de quatro questionários de selecção que incluíam dependência química, depressão, dificuldades no ambiente social e falta de suporte social. As pontuações em todas as escalas (características pessoais do bebé, mãe e pai do bebé, características maternas da mãe e da avó materna) foram significativamente mais negativas no grupo de alto risco. Mais especificamente, as pontuações relacionadas com o pai do bebé e a própria mãe foram mais negativas em todas as áreas representacionais. As correlações das representações de si como mãe e avó materna como mãe foram mais negativas quando comparadas com o grupo de baixo risco. Por outro lado, as características da mãe e do bebé encontraram-se fortemente relacionadas, em oposição às características da mãe e do pai em ambos os grupos.

Em 2004, a mesma equipa decidiu avaliar os conteúdos representacionais no período pós-natal e a sua influência na capacidade interactiva da mãe com o seu

bebé. Uma representação mais negativa do bebé foi associada a dificuldades relacionais da díade mãe-bebé e sintomatologia depressiva aos seis meses. Uma visão negativa da avó materna, foi igualmente associada a problemas interrelacionais (Pajulo, 2004).

As três primeiras listas referem-se às características individuais do bebé, mulher e seu companheiro/pai do bebé. Têm a mesma estatura, são constituídos pelos mesmos 17 pares de adjectivos, de modo a se poder fazer uma comparação directa entre as representações referentes à mãe, pai e bebé. Deste modo, é possível por exemplo, com as características atribuídas ao bebé que vai nascer, avaliar se em termos representacionais, ele é mais próximo da figura materna ou paterna. Os 17 adjectivos podem ser divididos em 4 áreas representacionais: *funcionamento pessoal* (passivo/activo, tímido/dinâmico, difícil/fácil, não inteligente/inteligente, desorganizado/organizado, frágil/forte), *estilo interpessoal* (colaborante/não colaborante, reservado/sociável, dependente/independente), *tendências emocionais* (excitado/calmo, triste/alegre, desprendido/afectuoso, medroso/confiante, vivo/mole) e *conteúdos de impulsos orais, anais e fálicos* (preguiçoso/sôfrego, trapalhão/asseado, submisso/decidido).

As duas outras listas estão relacionadas com características maternas de si e da própria mãe e são também constituídas por 17 pares de adjectivos iguais e comparáveis entre si, uma vez que são diferentes das três listas precedentes. Nestas duas últimas, os adjectivos referem-se ao domínio afectivo (por exemplo afectuoso/pouco afectuoso), funcionamento pessoal (por exemplo seguro, inseguro), ao papel maternal (satisfeita/insatisfeita no papel de mãe) e ao domínio da sensibilidade materna (disponível/ocupada por outros). É assim possível revelar se a mãe se aproxima do modelo maternal vivenciado ou se se afasta dele, começando por construir por contraste um “estilo parental”.

Deste conjunto muito extenso de informação, optámos por escolher as duas primeiras escalas deste instrumento por estas analisarem as características da mãe e do bebé.

E1 Características Individuais do bebé

Nesta escala é solicitado à mãe que, em função das fantasias relativas ao seu futuro bebé, o descreva com base em dezassete pares de características ou traços opostos (passivo/activo). Por cada traço ela indica, fazendo uma cruz numa linha de 10 cm, o ponto que mais se aproxima da sua descrição.

E2 Características Individuais de Si Mesma

Nesta, a mãe avalia as suas próprias características como pessoa tendo por referência os adjectivos da escala anterior.

Cotação da Escala

A Escala de diferenciador semântico é convertida numa escala de Likert de 7 pontos, sendo que a pontuação mais elevada corresponde à representação mais positiva para aquele item. Os pares de adjectivos com significados opostos são colocados em lados opostos da folha do questionário e pretende-se que as grávidas assinalem um ponto entre os dois adjectivos que traduza o equilíbrio entre os dois significados para a caracterização do bebé e delas mesmas. Embora seja esta a forma de cotação apresentada por Ammaniti, adaptámos e reduzimos esta escala a três itens apenas por não termos respostas intercalares. Com efeito, muito embora, tenha sido cuidadosamente explicado às grávidas que poderiam colocar uma cruz onde quisessem, a grande maioria das respostas cingiu-se às extremidades e ao centro. Esta evidência

estará hipoteticamente relacionada com a idade das gestantes e a sua natural propensão para as respostas de “tudo ou nada”.

Os pares de adjectivos são divididos em quatro áreas representacionais, tendo por base uma análise factorial (Ammaniti et al., 1999). De seguida, apresentamos os adjectivos de cada área e a variância dos somatórios das cotações de cada área e a variância dos somatórios das cotações de cada área – cotação dos totais dos pares de adjectivos.

Características Individuais

<p>Funcionamento Pessoal (Pontuação: mínimo 6 máximo 18)</p>	<p>Passivo / Activo Tímido / Dinâmico Difícil / Fácil Não Inteligente / Inteligente Desorganizado / Organizado Frágil / Forte</p>
<p>Estilo Interpessoal (Pontuação: mínimo 3 máximo 9)</p>	<p>Colaborante/Não colaborante Reservado / Sociável Dependente / Independente</p>
<p>Tendências Emocionais (Pontuação: mínimo 5 máximo 15)</p>	<p>Excitado / Calmo Triste / Alegre Desprendido / Afectivo Medroso / Confiante Vivo / Mole</p>
<p>Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos (Pontuação: mínimo 3 máximo 9)</p>	<p>Preguiçoso / Sôfrego Trapalhão / Asseado Submisso / Decidido</p>

Exemplo:

Não Colaborante __1__ 2__ 3__ Colaborante

As duas listas permitem fazer uma descrição da representação materna através da avaliação do significado que a mulher atribui a ela própria e ao bebé. As modalidades de reacção afectiva são expressas num processo de qualificação, através da significação atribuída a alguns conceitos. Desta forma, são evidenciados os conteúdos das representações, não as suas características formais. O conteúdo e estrutura das representações mentais, podem espelhar o sucesso ou insucesso na adaptação às tarefas desenvolvimentais na gravidez e maternidade (Stern, 1995).

3. Procedimento

Por se tratar de uma investigação sobre um tema que remete para o domínio afectivo, optou-se nesta investigação, exclusivamente pela aplicação de questionários anónimos auto-administrados. Após a apresentação do nosso projecto de investigação respectivamente à Chefe da Unidade de Pedopsiquiatria, à Chefe do Serviço de Pediatria e ao Chefe do Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta, em Almada, e as consequentes autorizações para o seu desenvolvimento pela Comissão de Ética do mesmo Hospital, iniciámos o processo de recolha de dados.

A amostra foi recolhida no âmbito da Consulta de Psicologia de apoio ao Serviço de Obstetrícia, em funcionamento no Hospital Garcia de Orta desde 2005. Todas as grávidas adolescentes são orientadas para esta Consulta pelo Serviço de Enfermagem assim que iniciam o seu acompanhamento no HGO. Muitas delas aparecem no primeiro trimestre da gravidez, tendo pelo menos três consultas terapêuticas durante a gravidez. Trata-se de uma Consulta de triagem cuja finalidade é a de despiste de eventual psicopatologia, sintomas depressivos ou vulnerabilidade psíquica.

Às grávidas incluídas no estudo, foi administrado um conjunto de auto-questionários de acordo com a seguinte sequência:

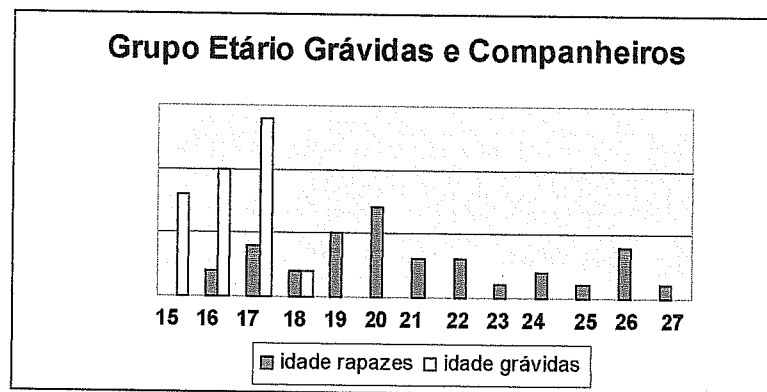
- Pedido de colaboração voluntária: no fim da consulta, foi solicitado às utentes que participassem num estudo académico e explicada a finalidade do mesmo.
- Pedido de consentimento escrito.
- Auto-preenchimento dos questionários com instruções padronizadas.

III – RESULTADOS

Entrevista Semi-dirigida

Em relação aos dados obtidos através desta entrevista semi-dirigida, apraz-nos apresentar os dados sócio-demográficos dos companheiros, pais das crianças.

Fig.2. Grupo Etário – Grávidas e Companheiros

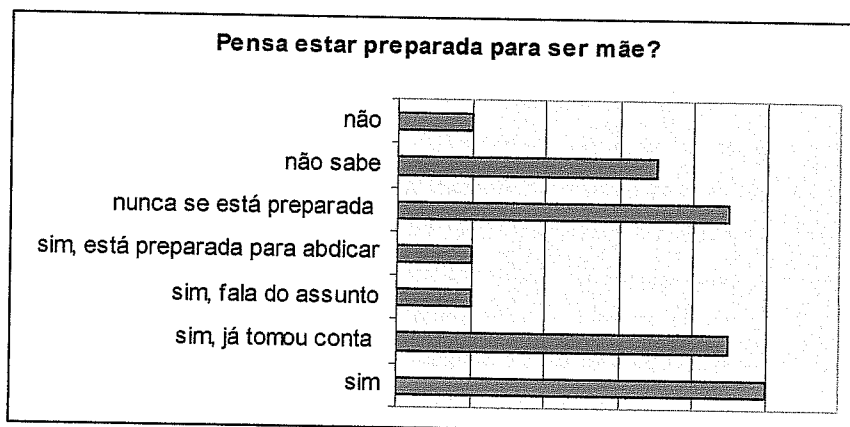


As suas idades são em média muito superiores às das jovens grávidas conforme podemos observar na (fig.2). Na sua grande maioria, estes rapazes são adultos e encontram-se a trabalhar em áreas como a construção civil ou hotelaria. A situação profissional é igualmente indiferenciada.

Em relação ao tempo de namoro com o companheiro antes de engravidar, a maioria das grávidas (62%) refere um tempo de namoro superior a um ano, o que indica uma relação com o companheiro relativamente estável.

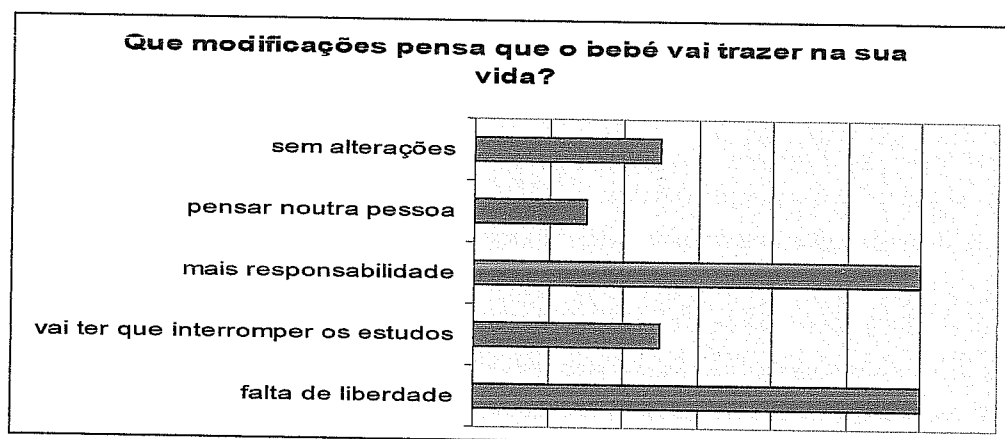
Em relação aos dados obtidos nas questões clínicas, apresentamos de seguida as tabelas com os respectivos resultados.

Fig.3. Pensa estar preparada para ser mãe?



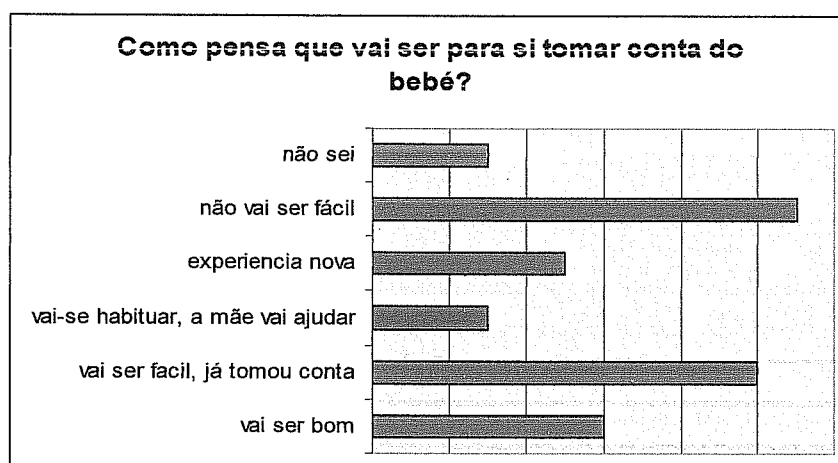
Conforme se observa na figura 3, as respostas à pergunta “Pensa estar preparada para ser mãe?” encontram-se igualmente repartidas, sendo que a resposta “sim” sem outra especificação atinge valores quase idênticos (24%) à resposta “sim, porque já tomei conta de crianças” (21%). De salientar que (26%) das grávidas afirmam não estarem preparadas para a maternidade e (17%) não sabem se o estão.

Fig.4. Que modificações pensa que o bebé vai trazer na sua vida?



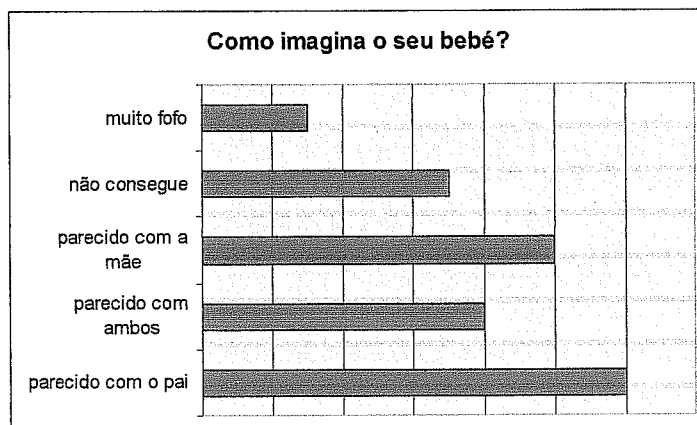
Em relação à pergunta “Que modificações pensa que o bebé vai trazer na sua vida?” as respostas com mais frequência (64%) são ligadas à ideia de maior responsabilidade face ao projecto de vida (32%) e às limitações em relação à liberdade de saídas (32%). Algumas jovens referem igualmente a interrupção no percurso escolar (13%) como principal contrariedade. A resposta “sem alterações” representa (13%) dos resultados, tendo mais visibilidade do que as respostas “pensar noutra pessoa” (8%).

Fig.5 Como pensa que vai ser para si tomar conta do bebé?



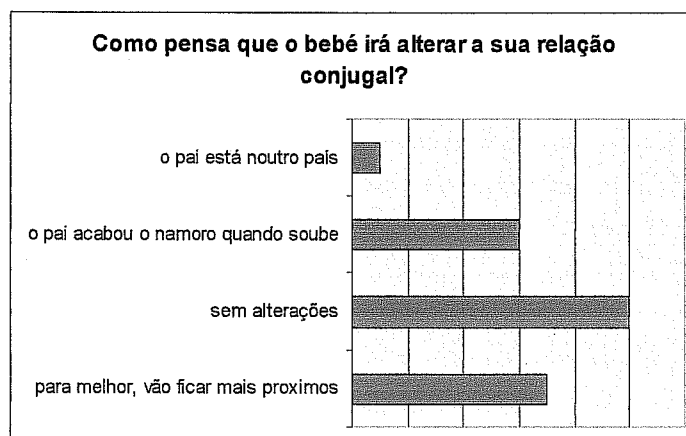
Em relação à pergunta “Como pensa que vai ser para si tomar conta do bebé?” a resposta que obtém maior visibilidade é aquela que refere a dificuldade em relação à maternidade (29%). A ideia mais idealizada de que vai ser fácil por ter tido experiência prévia perfaz (26%) das respostas. A resposta “não sei” obtém (8%) dos resultados enquanto que a resposta “vai ser bom” expressando um sentimento representa (16%) das respostas.

Fig.6. Como imagina o seu bebé?



No que respeita à pergunta “Como imagina o seu bebé?”, a resposta que obtém maior visibilidade é “parecido com o pai” (30%). A aparência física com a mãe é igualmente abordada por (25%) das jovens grávidas, enquanto que (20%) imaginam que o bebé poderá ser parecido com ambos os pais. De salientar que a quase totalidade das grávidas imagina características físicas e apenas (8%) abordam características mistas, possivelmente referentes a características físicas e temperamentais do próprio bebé “muito fofo”. Por fim, (17%) das jovens inquiridas não consegue imaginar o bebé.

Fig.7 Como pensa que o bebé irá alterar a sua relação?



Em relação à pergunta “Como pensa que o bebé irá alterar a sua relação conjugal”, a resposta que obtém maior pontuação é “sem alterações” (38%) logo seguida da resposta “para melhor, vão sentir-se mais próximos” (33%). Três (8%) das jovens inquiridas referiu que o pai da criança foi para outro país trabalhar em busca de melhores condições económicas e (19%) relata que a principal alteração foi a ruptura do namoro após saberem da gravidez.

Análise das Respostas ao MAMA

Desta amostra obtiveram-se 32 questionários completos e 2 com 58 e 55 respostas dadas. Das grávidas analisadas 2 estão no 1º trimestre de gravidez, 17 no 2º e 15 no 3º. Para o tratamento estatístico realizado no âmbito desta investigação recorreu-se ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 15) com o objectivo de efectuar uma análise descritiva das variáveis apresentadas e uma análise inferencial que permita retirar conclusões relativamente à população. De forma a verificar o modo como os itens se associam, e quais os factores emergentes na amostra em estudo, realizou-se uma rotação varimax. Para comparação das médias scores das dimensões com os grupos experimentais definidos pelas variáveis sócio demográficas, utilizou-se o t de Student e a Anova depois de validados os pressupostos. O Alfa utilizado foi 0,05.

Análise Descritiva

Os quadros 1, 2, 3, 4 e 5 resumem as principais medidas descritivas que caracterizam as respostas obtidas divididas pelas 5 sub-escalas anteriormente identificadas. Alguns itens no questionário MAMA apresentam-se com a escala invertida. As respostas a estes itens foram recodificadas de forma a facilitar a interpretação dos resultados. Assim, de um modo geral pode afirmar-se que respostas com valores baixos correspondem a atitudes positivas enquanto que os valores mais elevados correspondem a atitudes negativas.

Além disso foi acrescentado o valor 0 à escala atribuído às questões que não foram respondidas por opção da grávida devido ao seu conteúdo

Tabela 2: Análise Descritiva da Sub-escala *Imagem Corporal*

Questão	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2	34	2,74	3	1,082	0	4	2,00	3,00	3,00
12	34	2,44	2	0,746	0	4	2,00	2,00	3,00
18	34	1,44	1	0,705	1	3	1,00	1,00	2,00
19	34	2,50	3	1,285	0	4	2,00	3,00	3,25
21	34	2,79	3	0,880	0	4	3,00	3,00	3,00
31	34	2,18	1(a)	1,029	1	4	1,00	2,00	3,00
44	34	2,59	3	0,957	0	4	2,00	3,00	3,00
47	34	2,71	2	0,760	2	4	2,00	3,00	3,00
49	33	1,85	1	0,939	1	4	1,00	2,00	3,00
53	34	2,21	3	0,880	1	3	1,00	2,50	3,00
55	34	2,65	3	1,203	0	4	2,00	3,00	3,25
57	34	2,18	1	1,167	1	4	1,00	2,00	3,00

(a) Existem múltiplas modas, apresenta-se a menor

No que respeita às respostas relativas à sub-escala *Imagem Corporal* (Tab. 2) podemos afirmar que, em geral, as respostas dadas são positivas. Ou seja, todos os valores médios obtidos são inferiores a 3 sendo esta tendência acompanhada pelos valores obtidos para a moda. Os resultados obtidos apresentam um desvio padrão baixo o que indica uma pequena dispersão dos dados. Com base nestes resultados preliminares, parece que as grávidas inquiridas têm uma imagem positiva do próprio corpo.

Nenhum dos resultados atinge uma média abaixo de 2 pontos com exceção da pergunta 18: “Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?” (média: 1,44 e 1º quartil: 3) o que significa que (75%) das grávidas respondeu *raramente* ou *nunca*. De salientar as respostas à pergunta 19: “Agradou-lhe a forma do seu corpo?” (média: 2,50) sendo que (50%) das grávidas respondeu *muito* ou *muitíssimo*.

Tabela 3: Análise Descritiva da Sub-escala *Sintomas Somáticos*

Questão	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
1	33	2,61	3	0,998	1	4	2,00	3,00	3,00
4	34	2,24	2	0,781	1	4	2,00	2,00	3,00
6	34	2,79	4	1,122	1	4	2,00	3,00	4,00
9	34	2,06	1	0,952	1	4	1,00	2,00	3,00
17	34	2,47	3	0,896	1	4	2,00	3,00	3,00
27	33	1,82	1	0,950	1	4	1,00	2,00	2,50
32	34	2,88	3	1,225	0	4	3,00	3,00	4,00
33	34	1,68	1	0,945	1	4	1,00	1,00	2,00
35	34	3,06	3	1,013	0	4	3,00	3,00	4,00
38	34	2,68	4	1,199	1	4	1,75	3,00	4,00
41	34	2,94	4	1,127	1	4	2,00	3,00	4,00
59	34	2,65	2	0,734	2	4	2,00	2,50	3,00

Dos resultados obtidos no MAMA, a sub-escala *Sintomas Somáticos* (Tab.3) é aquela que obtém atitudes menos positivas. De facto, todas as respostas apresentam valores médios inferiores a 3 com excepção da questão 35: “Sentiu-se bem desperta durante o dia?” (Média: 3,06 e 1º quartil 3), o que significa que (75%) das grávidas responderam *nunca* ou *raramente*. A outra pergunta que vai no mesmo sentido do cansaço físico (32): “Sentiu-se cheia de energia” (média 2,88 e 1º quartil 3) também obtém os mesmos resultados. Os sintomas com maior visibilidade correspondem de facto ao cansaço físico e logo depois as manifestações da esfera oral (41) “Sentiu náuseas ou enjoos?” (Média: 2,94 e moda 4) o que significa que a maior parte das grávidas responderam *muitíssimo*.

Tabela 4: Análise Descritiva da Sub-escala *Atitudes para com o Companheiro*

Questão	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
3	34	2,24	1	1,103	1	4	1,00	2,00	3,00
8	34	1,09	1	0,379	1	3	1,00	1,00	1,00
15	33	2,36	2	1,025	0	4	2,00	2,00	3,00
26	33	1,88	2	1,293	0	4	0,00	2,00	3,00
34	34	1,59	1	0,821	1	4	1,00	1,00	2,00
36	33	1,73	1	1,039	1	4	1,00	1,00	2,50
37	34	2,15	2	1,077	0	4	2,00	2,00	3,00
43	33	1,91	1	1,100	1	4	1,00	2,00	2,50
48	34	2,03	2	1,029	0	4	2,00	2,00	3,00
50	34	2,12	2	0,977	0	4	2,00	2,00	3,00
52	34	1,97	2	0,904	0	4	2,00	2,00	2,00
56	34	2,71	4	1,142	1	4	2,00	3,00	4,00

Na tabela 4 analisam-se as *atitudes para com o companheiro*. Os resultados obtidos vão de encontro às observações feitas relativamente aos quadros anteriores notando-se que em média os valores obtidos são ligeiramente mais baixos do que os obtidos nas restantes sub-escalas o que poderá significar que há uma atitude mais positiva relativamente ao companheiro do que aos restantes aspectos. Esta suposição será tratada mais à frente na análise inferencial. Com efeito, na pergunta (34) “Sentiu que o companheiro lhe prestou pouca atenção?” (média:1,59), (75%) das grávidas responde *nunca*. Dentro da mesma linha de análise, temos também a pergunta (36) “O companheiro pareceu ignorar aquilo que estava a sentir?” (média: 1,73) em que (75%) das grávidas responde igualmente *nunca*.

As perguntas que poderiam remeter para situações conflictuosas com o companheiro: (8) “Alguma vez as tensões entre si e o companheiro quase atingiram a agressão física?” (média:1,09) e (43) “Sentiu que o seu companheiro saía demasiadas

vezes sem si?” (média: 1,91) obtiveram valores baixos podendo significar atitudes muito positivas.

Tabela 5: Análise Descritiva da Sub-escala *Atitudes Perante o Sexo*

Questão	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
5	34	2,38	2	1,155	0	4	2,00	2,00	3,00
11	34	2,32	2	1,065	0	4	2,00	2,00	3,00
13	34	2,59	3	1,076	0	4	2,00	3,00	3,00
20	34	0,94	0	1,347	0	4	0,00	0,00	2,00
23	34	1,56	0	1,637	0	4	0,00	1,00	3,00
25	34	3,50	4	0,896	1	4	3,00	4,00	4,00
30	34	2,79	3	0,978	1	4	2,00	3,00	4,00
39	33	1,45	1	0,666	1	3	1,00	1,00	2,00
42	32	1,69	1	0,780	1	3	1,00	1,50	2,00
45	34	2,59	3	1,373	0	4	2,00	3,00	4,00
46	34	1,56	0	1,673	0	4	0,00	1,00	3,00
58	34	2,24	2(a)	1,232	0	4	2,00	2,00	3,00

(a) Existem múltiplas modas, apresenta-se a menor

No que respeita aos resultados obtidos para a sub-escala *atitudes perante o sexo* (tab.5) não se revelam discrepâncias relativamente às tendências que têm vindo a ser delineadas. De salientar médias particularmente altas nos resultados obtidos na pergunta 30 “ Perguntou a si própria se as relações sexuais poderiam magoar o bebé?” (média: 2,79 e moda 3) o que significa que a maior parte das grávidas respondeu *muito*. A pergunta com maior visibilidade nesta sub-escala é relativa à capacidade da jovem em abordar os assuntos da sexualidade, pergunta 20 “Sentiu-se envergonhada no que refere ao relacionamento sexual?” (média: 0,94 e moda 0), o que significa que a maior parte das grávidas responde *nunca*.

De salientar as perguntas (39) Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na sua relação sexual?” (média: 1,45) e (42) “Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?” (média 1,69 e moda 1) revelando que a maior parte das inquiridas responde *nunca*.

Tabela 6: Análise Descritiva da Sub-escala *Atitudes para com a Gravidez e o Bebê*

Questão	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
7	34	2,82	4	1,193	1	4	1,75	3,00	4,00
10	34	3,24	4	0,890	1	4	3,00	3,00	4,00
14	34	2,09	1	1,026	1	4	1,00	2,00	3,00
16	34	1,47	1	0,706	1	3	1,00	1,00	2,00
22	34	2,21	2(a)	1,321	0	4	2,00	2,00	3,00
24	34	2,24	2	0,554	2	4	2,00	2,00	2,00
28	34	1,91	0	1,730	0	4	0,00	2,00	4,00
29	34	1,85	1	1,019	1	4	1,00	1,00	3,00
40	34	2,29	2	0,676	0	4	2,00	2,00	3,00
51	34	3,82	4	0,459	2	4	4,00	4,00	4,00
54	34	2,44	2	1,078	1	4	1,75	2,00	3,00
60	34	2,24	2	0,496	2	4	2,00	2,00	2,00

(a) Existem múltiplas modas, apresenta-se a menor

Finalmente, nos resultados obtidos na sub-escala *atitudes para com a gravidez e o bebê* surgem indícios de muita preocupação por parte das futuras mães em relação ao bebê e à maternidade. Veja-se em particular (51) “Tem perguntado a si própria se o bebê é saudável e normal?” (média 3,82 e moda 4) o que significa que a maior parte das inquiridas respondeu *muíto*. Da mesma forma, a pergunta (10) “A ideia de poder ferir ou magoar o bebê preocupou-a?” (média: 3,24 moda 4) o que significa que a maior parte das grávidas respondeu *muíto*. As perguntas relativas à maternidade tais como a pergunta (7) “A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?” (média 2,82) revelam igualmente preocupação em relação à capacidade futura da maternidade.

As perguntas sobre o desejo de gravidez: (16) “lamentou estar grávida?” (média 1,47) e (29) “Estar grávida tem sido desagradável para si?” (média 1,85) obtêm resultados reveladores de atitudes muito positivas, excluindo ambivalência.

Com o objectivo de tentar perceber se as atitudes variam com a evolução da gravidez analisaram-se as respostas dadas em cada sub-escala, subdividas pelos 3 trimestres.

Tabela 7: Análise Descritiva Dividida por Trimestres

Sub-escala	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Imagem Corporal	2	2,63	0,648	17	2,34	0,503	15	2,34	0,328
Sintomas Somáticos	2	2,46	0,295	17	2,45	0,571	15	2,54	0,340
Atitudes para com o Companheiro	2	2,08	0,236	17	2,04	0,539	15	1,90	0,436
Atitudes Perante o Sexo	2	2,42	0,354	17	2,09	0,675	15	2,16	0,531
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	2	2,33	0,236	17	2,32	0,404	15	2,46	0,304

Os resultados obtidos encontram-se na tabela 7. Como se pode observar não parecem haver diferenças significativas entre os 3 grupos considerados, no entanto, dever-se-á ter em conta a diferença entre o número de respostas em cada grupo antes de tirar mais conclusões.

Tabela 8: Análise Descritiva Dividida por Nível de Escolaridade

Sub-escala	1º Ciclo			2º Ciclo			3º Ciclo			Secundário		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Imagem Corporal	1	2,08	-	11	2,37	0,57	16	2,27	0,37	6	2,62	0,21
Sintomas Somáticos	1	2,00	-	11	2,47	0,51	16	2,53	0,42	6	2,51	0,53
Atitudes para com o Companheiro	1	1,67	-	11	1,93	0,46	16	1,84	0,45	6	2,48	0,31
Atitudes Perante o Sexo	1	2,08	-	11	2,07	0,73	16	1,97	0,45	6	2,72	0,36
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	1	1,67	-	11	2,45	0,40	16	2,34	0,32	6	2,50	0,24

A divisão das respostas pelo nível de escolaridade (tabela 8) não revela diferenças significativas entre os diferentes níveis embora se verifique que, em geral, as grávidas com um nível escolar secundário apresentam atitudes mais negativas em cada uma das sub-escalas. Esta possível tendência irá ser analisada com mais detalhe na secção “Análise Inferencial”. É mais uma vez nas sub-escalas *Atitudes para o Companheiro* e *Atitudes para com a Gravidez e o Bebê* que se verificam maiores diferenças de médias, sendo que as atitudes nestes dois grupos são menos positivas quanto maior for o grau de instrução

Tabela 9: Análise Descritiva Dividida por Ocupação

Sub-escala	N	Nenhuma		Estudante			Trabalhadora		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Imagem Corporal	21	2,38	0,47	8	2,45	0,35	5	2,12	0,32
Sintomas Somáticos	21	2,43	0,51	8	2,59	0,30	5	2,60	0,50
Atitudes para com o Companheiro	21	1,90	0,47	8	2,29	0,51	5	1,82	0,26
Atitudes Perante o Sexo	21	2,12	0,62	8	2,25	0,67	5	2,02	0,35
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	21	2,41	0,37	8	2,42	0,38	5	2,23	0,26

No que respeita à análise dividida em termos de ocupação, nota-se um ligeiro aumento das atitudes negativas no grupo das grávidas estudantes, principalmente no que está relacionado com a atitude perante o companheiro. Esta possível tendência será discutida mais à frente. Esta tendência confirma os dados obtidos na tabela anterior, pois é no grupo das grávidas estudantes que as atitudes são menos positivas.

Tabela 10: Análise Descritiva Dividida por Agregado Familiar

Sub-escala	N	Pais		Companheiro e Outros Familiares			Outros Familiares		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Imagem Corporal	22	2,30	0,48	4	2,54	0,20	8	2,42	0,38
Sintomas Somáticos	22	2,40	0,52	4	2,48	0,22	8	2,75	0,27
Atitudes para com o Companheiro	22	1,90	0,50	4	2,06	0,43	8	2,16	0,42
Atitudes Perante o Sexo	22	2,07	0,67	4	2,42	0,56	8	2,18	0,36
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	22	2,36	0,38	4	2,29	0,38	8	2,49	0,29

Relativamente à divisão por agregado familiar não parece haver grande distinção entre os grupos, com excepção das respostas na sub-escala referente às atitudes para com o companheiro que se revelam mais positivas no grupo das grávidas que vive com os pais.

Tabela11: Análise Descritiva Dividida pela Duração da Relação com o Companheiro

Sub-escala	Menos de 1 Ano			Mais de 1 Ano		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Imagem Corporal	13	2,35	0,40	21	2,36	0,46
Sintomas Somáticos	13	2,38	0,57	21	2,56	0,37
Atitudes para com o Companheiro	13	1,90	0,58	21	2,03	0,41
Atitudes Perante o Sexo	13	2,00	0,78	21	2,22	0,45
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	13	2,31	0,38	21	2,43	0,33

Finalmente, a divisão segundo a duração da relação com o companheiro não revela nenhuma separação relativamente às atitudes das grávidas. O facto de estarmos em presença de uma relação relativamente estável com o companheiro não tem expressão no tipo de atitudes destas grávidas.

Análise Inferencial

Para a análise inferencial, aplicaram-se inicialmente testes de normalidade.

Tabela 12: Resultados da Aplicação do Teste de Ajustamento de Kolmogorov-Smirnov

	Imagem Corporal	Sintomas Somáticos	Atitudes para com o Companheiro	Atitudes Perante o Sexo	Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê
N	34	34	34	34	34
Média	2,36	2,49	1,98	2,14	2,38
Desvio Padrão	0,431	0,460	0,478	0,592	0,353
Z	0,540	0,657	0,482	0,813	0,746
<i>p-value</i>	0,933	0,781	0,974	0,523	0,634

A aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov aos resultados obtidos mostrou que a hipótese de normalidade não é rejeitada para os níveis de significância usuais. Os resultados obtidos podem consultar-se na tabela 12.

Posto isto, a comparação entre os diferentes grupos pode ser feita por meio de uma análise de variância com um factor

Tabela 13: Quadro ANOVA

	Soma de Quadrados	gl	Quadrados Médios	F	<i>p-value</i>
Factor	5,814	4	1,454	6,602	,000
Residual	36,327	165	0,220		
Total	42,142	169			

O resultado desta análise revelou diferenças entre os diferentes grupos (tab.13) o que indica que as atitudes das grávidas não são homogêneas dentro de cada grupo. Posto isto, há interesse em identificar entre que grupo é que essa diferença surge. Para tal aplicou-se o teste de Tukey cujos resultados se apresentam na tabela 14.

Tabela 14: Resultados da Aplicação do Teste de Tukey

I	J	Diferença de Médias (I-J)	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Imagem Corporal	Sintomas Somáticos	-0,13302	0,11380	0,769
	Atitudes Para com o Companheiro	,37772	0,11380	0,010
	Atitudes Perante o Sexo	0,21921	0,11380	0,308
	Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	-0,02718	0,11380	0,999
Sintomas Somáticos	Imagem Corporal	0,13302	0,11380	0,769
	Atitudes Para com o Companheiro	,51074	0,11380	0,000
	Atitudes Perante o Sexo	,35223	0,11380	0,019
	Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	0,10584	0,11380	0,885
Atitudes Para com o Companheiro	Imagem Corporal	-,37772	0,11380	0,010
	Sintomas Somáticos	-,51074	0,11380	0,000
	Atitudes Perante o Sexo	-0,15851	0,11380	0,633
	Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	-,40490	0,11380	0,004
Atitudes Perante o Sexo	Imagem Corporal	-0,21921	0,11380	0,308
	Sintomas Somáticos	-,35223	0,11380	0,019
	Atitudes Para com o Companheiro	0,15851	0,11380	0,633
	Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	-0,24639	0,11380	0,198
Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê	Imagem Corporal	0,02718	0,11380	0,999
	Sintomas Somáticos	-0,10584	0,11380	0,885
	Atitudes Para com o Companheiro	,40490	0,11380	0,004
	Atitudes Perante o Sexo	0,24639	0,11380	0,198

Analisando os resultados contidos na tabela 14, podem tirar-se as seguintes conclusões, para níveis de significância superiores ou iguais a 5%.

- As atitudes das grávidas no que diz respeito à imagem corporal e aos sintomas somáticos são mais negativas do que no que respeita às atitudes perante o seu companheiro;
- As atitudes perante o sexo são mais positivas do que as atitudes perante os sintomas somáticos;
- As atitudes face à gravidez e ao bebé são mais positivas do que as atitudes perante o companheiro.
- As atitudes mais positivas apresentadas pelas grávidas referem-se à gravidez e ao bebé, seguindo-se as atitudes face ao companheiro. As atitudes mais negativas apresentam-se nas escalas Imagem Corporal e Sintomas Somáticos não sendo possível ordenar estas duas categorias dada a diferença pouco significativa entre elas.

Quanto à análise das atitudes nos diferentes subgrupos considerados, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos dada a baixa dimensão de alguns dos grupos. Assim, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para a comparação das respostas médias das grávidas em cada sub-escala divididas por trimestre de gravidez, nível de escolaridade, ocupação, pessoas com quem vive a grávida e duração da relação com o companheiro. Os resultados apresentam-se resumidos.

Tabela 15: Resumo dos Resultados da Aplicação do Teste de Kruskal-Wallis

	Trimestre de Gravidez	Nível de Escolaridade	Ocupação	Pessoas com Quem Vive	Duração da Relação
<i>p-value</i> do teste de Kruskal-Wallis	0,798	0,000	0,044	0,097	0.101

Como se pode observar, há, ao nível de significância de 5%, uma diferença significativa entre as respostas dadas nos diferentes níveis de escolaridade e nas diferentes ocupações das grávidas.

Comparando estes resultados com os dados da análise descritiva poderá afirmar-se que, regra geral, as atitudes são ligeiramente mais negativas no grupo das grávidas que frequentam ou têm o ensino secundário principalmente no que respeita às atitudes perante o companheiro onde essa diferença é mais acentuada.

Relativamente à diferenciação pela ocupação, regra geral, as atitudes revelam-se mais negativas nas estudantes, principalmente no que se refere às atitudes perante o companheiro.

Análise das respostas ao questionário 2

Neste estudo o questionário foi aplicado a um conjunto de 31 grávidas adolescentes. Das grávidas analisadas 2 estão no 1º trimestre de gravidez, 17 no 2º e 15 no 3º. As respostas dadas pelas grávidas em estudo permitiram a criação de uma escala de Likert com apenas 3 níveis. Estes três níveis foram codificados da seguinte forma: 1- primeiro adjectivo, 2- intermédio, 3- segundo adjectivo (por exemplo: 1- preguiçoso, 2- intermédio, 3- sôfrego).

A análise estatística realizada dividiu-se em 2 etapas: uma primeira análise descritiva que permite conhecer melhor os dados em mão e uma análise inferencial que permite retirar conclusões relativamente à população.

Análise Descritiva

As tabelas 16 e 17 resumem as principais medidas descritivas que caracterizam as respostas obtidas divididas pelas 4 áreas representacionais.

Tabela 16: Análise Descritiva da Escala *Características Individuais do Bebê*

Área	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
Funcionamento Pessoal	2,17	3	0,831	1	3	1,00	2,00	3,00
Estilo Interpessoal	1,91	1	0,905	1	3	1,00	2,00	3,00
Tendências Emocionais	1,92	1	0,890	1	3	1,00	2,00	3,00
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fállicos	1,51	1	0,670	1	3	1,00	1,00	2,00

No que respeita às características individuais do bebé, verifica-se que a área do funcionamento pessoal é a que apresenta valores mais elevados o que significa que as grávidas atribuem características mais positivas ao bebé neste campo. Relativamente às restantes áreas, verifica-se que no estilo interpessoal e nas tendências emocionais as mães tendem a atribuir valores médios e nos conteúdos de impulsos orais, anais e fállicos as pontuações são mais baixas.

Tabela 17: Análise Descritiva da Escala *Características Individuais da Grávida*

Área	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
Funcionamento Pessoal	2,14	3	0,786	1	3	1,75	2,00	3,00
Estilo Interpessoal	1,77	1	0,886	1	3	1,00	1,00	3,00
Tendências Emocionais	1,93	1	0,831	1	3	1,00	2,00	3,00
Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fállicos	1,49	1	0,670	1	3	1,00	1,00	2,00

No que respeita à sua própria caracterização, as grávidas deram respostas semelhantes às dadas na caracterização do bebé. Isto pode ser indicador de que as grávidas tendem a identificar o bebé com elas próprias. Esta questão será tratada com mais detalhe na análise inferencial dos dados.

Tal como na análise do questionário anterior, também há interesse aqui em averiguar se o nível de evolução da gravidez pode ou não ser um factor influenciador das respostas das mães. Assim, calcularam-se algumas estatísticas descritivas dos resultados obtidos divididos pelo trimestre de gravidez em que as grávidas se encontram. Os resultados apresentam-se nas tabelas 17 e 18.

Tabela 18: Análise Descritiva Dividida por Trimestres das *Características Individuais do Bebê*

Área	N	1º trimestre		2º trimestre			3º trimestre		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	2	2,17	0,937	14	2,17	0,819	15	2,17	0,838
Estilo Interpessoal	2	2,00	0,894	14	1,86	0,926	15	1,96	0,903
Tendências Emocionais	2	1,80	0,789	14	1,94	0,899	15	1,91	0,903
Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fálcos	2	1,50	0,548	14	1,50	0,707	15	1,51	0,661

À semelhança do que se concluiu na análise dos resultados do questionário MAMA, a evolução da gravidez não parece ter influência nas respostas das grávidas.

Tabela 19: Análise Descritiva Dividida por Trimestres das *Características Individuais da Grávida*

Área	N	1º trimestre		2º trimestre			3º trimestre		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	2	2,17	0,835	14	2,13	0,833	15	2,14	0,743
Estilo Interpessoal	2	2,00	1,095	14	1,74	0,885	15	1,78	0,876
Tendências Emocionais	2	2,10	0,876	14	1,89	0,826	15	1,95	0,837
Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fálcos	2	1,17	0,408	14	1,57	0,737	15	1,47	0,625

Nesta tabela 18, confirma-se a tendência anteriormente observada em que a evolução da gravidez não parece ter influência nas respostas das grávidas.

Tabela 20: Análise Descritiva Dividida por Nível de Escolaridade das *Características Individuais do Bebê*

Área	N	1º Ciclo		2º Ciclo			3º Ciclo			Secundário		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	1	2,33	1,03	9	2,26	0,85	16	2,13	0,84	5	2,10	0,76
Estilo Interpessoal	1	1,67	1,16	9	1,89	0,89	16	1,96	0,90	5	1,87	0,99
Tendências Emocionais	1	2,20	1,10	9	1,91	0,87	16	1,88	0,88	5	2,00	0,96
Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fálcos	1	1,67	1,16	9	1,70	0,82	16	1,42	0,54	5	1,40	0,63

Relativamente à divisão das respostas segundo as restantes características registadas (nível de escolaridade, ocupação, pessoas com quem vive a grávida e duração da relação com o companheiro), a análise descritiva não permite identificar diferenças significativas entre as áreas representacionais. Contudo, esta diferenciação será analisada com mais rigor na secção da análise inferencial.

Tabela 21: Análise Descritiva Dividida por Nível de Escolaridade das *Características Individuais da Grávida*

Área	N	1º Ciclo		2º Ciclo			3º Ciclo			Secundário		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	1	2,33	1,03	9	2,20	0,83	16	2,10	0,77	5	2,10	0,71
Estilo Interpessoal	1	1,67	1,16	9	1,96	0,94	16	1,63	0,84	5	1,93	0,88
Tendências Emocionais	1	1,80	1,10	9	1,87	0,84	16	1,95	0,84	5	2,00	0,76
Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fálcos	1	1,00	0,00	9	1,44	0,75	16	1,50	0,62	5	1,67	0,72

Tabela 22: Análise Descritiva Dividida por Ocupação das *Características Individuais do Bebê*

Área	N	Nenhuma		Estudante			Trabalhadora		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	18	2,23	0,84	8	2,08	0,77	5	2,07	0,91
Estilo Interpessoal	18	1,89	0,90	8	1,88	0,95	5	2,07	0,88
Tendências Emocionais	18	1,91	0,88	8	1,98	0,92	5	1,84	0,90
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	18	1,56	0,69	8	1,50	0,66	5	1,33	0,62

Tabela 23: Análise Descritiva Dividida por Ocupação das *Características Individuais da Grávida*

Área	N	Nenhuma		Estudante			Trabalhadora		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	18	2,22	0,81	8	2,08	0,65	5	1,93	0,87
Estilo Interpessoal	18	1,76	0,89	8	1,75	0,85	5	1,87	0,99
Tendências Emocionais	18	1,89	0,84	8	1,98	0,77	5	2,00	0,91
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	18	1,43	0,66	8	1,71	0,69	5	1,40	0,63

Tabela 24: Análise Descritiva Dividida por Pessoa com Quem Vive das *Características Individuais do Bebê*

Área	Pais			Companheiro e Outros Familiares			Outros Familiares		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	19	2,18	0,83	4	2,25	0,74	8	2,08	0,90
Estilo Interpessoal	19	1,88	0,95	4	1,75	0,87	8	2,08	0,83
Tendências Emocionais	19	1,92	0,88	4	2,15	1,00	8	1,80	0,85
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	19	1,47	0,63	4	2,00	0,85	8	1,33	0,57

Tabela 25: Análise Descritiva Dividida por Pessoa com Quem Vive das *Características Individuais da Grávida*

Área	Pais			Companheiro e Outros Familiares			Outros Familiares		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	19	2,16	0,82	4	2,21	0,72	8	2,06	0,76
Estilo Interpessoal	19	1,81	0,90	4	1,58	0,79	8	1,79	0,93
Tendências Emocionais	19	1,93	0,83	4	1,85	0,81	8	1,98	0,86
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	19	1,51	0,66	4	1,58	0,79	8	1,42	0,65

Tabela 26: Análise Descritiva Dividida por Duração da Relação das *Características Individuais do Bebê*

Área	Menos de 1 Ano			Mais de 1 Ano		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	13	2,23	0,82	18	2,12	0,84
Estilo Interpessoal	13	1,85	0,93	18	1,96	0,89
Tendências Emocionais	13	1,94	0,90	18	1,90	0,89
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	13	1,54	0,64	18	1,48	0,69

Tabela 27: Análise Descritiva Dividida por Duração da Relação das *Características Individuais da Grávida*

Área	Menos de 1 Ano			Mais de 1 Ano		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Pessoal	13	2,18	0,80	18	2,11	0,78
Estilo Interpessoal	13	1,82	0,94	18	1,74	0,85
Tendências Emocionais	13	1,91	0,82	18	1,94	0,84
Conteúdos de Impulsos Oraís, Anais e Fálcos	13	1,46	0,64	18	1,52	0,69

Em resumo, esta análise exploratória revela uma maioria de atitudes médias e positivas relativamente à caracterização do bebê e de grávidas, com especial destaque da área do funcionamento pessoal.

Análise Inferencial

Para a análise inferencial, começámos por aplicar testes de normalidade.

Tabela 28: Resultados da Aplicação do Teste de Ajustamento de Kolmogorov-Smirnov

	Funcionamento		Estilo		Tendências		Conteúdos de Impulsos	
	Pessoal		Interpessoal		Emocionais		Orais, Anais e Fálcos	
	<i>Bebé</i>	<i>Grávida</i>	<i>Bebé</i>	<i>Grávida</i>	<i>Bebé</i>	<i>Grávida</i>	<i>Bebé</i>	<i>Grávida</i>
N	34	34	93	93	155	155	93	93
Média	2,17	2,14	1,91	1,77	1,92	1,93	1,51	1,49
Desvio Padrão	0,831	0,786	,905	,886	,890	,831	,670	,670
Z	3,857	3,411	2,849	3,237	3,575	3,100	3,532	3,588
<i>p-value</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

A aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov aos resultados obtidos mostrou que a hipótese de normalidade é rejeitada para os níveis de significância usuais. Os resultados obtidos podem consultar-se na tabela 27. Posto isto, a comparação entre os diferentes grupos terá de ser feita por meio de testes não paramétricos. A aplicação do teste de Kruskal-Wallis aos dados relativos às características individuais do bebé e da grávida não revelaram diferenças entre os diferentes grupos, isto é, as caracterizações feitas não diferem entre as diferentes áreas representacionais.

Tabela 29: Resumo dos Resultados da Aplicação do Teste de Kruskal-Wallis

	Trimestre de Gravidez	Nível de Escolaridade	Ocupação	Pessoas com Quem Vive	Duração da Relação
<i>p-value</i> (características do bebé)	0,987	0,675	0,695	0,223	0,603
<i>p-value</i> (características da grávida)	0,945	0,705	0,374	0,897	0,840

Seguidamente analisaram-se as possíveis diferenças entre grupos considerando a divisão das respostas das grávidas segundo o trimestre de gravidez, o nível de escolaridade, a ocupação, as pessoas com quem vive e a duração da relação com o companheiro, recorrendo mais uma vez ao teste de Kruskal-Wallis.

Como se pode observar na tabela 28 todos os *p-values* obtidos são elevados o que significa que não se observam diferenças significativas entre os grupos o que vai de encontro ao que já havia sido observado na análise exploratória anterior.

Finalmente, interessa comparar as representações associadas ao bebé e à grávida tal como foi referido na análise exploratória. Uma vez que os dados levaram à rejeição da hipótese de normalidade terá de ser aplicado um teste não paramétrico de comparação de médias. Dado tratar-se de duas amostras emparelhadas aplicou-se o teste de Wilcoxon. O *p-value* obtido foi de 0.306 para a alternativa bilateral o que significa que as diferenças encontradas não são significativas.

Em resumo, é possível concluir que as representações que as grávidas têm do bebé não diferem significativamente segundo as áreas representacionais embora se observem representações ligeiramente mais positivas na área do funcionamento pessoal. Além disso, as representações que a mãe tem do bebé são semelhantes às que tem dela própria o que poderá indicar uma projecção das suas próprias características para o bebé.

IV – DISCUSSÃO

Neste estudo, procurámos analisar o conteúdo das representações mentais e o ajustamento materno de um grupo de 34 grávidas adolescentes.

Conforme os resultados apurados, trata-se de um amostra de jovens adolescentes cuja caracterização vai de encontro à literatura consultada (Canavarro, 2001); de facto, estas jovens têm baixa escolaridade, uma elevada taxa de abandono escolar, estabelecem relações com indivíduos mais velhos e assumem a gravidez ocasional, continuando a viver em casa da sua família ou familiares. Das entrevistas semi-dirigidas, salienta-se uma qualidade de narrativa pobre, sem referências à sua própria experiência psicológica. A sensação é de um discurso superficial e banal sem dimensão ou profundidade.

Sub-escala Atitudes Para Com a Gravidez e o Bebé,

Apesar das condições adversas, constatamos que a grande maioria destas jovens aceita a gravidez, tornando-a desejada. Os resultados obtidos são indicadores de que não existe nenhuma ambivalência expressa em relação ao facto de estarem grávidas, assim é nesta sub-escala, que as atitudes se revelam ser as mais positivas. De acordo com o estudo de Fava Fizziello (1993) entendemos que estas jovens procuram manter um ideal do *self* estável e descomprometido de todas as possíveis implicações negativas. O bebé fantasmático encontra-se desta forma impregnado pelo mundo intrapsíquico da mãe, transportando inexoravelmente um mandato de reparação e compensação narcísica para o equilíbrio emocional precário onde a grávida se encontra (alguns exemplos incluem: o

bebé que permitirá à mãe reconstruir a imagem de uma “boa mãe”, o bebé como anti-depressivo, o bebé como garantia de uma defesa moral, o bebé concebido para os avós maternos, o bebé cujo mandato é elaborar lutos não resolvidos...). A enorme importância atribuída à futura situação de maternidade coloca este tipo de organização num limite entre o normal e o risco. De facto, a passagem do bebé fantasmático, saturado de significados idealizados, para o bebé real pode ser difícil e acarretar um compromisso na futura relação mãe-bebé pela falha narcísica que este lhe provoca.

Apesar da gravidez ser aceite, a maternidade é sentida por estas jovens com maior ambivalência, revelando dicotomia nos resultados: (45%) sentem-se preparadas para ser mães apoiando-se muitas vezes em experiências anteriores (cuidar de irmãos ou sobrinhos) e (26%) referem que “vai ser fácil tomar conta do bebé”.

No entanto, é de salientar que (43%) das jovens grávidas da nossa amostra referiram não se sentirem preparadas para serem mães e manifestaram preocupação relativa à ideia de poder vir a não ser uma “boa mãe”. Surgem ainda indícios de elevada preocupação e ansiedade da grávida em relação ao estado de saúde e normalidade do filho, acima dos resultados obtidos no estudo de Figueiredo (2004). Estas respostas dão conta de uma agressividade contida, remetendo para a ansiedade primária materna (Winnicott, 1958) e revelam a existência provável, ainda que não verbalizada, de fantasias ligadas à malformação, à saúde e a morte do bebé. Estas fantasias darão possivelmente origem a comportamentos de maior ansiedade em relação ao sono, à alimentação e ao futuro desenvolvimento psico-motor do bebé (Fava Vizziello, 1993), sendo frequentemente necessário reforçar as competências destas jovens mães.

Alguns autores encontraram dados que apontam no mesmo sentido; num estudo realizado com 30 grávidas adolescentes, Carvalho, A., Leal, I & Sá, E. (2004) concluíram que estas grávidas apresentavam níveis de ansiedade-estado e ansiedade – traço significativamente superiores aos das grávidas adultas. “Estas adolescentes confrontam-se com a necessidade de maturação rápida *versus* adultícia precoce, sem

tempo de adolecer” (Matos, 2005). Verbalizam, na sua grande maioria, alterações ao nível da maturidade psico-afectiva que se situam as modificações (64% refere mais responsabilidade e menos liberdade).

Sub-escala Imagem Corporal

Dos resultados obtidos, esta sub-escala *Imagem Corporal* obtém imagens positivas, semelhantes às médias do estudo de Figueiredo (2004). Constatamos assim que a maioria destas grávidas se encontra numa fase de vivência plena da gravidez, com consciência da mudança do seu esquema corporal e com a consequente atitude positiva face a esta situação. De referir que estes dados não reflectem a ambivalência com que é vivido o corpo grávido face à sociedade e que transparece na nossa experiência clínica.

De facto, salienta-se por vezes, à medida que a gravidez se torna visível, um isolamento social por parte da grávida, cada vez mais pronunciado. A grávida adolescente defende-se deste modo de uma realidade, de uma identidade sexual que a assusta e perante a qual se inibe porque está mal preparada para a assumir. Canavarro e Pereira (2001) exploram este aspecto qualificando-o de altamente conflictuoso ao relembrar que o movimento centrífugo de maior afastamento e autonomização, característico da adolescência, é limitado pela situação de gravidez, pois, para além da dependência e responsabilidade por tomar conta do bebé, a adolescente torna-se ainda mais dependente do apoio emocional e instrumental da família. A interrupção dos estudos e a falta de ocupação na maior parte dos casos, leva estas jovens a referenciarem-se mais à família, preparando-se para o parto com muita antecedência.

Sub-escala Sintomas Somáticos

No que respeita aos resultados, a sub-escala *Sintomas Somáticos* é aquela que obtém menos atitudes positivas. Assim, consideramos que os resultados obtidos revelam o desconforto causado pelos sintomas somáticos, sentido pela grávida como uma

experiência muito negativa. A prevalência dos resultados com maior visibilidade e discrepância de médias em relação ao estudo de Figueiredo (2004), concentra-se mais nos sintomas ligados ao primeiro trimestre da gravidez como sendo os vômitos e o cansaço físico, também pelos sentimentos de ambivalência provocados pela confirmação da gravidez.

Assim podemos entender a ausência de sintomas tais como prisão de ventre (Média:1,82) ou tornozelos inchados (Média:1,68) que, sendo mais frequentes nos trimestres posteriores, são ultrapassados pelo impacto psicológico da gravidez neste grupo etário. Deste modo, a partir do momento que a grávida interioriza a ideia do filho, a motivação pelo desenrolar da gestação assume um papel preponderante, sendo os desconfortos físicos associados a esta fase, secundarizados.

Sub-escala Atitudes Face ao Companheiro

Embora as atitudes sejam globalmente positivas, salienta-se que nesta sub-escala, as grávidas têm uma imagem mais positiva do que em relação à *imagem corporal* e aos *sintomas somáticos*. No entanto, estes resultados estão muito aquém dos resultados obtidos no estudo de Figueiredo (2004) e reflectem incoerência, fraca legibilidade e imaturidade sócio-emocional. Um terço das grávidas inquiridas refere que após o nascimento do bebé, a relação irá evoluir para melhor, não obstante, (38%) pensa que o bebé não trará alterações.

Apesar dos dados demográficos da nossa amostra revelarem um tempo de namoro superior a um ano para a maioria das grávidas inquiridas (62%), o que remete para uma relação com alguma estabilidade e durabilidade, os contornos da relação amorosa permanecem frágeis. Ora veja-se: na pergunta (48) “Tem-se sentido próxima do seu companheiro?” (média: 2,03), os autores referidos (Figueiredo e tal., 2004) encontraram uma (média:1,35), remetendo para uma atitude mais positiva. Tal como na pergunta (37) “O seu marido/companheiro tentou participar nos seus interesses?”, a

média obtida na nossa amostra é de (2,15) para (1,43) na população geral. Deste modo, entende-se que a cumplicidade e partilha de interesses entre o casal não tem a mesma representação para as duas populações estudadas. É ainda de referir que, tanto a variável *duração de relação*, como a variável *agregado familiar*, não registaram diferenças significativas nas atitudes das grávidas.

A importância da transmissão genética, associada ao progenitor como para favorecer e reafirmar os laços existentes, enaltece o bebé como fonte de gratificação na relação conjugal. A este respeito, 25% das grávidas inquiridas imaginam o seu bebé parecido com o pai. Por outro lado, é de salientar o número elevado de respostas “não consigo imaginá-lo” (17%) remetendo para uma dificuldade em fantasiar o bebé, ainda que numa actividade onírica. Tal como foi referido no enquadramento teórico, estas respostas evidenciam uma dificuldade em aceder ao imaginário pela prevalência do pensamento operatório (Marty, 1963) nestas grávidas.

Sub-escala Atitudes Face ao Sexo

Nesta escala, verifica-se a existência de crenças relativas à influência da actividade sexual no feto, algumas classificadas como crenças inibidoras, outras como crenças indutoras. Estes resultados são homogéneos e referem atitudes positivas face ao sexo, não correspondem à experiência clínica das consultas em que é sentido um pudor e uma dificuldade em verbalizar estes assuntos; de salientar que três jovens se recusaram a preencher os itens relativos à sexualidade por acharem indecoroso e várias comentaram ter deixado de desejar o companheiro após a notícia da gravidez. Esta sub-escala poderá eventualmente estar relacionada com uma maior preocupação de deseabilidade social em que a adolescente procura corresponder de forma politicamente correcta aos padrões adultos.

Das variáveis estudadas, não se obtiveram resultados significativos para a nossa amostra com exceção das variáveis *grau de instrução e ocupação* em que se verificou que quanto mais diferenciadas são as grávidas, menos positivas são as suas atitudes sobretudo na *relação com o companheiro* e nas *atitudes perante a gravidez*, isto poderá relacionar-se com a consciência e a capacidade maior de discernimento que estas jovens têm do processo gravídico. Nas jovens menos diferenciadas, o mecanismo de idealização surge como defesa perante a dificuldade na função auto-reflexiva de si (Fonagy, 1992). A sensibilidade à gravidez adquire por vezes uma labilidade emocional próxima da luta antidepressiva, com narrativas por vezes saturadas de excitabilidade e entusiasmo perante a maternidade. (Bydlowski, 1997) fala de um estado *Nirvana* da gravidez em que a identificação da grávida ao bebé, a leva a um estado de invasão narcísica, próximo da *beatitude original*. Segundo esta autora, este sentimento observa-se mais frequentemente nas grávidas com estruturas psíquicas orais e regressivas.

Não existem diferenças significativas em relação aos trimestres de gravidez. No entanto, de acordo com os dados da literatura, as representações maternas sobre o feto ganham maior consistência e atingem um nível de enriquecimento e especificidade a partir do 7º mês de gravidez (Ammaniti, 1992). Os resultados obtidos na nossa amostra poderão justificar-se pela forte presença que o bebé imaginário ocupa, logo após a confirmação médica da gravidez, no aparelho psíquico destas jovens.

Os nossos resultados são compatíveis com a afirmação de que estas jovens grávidas entre as 12 e as 40 semanas de gestação têm uma representação clara delas próprias que não difere significativamente daquela que têm dos seus filhos. Estes dados convergem com estudos realizados neste âmbito (Ammaniti, 1992; Ilicali & Fisek, 2004). Em relação às escalas dos diferenciadores semânticos, para as características individuais, não se registaram diferenças significativas entre a grávida e o bebé. Estas

jovens grávidas parecem restringir-se à atribuição de características positivas tanto para elas como para os seus bebés. Preferem usar palavras neutras e caracterizar os filhos pela aparência física. Estes dados são convergentes em relação a outros estudos realizados com mulheres adultas (Ilicali, & Fisek, 2004).

Da mesma forma, a visibilidade das áreas representacionais difere tanto para a grávida como para o bebé. De facto, a área do Funcionamento Pessoal obtém resultados mais positivos do que as outras áreas. Recorde-se que os adjectivos desta dimensão são: (Passivo – Activo, Tímido – Dinâmico, Difícil – Fácil, Não Inteligente – Inteligente, Desorganizado – Organizado, Frágil – Forte), remetendo para características da personalidade com efeito de desejabilidade acentuado. Deste modo, poder-se equacionar se estas jovens grávidas não estarão a descrever características idealizadas da sua personalidade, projectando-as no bebé que há de vir? Assim, a criança não se encontra investida como pessoa diferenciada embora se inscreva no mundo representacional da mãe. Estes resultados convergem no mesmo sentido dos estudos apresentados (Ammaniti et al., 1992) em que se conclui que a representação do bebé se constrói através da projecção das características individuais da mãe.

Por outro lado, o nível de escolaridade predominantemente médio-baixo das inquiridas poderá explicar a dificuldade de mentalização patente nestas jovens, cujo domínio do pensamento concreto pode corresponder a uma dificuldade de aceder ao seu imaginário, condição essencial para fantasiar o bebé. A este respeito, o bebé imaginário destas grávidas parece estar saturado de projecções, fortemente ligado ao mundo psíquico da mãe. O bebé está investido como uma “extensão narcísica” da mãe, com as mesmas características, sejam elas positivas ou negativas. Estes resultados são igualmente visíveis na dimensão Conteúdos de Impulsos Orais, Anais e Fálcos em que as pontuações são significativamente diferentes daquelas obtidas nas restantes

dimensões sem que no entanto existam diferenças entre a grávida e o bebé. De facto, lembrando os adjectivos referentes a esta área representacional: Preguiçoso – Sôfrego, Trapalhão – Asseado, Submisso- Decidido, percebe-se que se tratam de características com menor efeito de desejabilidade pelo que as representações são menos positivas. No entanto, ainda aqui, estas não diferem entre a mãe e o bebé.

Estes resultados convergem no mesmo sentido dos estudos apresentados, (Fava Viziello, 1993) aplicou escalas de diferenciadores semânticos no período pré-natal e no período pós-natal tendo concluído que a representação do bebé se diferencia progressivamente da representação da mãe, na passagem da gravidez para a maternidade e no contacto com o bebé real. Esta diferenciação não é representativa no 5º dia após o parto mas tem valores significativos no 4º mês de vida do bebé.

Esta investigação permitiu-nos concluir que as representações mentais da grávida adolescente são menos positivas no que respeita aos *Sintomas Somáticos*, positivas em relação à *Imagem Corporal* e à *Gravidez e ao Bebé* e muito positivas em *Relação ao Companheiro e ao Sexo*. Estes resultados variam no mesmo sentido do estudo em referência de Figueiredo (2004), no entanto as atitudes das grávidas adolescentes são globalmente menos positivas quando comparadas com as grávidas adultas. É nas *Sub-escalas relativas à Relação com o Companheiro e à Gravidez e ao Bebé* que estas diferenças são mais significativas. O facto dos resultados na escala dos *Sintomas Somáticos* serem os mais baixos revela a expressão somática dos sentimentos de ambivalência face à notícia da gravidez.

Possibilitou ainda considerar que a variável grau de instrução tem uma expressão significativa em relação às atitudes face à gravidez e, mais especificamente na avaliação da relação amorosa. Por fim, as representações da grávida não estão

diferenciadas das representações do seu próprio bebé, e são mais positivas na escala do funcionamento pessoal e menos positivas na *escala dos conteúdos anais, orais e fálicos*.

Não obstante os resultados encontrados, será necessário considerar as limitações do estudo, particularmente aquelas que são inerentes às características dos instrumentos utilizados, nomeadamente no que respeita aos questionários de auto-preenchimento que parecem ter sofrido o efeito de desajustabilidade social. Por outro lado, a dimensão da amostra é muito reduzida pelo que estes resultados não poderão ser extrapolados.

Enquanto profissionais no âmbito da saúde mental, a avaliação e o tratamento das condições intrapsíquicas e interpessoais intervenientes na gravidez da adolescência, assumem grande relevância na prevenção de futuras dificuldades na relação mãe-bebé. A teoria da psicossomática ajuda a elaborar e levantar hipóteses quanto ao tipo de representações internas da grávida com sintomas psicossomáticos de grande visibilidade. A teoria das representações permite identificar factores de vulnerabilidade e, em articulação com a teoria da vinculação, intervir atempadamente em padrões relacionais intergeracionais de risco.

Embora a nossa amostra seja reduzida, evidenciaram-se dois tipos distintos de atitudes nestes resultados, por um lado grávidas mais indiferenciadas com atitudes mais positivas e idealizadas perante a gravidez e o companheiro, e por outro, grávidas mais diferenciadas, com atitudes menos positivas face ao processo gravídico e relação amorosa. Deste modo, um maior nível de conhecimento associa-se a uma melhor adaptação à gravidez, com mais capacidade de elaboração, consciência e análise das implicações futuras na trajectória da vida. Concomitantemente, as grávidas mais indiferenciadas tenderão a vivenciar a ambivalência de forma não mentalizada por via das somatizações. A idealização torna a estrutura psíquica da grávida mais frágil; na

maternidade, a dependência intrínseca que o bebé tem da mãe, nos primeiros tempos de vida, leva a uma relação simbiótica e fusional em que as fronteiras são indistintas. O bebé vivido como uma “extensão narcísica da mãe”, gratifica enquanto não frustra. Este equilíbrio precário da interacção mãe-criança baseado na idealização recíproca corre o risco de rupturas, daí a necessidade de uma rede de suporte social e familiar.

Ainda de acordo com os resultados obtidos, as grávidas adolescentes têm globalmente atitudes menos positivas perante a gravidez do que as grávidas adultas, reflectindo a sua ambivalência de forma indirecta, através dos sintomas somáticos. As suas verbalizações incidem mais nas preocupações relativas à saúde dos bebés e às suas capacidades em serem boas mães.

Investigações futuras poderão explorar de forma mais integrada as representações maternas das grávidas adolescentes procurando relacioná-las com as representações da sua própria mãe (Lebovici) no sentido de confirmar ou invalidar o conceito de transgeracionalidade destas representações. Outra área de relevância empírica seria a análise da ambivalência destas jovens e a sua expressão somática apoiada nos conceitos esboçados neste estudo sobre a falha na mentalização (Marty) e na capacidade da função reflexiva do si (Fonagy).

REFERÊNCIAS

- Almeida, J.M. (1987) *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Ammaniti, M. et al. (1999) *Maternité et grossesse- étude des représentations maternelles*. Paris : PUF
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelle, R. & Zampino, F. (1992) Representations and narratives during pregnancy. *In Infant Mental Health Journal, Vol 13, n°2*
- Ammaniti, M. (1991) Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal, Vol 12, n°3*
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss*. London: Tavistock Institute of Human Relations
- Bridge, L., Little, B., Hayworth, J., Dewhurst, S., & Priest, R.(1985) Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *Journal of Psychosomatic Research; Vol.29 (3), pp 325-333*.
- Bydlowski, M. (2000) *Je rêve un enfant – L' expérience intérieure de la maternité*. Paris: Editions Odile Jacob
- Bydlowski, M. (1997) *La dette de vie – Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris:PUF
- Canavarro, M.C. (2001) Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra:Quarteto

- Canavarro, M.& Pereira, A.I. (2001) Gravidez e maternidade na adolescência - Perspectivas teóricas. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra:Quarteto
- Carvalho, A.C., Leal, I & Sá, E. (2004) Adolescência e gravidez – Auto estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In *A Maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século
- Chertok, L. (1972) The psychopathology of vomiting of pregnancy. In J.G. Howells (Ed). *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*. New-York: Brunner Mazel
- Chiu, H, Lee, T, Yip,A.Chung, T.& Lau,T. (2001) Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes.*Psychosomatic Medicine, Vol 63(5)*
- Colman, L., & Colman, A.(1994) *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri
- Cowley, C.& Farley, T.(2001) Adolescent girls' attitudes toward pregnancy.*The Journal of Family Practice, Vol.50 nº7*.
- Correia,M.J & Alves, M.J. (1990) Gravidez na Adolescência: O Nascimento de uma Consulta e de um Programa de Intervenção. *Análise Psicológica, 4 (VIII)*
- Deschamps, J.P. (1993) Mères adolescentes, parents adolescents. *Autrement, nº134, Parents au Singulier, pp.19-203*
- Deutsh, H.(1974) *La Psychologie des femmes*. P.U.F. : Paris
- East, P.& Felice,M. (1996) Adolescent pregnancy and parenting : Findings from a racially diverse sample. *Research Monographs in Adolescence*
- Faisal-Cury, A. & Tedesco J.J. (2005) Características Psicológicas da Primigestação. *Psicologia em Estudo, Maringá, v.10, n.3, p.383-391*

- Fava Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V.& Invernizzi, R. (1993) From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health journal, Vol.14, nº1.*
- Fischer, S.& Scharf, K. (1980) Teenage Pregnancy: An anthropological, sociological and psychological overview. *Adolescent Psychiatry, Vol 8, pp 393-403*
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2005) Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas, diferentes circunstâncias de risco. *Acta Médica Portuguesa 2005; 18:97-105*
- Figueiredo,B., Mendonça,M.& Sousa, R. (2004) Versão portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Atitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1), 31-51*
- Figueiredo, B. (2003) Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol.3, pp 521-539*
- Figueiredo, B.(2001) Maternidade na Adolescência: do risco á prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática, vol 3 nº2*
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M.(1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62, 891-905.*
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. & Higgitt, A. (1991) The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, Vol.12, nº3.*
- Freud, S.(1915) O inconsciente. In *Textos Essenciais da Psicanálise, Vol I , o inconsciente, os sonhos e a vida pulsional.* Lisboa: Publicações Europa-América

- Frizzo, G.B., Kahl, M.L., Oliveira, E.A. (2005) Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico* v.36, n^o1, pp 13-20
- Gunter, N.C., Labarba, R.C. (1981) Maternal and Perinatal Effects of Adolescent Childbearing. *International Journal of Behavioural Development*, 4; 333
- Houck, G.M.&Lecuyer-Maus, E.A. (2004) Maternal Limit setting and self-regulation. *Infant Mental Health Journal* vol 25
- Ilicali, E.T. & Fisek G.O. (2004) Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal* vol 25
- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T. & Soares, I. (2007) Vinculação na adolescência. In Soares, I. *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento*. Braga: Psiquilibrios
- Jongenelen, I., Soares, I., Grossman, K.&Martins, C.(2006) Vinculação em mães adolescentes e seus bebês. *Psicologia- Vol.XX n^o 1*
- Jongenelen, I (2004). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional à matriz contextual*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Jongenelen, I. & Soares, I.(1999) Abordagem desenvolvimental da gravidez na adolescência. *Teoria, Investigação e Prática*. Vol 4 n^o1
- Kane,F. & Lachenbruch, P.(1973) Adolescent pregnancy: A study of aborters and non-aborters. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 43(5)
- Kumar, R., Robson, K.M., & Smith, A.M.R. (1984). Development of a self administrated questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic research*, 28 (1), 43-51
- Ladame, F. (1985) La pathologie border-line à l'adolescence. In *Conflictualités – Annales Internationales de Psychiatrie de l'Adolescence*. Editions: CTNERHI

- Leal, I. (2000) Gravidez e Maternidade na Adolescência. In *Sexualidade e Planeamento Familiar* n° 27/28
- Leal, I. (1997) Transformações Sócio-culturais da Gravidez e da Maternidade: correspondente transformação psicológica. *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas.*
- Leal, I. (1990) Nota de Abertura. In *Psicologia da gravidez e da Maternidade. Análise Psicológica*, 4 (VIII). Lisboa:Isipa
- Lebovici, S.& Mazet, P. (1989) A propos de l'évaluation des interactions fantasmatiques. In *L'évaluation des interactions precoces entre le bébé et ses partenaires.* Genève: Editions Eshel
- Lebovici, S. (1983) *Le nourrisson, la mère et le psychanaliste: Les interactions precoces.* Paris:editions du Centurion
- Lerenó, I., Gomes, C.& Faria,P. (1996) Mães adolescentes- alguns aspectos da sua inserção social. *Revista de Epidemiologia- Arquivos de Medicina*, 10(supl.4): 9-14
- Lourenço, M.M.C. (1998) – *Textos e contextos da gravidez na adolescência.* Lisboa: Fim de Século
- Lumley, J.(1982) Attitudes to the foetus among the primigravidae, *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109
- Macleod, A.J.& Weaver, S.M. (2003) Teenage pregnancy: attitudes, social support and adjustment to pregnancy during the antenatal period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol 21, N°1
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I.Bretherton & E.Waters (eds), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research en Child Development*, 50

- Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Matos, A. C. (2002) *Adolescência*. Lisboa: Climepsi
- Matos, M. (2005) *Adolescência, Representação e Psicanálise*. Lisboa: Climepsi
- Mendes, I.M. (2002) *Ligação Materno-Fetal*. Lisboa: Quarteto
- Mertesacker, B. et al (2004) Predicting maternal reactivity : the role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety and social support. *Infant Mental Health Journal*, vol 25
- Onesti, S.J. (1988) Grossesse à l'adolescence : impact sur le développement. In *Conflictualités – Annales Internationales de Psychiatrie de l'Adolescence*. Editions: CTNERHI
- Osgood, C., Suci, G. & Tannenbaum, P (1957) *The measurement of meaning*, Urbana: University of Illinois Press.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. & Pais, A. (2005) Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.7 n°1/2
- Pacheco, A., Costa, R. & Figueiredo, B. (2003) Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.3, n°1
- Pajulo, M. e al. (2001) Prenatal maternal representations : Mothers at psychosocial Risk. *Infant Mental Health Journal* vol 22
- Palácio-Espasa, F. (1993) De fille à mère: aspects psychodynamiques des identifications maternelles.. In *L'Adolescente Enceinte- Actes du 6ème colloque sur la relation precoce parents-enfants*. Genève: Editions Medecine et Hygiène

- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (1999) *A child's world: Infancy through adolescence*. New York, US: McGraw-Hill
- Pawlak, C. (1993) Psychopathologie et difficultés de la prévention primaire. In *L'Adolescente Enceinte- Actes du 6ème colloque sur la relation precoce parents-enfants*. Genève: Editions Medecine et Hygiène
- Pelloso, S.M. e al. (2002) O vivenciar da gravidez na adolescência. In *Acta Scientiarum* V.24, nº3 p.775-781, Maringá
- Pereira, G., Ramalho, V. & Dias, P. (2002). Psychological variables in pregnancy: does age matter? An exploratory study. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (1), 131-140
- Raeff, C. (1994) Viewing adolescent mothers on their own terms: linking self-conceptualization and adolescent motherhood. *Developmental Review*, Vol 14(3), pp 215-244
- Raphael-Leff, J. (1997) *Gravidez- A História Interior- Artes Médicas*
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004) Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade na relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXII): 643-665
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi
- Rubin, R (1984) *Maternal identity and the maternal experience*. Springer: New York
- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962) The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child*, V.17, pp.128
- Schellenback, C. & Trickett, P. (1998) *Violence against children in the family and the community*. US: American Psychological Association

- Slade, A., Belsky, J., Aber, J.L. & Phelps, J.(1999) Mother's representations of their relationships with their toddlers: links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, Vol 35, n°3, 611-619
- Soares, I., Marques, M.C., Martins C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, R. (2001) Gravidez e Maternidade na Adolescência: um estudo longitudinal. *In Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra:Quarteto
- Soares, I.& Jongenelen,I.(1998) Maternidade e Adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *In Análise Psicológica*, 3 (XVI)
- St.André, M. & Twomey, J.E. (1996) A transgenerational conceptualization of psychosomatic distress during pregnancy: implications for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol 17 n° 1
- Stern, D., Bennett, S., Lefcourt,I.S., Nachman, P. & Haft, W.(1994).The activation of maternal representations. *Infant Mental Health Journal: Vol 14,n°4.*
- Stern, D.(1991). Maternal Representations: A Clinical and Subjective Phenomenological View. *Infant Mental Health Journal: Vol 12,n°3.*
- Younger, B.(1991) A model of parenting stress. *Research in Nursing and Health*.Vol.14 (3), pp197-204
- Weiss,R. (1982)Attchment in adult life. In C.Parkes & J.Stevenson-Hinde. *The place of attachment in human behavior (pp.171-184)*. New York: Basic Books
- Zeanah, C., Keener, M., Anders, T.& Vieira-Baker, C. (1987) Adolescent mother's perceptions of their inafants before and after birth. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 57(3)

ANEXO A

Entrevista de Rastreo para Grávidas Adolescentes

FICHA DE RATREIO PSICOLÓGICO PARA GRÁVIDAS
UNIDADE DE PEDOPSIQUIATRIA
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

Identificação:

Data 1ª consulta: _____

Técnico 1ª consulta: _____

Técnico Responsável: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ Raça/Etnia: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Freguesia: _____ Telefone: _____

Ano de Escolaridade: _____ Est. de Ensino: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Centro de Saúde: _____ Medico de família: _____

Nome do pai da criança: _____

Situação Actual:

Tempo de gravidez: _____ Data Prevista para o parto: _____

Historia Obstétrica:

Nº de gravidezes prévias: _____ Datas: _____

Termo: _____ Pre-Termo: _____

Nº de abortos (espontâneos / provocados): _____ Datas: _____

Sintomas: _____

Doenças: _____

Comportamentos Tóxicos : _____

Internamentos (sim /não) _____ Data e duração: _____

Motivo do(s) internamento(s): _____

Tratamentos a que foi submetida: _____

Como reagiu a eles? _____

Avaliação da gravidez:

Esta gravidez foi planeada? (sim/não) _____

A gravidez foi desejada?

Alguma vez pensou que preferia não estar grávida?

Pensa estar preparada para ser mãe?

Pensa que o pai da criança esta preparado para ser pai?

Pensa que a sua família esta preparada para receber este novo membro?

Que modificações pensa (e/ou espera que o bebe vai trazer na sua vida?

E na vida da sua família ?

Já sentiu os movimentos do bebe? _____ Quando foi a 1ª vez? _____

O que pensou ou pensa? _____

Já sabe qual o sexo do bebe? (sim/ não) _____ Qual e? _____

Era o que queria? _____ O que preferia? _____

Porque? _____

O bebe já tem nome? (sim/não) _____ Qual/Quais? _____

Porque? (existe alguém com esse nome na família, quem escolheu)

Já tem ou fez alguma coisa para o bebe?

Como deseja alimentar o seu bebe? Peito / biberão

Porque? _____

Quem vai cuidar da criança nos primeiros tempos? _____

Conta com o apoio da família ? _____

Vai voltar a trabalhar ou pensa ficar em casa?

Como pensa que vai ser para si tomar conta do bebe?

E para os restantes membros da família?

Descreva as alterações que surgirão na família com a presença do bebe.

Pensa ter mais filhos? (sim/não)

Como imagina o seu bebe?

Sonha com o seu bebe? (sim/não) _____ Pode relatar um sonho que tenha tido na gravidez?

Relação Conjugal e Vida Sexual:

Como foi a sua primeira menstruação? (idade / reacção / preparação/ papel da família)

Como foi a sua primeira relação sexual? (idade / reacção / preparação/ papel da família)

Como descreveria a sua relação conjugal? (duração)

Quais foram as principais alterações que surgiram na relação conjugal com esta gravidez?

Como pensa que este bebé ira alterar a sua relação conjugal?

Como reagiu ou vai reagir a estas alterações?

Como e que esta gravidez e o bebe modificaram ou modificarão a sua vida sexual?

Antecedentes familiares:

Historia da família actual, com genograma incluindo todos os que coabitam (tipo de família/ ambiente familiar)

História pessoal da Mãe

Saúde da mãe:

Patologia psiquiátrica:

Relação da mãe com a família de origem:

História pessoal do Pai

Saúde do pai:

Patologia psiquiátrica:

Relação do pai com a família de origem:

Observação e Avaliação do Entrevistador :

Diagnóstico do Entrevistador:

Plano de cuidados:

Acompanhamento terapêutico (sim/não) _____

Tipo: Psicoterapia
 Cons. Terapêuticas
 Int. Familiar

Objectivos e estratégias:

Consultas de seguimento

Áreas a explorar:

Encaminhamentos /pedidos de consulta outros serviços:

Evolução:

ANEXO B

IRMAG- Escalas de Diferenciadores Semânticos

➤ IRMAG – Escalas de Diferenciadores Semânticos

E1 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO BEBÉ

Passivo	_____	activo
calmo	_____	excitado
sôfrego	_____	preguiçoso
reservado	_____	sociável
dinâmico	_____	tímido
asseado	_____	trapalhão
alegre	_____	triste
difícil	_____	fácil
não inteligente	_____	inteligente
colaborante	_____	não colaborante
organizado	_____	desorganizado
desprendido	_____	afectuoso
independente	_____	dependente
decidido	_____	submisso
medroso	_____	confiante
vivo	_____	mole
frágil	_____	forte

E2 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DE SI MESMA

Passiva	_____	ativa
calma	_____	excitada
sôfrega	_____	preguiçosa
reservada	_____	sociável
dinâmica	_____	tímida
asseada	_____	trapalhona
alegre	_____	triste
difícil	_____	fácil
não inteligente	_____	inteligente
colaborante	_____	não colaborante
organizada	_____	desorganizada
desprendida	_____	afetuosa
independente	_____	dependente
decidida	_____	submissa
medrosa	_____	confiante
viva	_____	mole
frágil	_____	forte

E 3 – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO PAI DO BEBÉ

passivo	_____	activo
calmo	_____	excitado
sôfrego	_____	preguiçoso
reservado	_____	sociável
dinâmico	_____	tímido
asseado	_____	trapalhão
alegre	_____	triste
difícil	_____	fácil
não inteligente	_____	inteligente
colaborante	_____	não colaborante
organizado	_____	desorganizado
desprendido	_____	afectuoso
independente	_____	dependente
decidido	_____	submisso
medroso	_____	confiante
vivo	_____	mole
frágil	_____	forte

E4 – CARACTERÍSTICAS MATERNAIS DE SI PRÓPRIA

afetuosa	_____	não afetuosa
pouco segura	_____	segura
disponível	_____	ocupada com outra coisa
flexível	_____	inflexível
mãe galinha	_____	desligada
impaciente	_____	paciente
autoritária	_____	permissiva
colaborante	_____	não colaborante
séria	_____	brincalhona
que controla	_____	que deixa andar
ansiosa	_____	tranquila
que não se dá	_____	generosa
satisfeita no papel de mãe	_____	insatisfeita no papel de mãe
triste	_____	alegre
passiva	_____	activa
possessiva	_____	não possessiva
acha difícil o papel de mãe	_____	acha fácil o papel de mãe

E5 – CARACTERÍSTICAS MATERNAS DA SUA PRÓPRIA MÃE

afetuosa	_____	não afectuosa
pouco segura	_____	segura
disponível	_____	ocupada com outra coisa
flexível	_____	inflexível
mãe galinha	_____	desligada
impaciente	_____	paciente
autoritária	_____	permissiva
colaborante	_____	não colaborante
séria	_____	brincalhona
que controla	_____	que deixa andar
ansiosa	_____	tranquila
que não se dá	_____	generosa
satisfeita no papel de mãe	_____	insatisfeita no papel de mãe
triste	_____	alegre
passiva	_____	activa
possessiva	_____	não possessiva
acha difícil o papel de mãe	_____	acha fácil o papel de mãe

ANEXO C

Versão Portuguesa do MAMA (Maternal Adjustment Maternal Atitudes)

VERSÃO PORTUGUESA DO MAMA

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave: 1- nunca/de forma nenhuma
 2- raramente/um pouco
 3- muito/às vezes
 4- muitíssimo/muitas vezes

Durante a sua gravidez...	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
1- Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?	1	2	3	4
2- Sentiu-se atraente?	1	2	3	4
3- Existiu tensão entre si e o seu companheiro?	1	2	3	4
4-Transpirou muito?	1	2	3	4
5- Desejou sexualmente o seu companheiro?	1	2	3	4
6-Vomitou?	1	2	3	4
7-A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupou-a?	1	2	3	4
8-Alguma vez as tensões entre si e o seu companheiro quase atingiram a agressão física?	1	2	3	4
9-Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?	1	2	3	4
10-A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupou-a?	1	2	3	4
11-Pensou que o seu companheiro a desejava sexualmente?	1	2	3	4
12-Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável?	1	2	3	4
13-Desejou ter relações sexuais?	1	2	3	4
14-A ideia de não ter tempo suficiente para si, quando o bebé nascer, preocupou-a?	1	2	3	4
15-Foi fácil para si demonstrar afecto ao companheiro?	1	2	3	4
16-Lamentou estar grávida?	1	2	3	4
17-Sentiu formigueiro ou picadelas nos seios?	1	2	3	4
18-Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	1	2	3	4
19-Agradou-lhe a forma do seu corpo?	1	2	3	4
20-Sentiu-se envergonhada no que refere ao relacionamento sexual?	1	2	3	4

21-Achou a sua cara atraente?	1	2	3	4
22-A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?	1	2	3	4
Durante a sua gravidez...	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
23-Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé?	1	2	3	4
24-Tem-se sentido feliz por estar grávida?	1	2	3	4
25-Sentiu prazer em beijar/acariciar?	1	2	3	4
26-O companheiro ajudou-a na lida de casa?	1	2	3	4
27-Teve problemas de obstipação ou prisão de ventre?	1	2	3	4
28-Tem pensado em ter mais filhos?	1	2	3	4
29-Estar grávida foi desagradável para si?	1	2	3	4
30-Perguntou a si própria se as relações sexuais poderiam magoar o bebé?	1	2	3	4
31-Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	1	2	3	4
32-Sentiu-se cheia de energia?	1	2	3	4
33-Os seus tornozelos incharam?	1	2	3	4
34-Sentiu que o seu companheiro lhe prestou pouca atenção?	1	2	3	4
35-Sentiu-se bem desperta durante o dia?	1	2	3	4
36-O companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?	1	2	3	4
37-O companheiro tentou participar nos seus interesses?	1	2	3	4
38-Teve problemas de má digestão ou azia?	1	2	3	4
39-Sentiu-se tensa ou infeliz ao pensar na relação sexual?	1	2	3	4
40-Tem tido prazer nas pequenas coisas relativas ao bebé?	1	2	3	4
41-Sentiu náuseas ou enjoos?	1	2	3	4
42-Sentiu que a relação sexual era desagradável para si?	1	2	3	4
43-Sentiu que o companheiro saía demasiadas vezes sem si?	1	2	3	4
44-Sentiu orgulho na sua aparência física?	1	2	3	4
45-Sentiu que se excitava sexualmente com facilidade?	1	2	3	4
46-Tem tido fantasias sexuais agradáveis?	1	2	3	4
47-Sentiu o seu corpo suave e macio?	1	2	3	4
48-Desde que está grávida, sentiu-se próxima do seu companheiro?	1	2	3	4

49-Sentiu o seu corpo desajeitado ou sem graça?	1	2	3	4
50-Sentiu vontade de acariciar o companheiro?	1	2	3	4
Durante a sua gravidez...	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
51-Tem perguntado a si própria se o bebé é saudável e normal?	1	2	3	4
52-O companheiro tem demonstrado afecto por si?	1	2	3	4
53-Achou a sua constituição física frágil ou débil?	1	2	3	4
54-Pensou que a sua vida irá ser mais difícil depois do bebé nascer?	1	2	3	4
55-Achou os seus seios atraentes?	1	2	3	4
56-Desejou poder contar mais com o companheiro para cuidar de si?	1	2	3	4
57-Achou-se demasiado gorda?	1	2	3	4
58-Tem desejado ter relações sexuais?	1	2	3	4
59-Tem comido com prazer?	1	2	3	4
60-Agrada-lhe a ideia de amamentar o bebé?	1	2	3	4

ANEXO D

Folha de Consentimento por Escrito

recebido em
17/08/04
9463

Autorizados
Subscreva a propria e o
Dr. Manuel Hermida

Exmo. Sr. Presidente
do Conselho de Administração
Dr. Alvaro de Carvalho
H.G.O.

21-9-2004
Presidente do Conselho de Administração
Alvaro de Carvalho

Almada, 12 de Agosto de 2004

Exmo. Senhor,

Acta n.º 47
21/08/04

Na qualidade de Psicóloga Clínica da unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta com o nº mecanográfico 30369 e a CP nº 17/25377/2329 , venho solicitar a V/ autorização para um estudo clínico com a finalidade de colher uma amostra para a minha tese de dissertação do Mestrado em Psicossomática, edição 2002-2004, a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada sob a orientação do Prof. Dr. António Francisco Mendes Pedro.

Junto remeto um resumo do projecto de investigação assim como uma cópia integral do instrumento a ser utilizado no estudo : um questionário de 41 perguntas a ser aplicado a adolescentes grávidas entre a 28ª e a 32ª semanas de gestação após o seu consentimento prévio. Estes questionários são anónimos, sendo garantida a sua confidencialidade.

Agradecendo desde já a atenção dispensada a este assunto, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Paula Valente Zaragoza
Paula Valente Zaragoza
Psicóloga Clínica

É de autorizar a realização do presente trabalho, de acordo com a presente proposta, por se revelar de interesse científico, permitindo estudar uma amostra de grávidas adolescentes da área de influência do HGO e analisar o variado espectro de condicionais nos comportamentos e consequências inerentes

Concordo, integralmente, com a realização deste trabalho. A Autorização é para

15.9.04
Manuel
MANUEL HERMIDA
DIRECTOR DE SERVIÇO

28/9/04

A Directora Clínica
MANUELA CAPITÃO-MOR

