

ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL,
MEMÓRIA DE PRÁTICAS PARENTAIS E SUPORTE SOCIAL

IRINA ISABEL DA MATA FONSECA

Nº 19797

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA JUDITE CORTE REAL

Coordenador do Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA JUDITE CORTE REAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Judite Corte Real, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/ 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por tudo o que me ensinou a ser e fazer, pelo que deu, abdicou e investiu para que o meu percurso pudesse chegar a esta fase. Por querer um dia assemelhar-me à pessoa inspiradora, honesta e genuína que é, agradeço a sua disponibilidade, carinho, incentivo e amor.

Aos meus amigos Rita, Carina, Vera, João, Eduardo e Zé por fazerem parte da minha vida há muitos e longos anos. Obrigada pela amizade, apoio e incentivo que me ofereceram em todos os momentos partilhados.

Às minhas colegas de seminário, Inês, Catarina e Pascoalina, que me acompanharam neste último ano tão intenso e recheado de sofrimento e alegrias.

A todos os responsáveis das instituições onde fiz a recolha dos dados, pela sua preciosa colaboração, pois sem ela, este trabalho não teria sido possível.

À Prof. Doutora Judite Corte Real por ter permitido que este meu projeto sonhado pudesse ser realizado, por me ajudar a relativizar os obstáculos e me incentivar na elaboração deste trabalho.

Às minhas amigas Iscteanas e Ispianas, Ana, Rita e Iolanda pelos momentos únicos, partilha, apoio, ajuda e amizade que me dispensaram ao longo deste nosso percurso.

À avó mais linda do mundo, por tudo. Amo-te.

ÍNDICE

Artigo de Revisão de Literatura - Gravidez na Adolescência: Vinculação Pré-Natal, Práticas Educativas Parentais e Suporte Social	1
Resumo	2
Abstract.....	3
Introdução	4
1. Adolescência.....	7
1.1. Conceito	7
1.2. O Desenvolvimento na Adolescência	9
1.3. Perspectivas Teóricas.....	10
1.3.1. Abordagem Antropológica	10
1.3.2. Abordagem Psicanalítica	11
2. Gravidez.....	13
2.1. Considerações Gerais.....	13
2.2. A Gravidez na Adolescência.....	17
2.2.1. Perspectivas Sobre a Gravidez na Adolescência	19
2.2.1.1. Modelo Médico.....	19
2.2.1.2. Modelo Sociológico.....	20
2.2.1.3. Modelo Cognitivo	20
2.2.1.4. Modelo Psicodinâmico	21
3. Vinculação	23
3.1. Conceito e Perspectivas	23
3.2. Vinculação Pré-Natal.....	27
4. Práticas Educativas Parentais	31
5. Suporte Social.....	35
6. Suporte Social na Gravidez Adolescente.....	39
Conclusão.....	41
Referências Bibliográficas	46

Artigo Empírico - A Gravidez na Adolescência: Vinculação Pré-Natal, Memória de	
Práticas Parentais e Suporte Social	63
Resumo	64
Abstract.....	66
Introdução	68
Método	75
Tipo de Estudo	75
Participantes.....	75
Instrumento	85
Procedimento	90
Resultados.....	91
Discussão	105
Referências Bibliográficas	125
Anexos	140
Anexo A: Questionário Sociodemográfico.....	141
Anexo B: Questionário de Memórias de Infância.....	143
Anexo C: Escala de Vinculação Pré-Natal	145
Anexo D: Questionário de Suporte Social (SSQ-6).....	148
Anexo E: Autorizações dos Autores Para Aplicação dos Instrumentos	152
Anexo F: Pedido de Autorização Para a Aplicação dos Instrumentos de Recolha de	
Dados	153
Anexo G: Pedido de Consentimento Informado às Adolescentes Grávidas e aos	
Encarregados de Educação	155
Anexo H: Análise de Frequências dos Itens da Escala de Vinculação Pré-Natal.....	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das Adolescentes Grávidas (dados relativos a filhos, idade, nacionalidade, estado civil e viver com o pai do bebé ou outro companheiro)	76
Quadro 2: Situação Escolar	77
Quadro 3: Situação Laboral	78
Quadro 4: Planeamento e Aceitação da Gravidez	79
Quadro 5: Caracterização Sociodemográfica dos Pais das Adolescentes	80
Quadro 6: Caracterização Sociodemográfica das Mães das Adolescentes	81
Quadro 7: Respostas das Adolescentes a Questões Sobre os Pais	82
Quadro 8: Dados Sociodemográficos dos Pais dos Bebés	83
Quadro 9: Com Quem Vivem as Adolescentes Grávidas	84
Quadro 10: Respostas das Adolescentes Grávidas Sobre a Existência de Apoio de Instituições	85
Quadro 11: Pessoas Com Quem as Adolescentes Grávidas Podem Contar	93
Quadro 12: Número de Pessoas Nomeadas por Questão e no Total	94
Quadro 13: Anova Amostras Dependentes: Número de pessoas nomeadas por questão - Comparação Entre as 6 Questões do Suporte Social	95
Quadro 14: Grau de Satisfação – 6 Questões do Suporte Social	95
Quadro 15: Anova de Friedman-Grau de Satisfação -Comparação Entre as 6 questões do Suporte Social	96
Quadro 16: Memórias de Infância - Comparação Entre Resultados da Escala Paterna e Materna	97
Quadro 17: Relação entre Suporte Social e Memórias de Infância	99
Quadro 18: Resultados no Score total e nas Duas Dimensões da Escala de Vinculação Parental	100
Quadro 19: Relação Entre Vinculação Pré-Natal e Suporte Social	101
Quadro 20: Relação Entre Vinculação Pré-Natal e Memórias de Infância	102
Quadro 21: Mann-Whitney - Comparação entre Adolescentes que Planearam a Gravidez e Adolescentes que não Planearam a Gravidez com a Vinculação Pré-Natal	103
Quadro 22: Mann-Whitney - Comparação entre Adolescentes que Vivem com o Pai do Bebê e as que não Vivem com o Pai do Bebê com a Vinculação Pré-Natal	104
Quadro 23: Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Vinculação	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Memórias de Infância – EMBU

97

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL, PRÁTICAS EDUCATIVAS
PARENTAIS E SUPORTE SOCIAL**

RESUMO

A adolescência foi estudada por várias áreas da ciência e definida como um período de crise. A gravidez é também considerada um período, um estágio de desenvolvimento com curta duração, de transição e preparação para as tarefas de um estágio mais longo: o da maternidade e paternidade. A gravidez na adolescência constitui um fenómeno bastante estudado por ter sido associado a diversos problemas de cariz social, nomeadamente baixa escolaridade, emprego precário e pobreza (Pereira et al., 2005). Neste contexto, o suporte social assume um papel de especial importância, dado poder proporcionar às adolescentes grávidas, bem-estar, afectos e vivências benéficas, que contribuem para as ajudar a perceber as mudanças da gravidez com menos stress. Segundo Cobb (1976) um bom suporte poderá providenciar orientação no que respeita aos cuidados pré-natais adequados e preparação para o parto; apoio nas tarefas do quotidiano (vida de casa, cuidar das crianças), ou a ajuda necessária nas exigências físicas, principalmente no final da gestação.

Outra questão importante neste âmbito é a da vinculação pré-natal entre a grávida e o seu feto; enquanto criança a adolescente interiorizou características das suas interações com os pais, elaborou um conjunto de expectativas acerca da própria, dos outros e do mundo em geral, que correspondem ao que Bowlby (1973) designou de “*working models*”, modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos. Estes modelos continuam a ser importantes, principalmente quando a adolescente estabelece novas relações, verificando-se que as interações e práticas educativas do passado influenciam a vinculação da adolescente com o seu feto, no presente.

Este artigo tem como objectivo fazer uma revisão de literatura acerca destas temáticas, salientando-se a sua inter-relação, nomeadamente a influência do suporte social, vinculação pré-natal e práticas educativas parentais na gravidez na adolescência.

Palavras-chave: Adolescência; Gravidez; Gravidez na Adolescência; Vinculação; Vinculação Pré-Natal; Práticas Educativas Parentais; Suporte Social; Suporte Social na Gravidez Adolescente.

ABSTRACT

Adolescence was studied by several areas of science and was defined as a period of crisis. Pregnancy is also considered a period, a short-termed stadium of development, of transition and preparation for the tasks of a longer termed stadium: that of motherhood and fatherhood. Teenage pregnancy constitutes a quite studied phenomenon for having been Associated to several social-rooted problems, namely low education, precarious employment and poverty (Pereira et al., 2005). In this context, social support has a roll of great importance, given that it can provide to pregnant teenagers, the well-being, affections, and beneficial experiences, which contribute to help them perceive the changes of pregnancy with less stress. According to Cobb (1976) a good support can provide guidance in what concerns to adequate prenatal caring and preparation for delivery; support in everyday tasks (house life, caring for children), or the necessary help in physical efforts, mainly in the end of gestation.

Another important question in this matter is that of prenatal attachment between the pregnant women and her fetus; as a child the teenager interiorized traits of her interactions with her parents, elaborated a set of expectations about herself, about others and the world in general, which correspond to what Bowlby (1973) defined as “working models”, representational models or internal dynamical models. These models continue to be of importance, mainly when the teenager establishes new relationships, which allows us to verify that the interactions and educational practices of the past influence the attachment of the teenager with her fetus, in the present.

This article serves the purpose of reviewing the literature on these thematic, emphasising its inter-relation, namely the importance of the social support, the prenatal attachment and the parental educational practices on the teenager’s pregnancy.

Key Words: Adolescence; Pregnancy; Teenage Pregnancy; Attachment; Prenatal Attachment; Parental Educational Practices; Social Support; Social Support in Teenage Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975), a adolescência compreende o período de desenvolvimento do indivíduo entre os 10 e os 19 anos de idade; este é um período particularmente rico em mudanças em várias áreas, implicando reajustamentos a nível fisiológico, psicológico e social (Lourenço, 1998). A gravidez nesta fase do ciclo de vida está longe de se constituir como um fenómeno recente, mas a sua visibilidade tem aumentado consideravelmente nos últimos anos; mudanças sociais, de mentalidade, nomeadamente no que toca a papéis e perspectivas da mulher sobre a sexualidade e a própria adolescência, ao longo do último século, contribuíram para uma visão diferente da gravidez, quer a nível social ou laboral. Na realidade, se por um lado, o aumento da escolarização da mulher fez com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além das tradicionais funções de esposa e de mãe (Pereira, 2001), por outro, a antecipação do início da atividade sexual contribuiu para um período de risco alargado de gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001).

Nas atuais sociedades ocidentais, ao invés das sociedades ditas primitivas onde se encoraja, precocemente, o processo de autonomia e independência, a tendência é prolongar cada vez mais a dependência económica dos filhos, relativamente à sua família de origem. A gravidez e maternidade na adolescência, surgem na nossa sociedade como um grave problema, dado que determinam um vasto conjunto de consequências adversas quer para a mãe, quer para o bebé, que segundo alguns autores vêm agravar as já anteriores condições desfavoráveis de marginalização familiar, escolar e de trabalhadas adolescentes, ou seja, como refere Figueiredo (2000) e Fessler (2003), a gravidez na adolescência surgindo como resultado de um vasto conjunto de consequências adversas para a mãe e o bebé, pode ela própria, levar a consequências negativas para a adolescente e seus filhos, tornando ainda mais desfavorável uma condição que era já desfavorável à partida.

Nas sociedades ocidentais a gravidez na adolescência surge, normalmente, associada a questões como a exclusão social, nível socioeconómico e educacional mais baixos e ocupação profissional precária; são-lhe também associados níveis mais elevados de problemas de saúde física e psicológica, competências parentais mais pobres e um maior risco de negligência e maus-tratos do bebé, por parte das adolescentes (Ellis, Bates, Dodge, Fergusson, Horwood, Pettit & Woodward, 2003, Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006 e Pereira, Canavarro, Mendonça & Cardoso, 2002). Silva (1992, citado por Xarepe, 2002), acrescenta neste contexto, riscos clínicos quer para a jovem quer para o filho, como: atraso do

crescimento intrauterino, prematuridade e condicionantes ao crescimento da rapariga, imaturidade fisiológica materna e competição materno-fetal dos nutrientes. A prevenção deverá ser dirigida para a educação, com vista a prevenir o recurso ao aborto provocado e à gravidez indesejada.

Segundo o inquérito à Fecundidade e à Família, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 1998 e, observando as taxas de fecundidade dos diversos grupos etários, observa-se que o seu aumento se deve a mães entre os 15-24 anos de idade, uma vez que em todas as outras faixas etárias a tendência foi decrescente.

Vários são os países com taxas elevadas de incidência de gravidez na adolescência, na frente dos quais se encontram os Estados Unidos da América, (Kaufmann et al., 1998 e Manlove et al., 2002); apesar das medidas implementadas nos serviços de saúde, quer a nível do planeamento familiar quer no atendimento especializado a jovens, Portugal continua a apresentar uma das taxas de gravidez adolescente mais elevadas da União Europeia (Pereira et al., 2002), tendo até há bem pouco tempo ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004). A taxa de fecundidade nas adolescentes portuguesas atingiu os 16,9%, em 2007 (INE, 2008); com a entrada de novos países na União Europeia, a posição do nosso país melhorou (Eurostat, 2008), mas continua a ser bastante desfavorável. Assim, o estudo deste fenómeno na nossa cultura acresce de importância e significado não só pela compreensão teórica da sua ocorrência e das suas consequências, como pelas contribuições práticas que tal conhecimento pode proporcionar.

Dadas as implicações de ordem psicossocial e cultural, a ansiedade e preocupação associadas a uma gravidez adolescente, vividas muitas vezes em situações de grande precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé, vários autores como Canavarro e Pereira (2001), Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, e Magarinho (2006), Imamura et al. (2007), Soares e Jongenelen (1998) e Soares et al. (2001), salientam a necessidade de um investimento crescente no seu estudo, quer pela comunidade científica, quer pelas instituições de saúde, escolas e governantes (Justo, 2000), o que espelha as suas preocupações sociais, culturais e políticas e a importância da compreensão da prevenção e intervenção no sentido de minimizar os efeitos negativos deste fenómeno. O recente estudo sobre a gravidez na adolescência realizado a pedido do Governo Regional dos Açores e coordenado pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro (Canavarro, 2009) constitui um caso exemplar desta situação; desta iniciativa decorre a utilidade de estudos no mesmo âmbito temático, na Região Continental do nosso país, não só pela compreensão global que

podem proporcionar, como pelas especificidades que podem sobressair relativamente à vivência deste fenómeno nas diversas regiões.

A gravidez e maternidade precoce assim como as suas circunstâncias de risco, são também uma preocupação para os profissionais de saúde e educadores, pois tem sido associada a uma baixa qualidade relacional entre pais e filhas e a taxas mais elevadas de negligência e maus-tratos infantis, (Canavarro & Pereira, 2001, Ellis et al., 2003, Miller, Benson & Galbraith, 2001 e Pereira et al., 2002). Golse (1999/2002) tal como outros autores, realçam neste contexto, o facto de muitas vezes as jovens grávidas estarem subjugadas à marca da transgeracionalidade, ou seja, no caso de possuírem relações anteriores do tipo mais inseguro, estarem mais permeáveis à compulsão da repetição desses estilos relacionais com os seus filhos; outros autores como Fowles (1996, citado por Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008), Siddiqui et al. (2000, citados por Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008), Huth-Bocks et al. (2004, citados por Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008) e Pajulo et al. (2006, citados por Vedova, Dabrassi e Imbasciati, 2008), alertam para a qualidade da vinculação que estas mães estabelecem com os seus filhos, em especial a vinculação pré-natal, ou seja, a que a mulher estabelece com o seu feto, durante a gravidez e que tem sido considerada como um indicador da sensibilidade na interação com o recém-nascido e da competência maternal nos cuidados para com a criança. Matos (1998, citado por Xarepe, 2002) evidencia o grau de risco associado ao grau de rejeição/aceitação familiar da adolescente e sua condição social. Para uma adolescente que se depare com uma total rejeição da família existe um real risco de exclusão social e de um percurso sócio-afectivo pleno de dificuldades, pelo que se torna indispensável uma boa rede de suporte social, ou na sua ausência, o apoio de instituições de solidariedade social; nos meios urbanos as adolescentes que têm suporte emocional e económico, podem por vezes continuar os seus estudos, obter ocupações profissionais satisfatórias e receber aconselhamento sobre planeamento familiar. O suporte social revela-se, assim, como um conceito de extrema importância no âmbito da problemática que é a gravidez e maternidade na adolescência.

Neste trabalho pretende-se investigar a vinculação pré-natal em grávidas adolescentes, tendo em consideração o seu suporte social e cuidados parentais recebidos durante a sua infância; se se compreender melhor os factores que influenciam positiva ou negativamente, o estabelecimento da vinculação pré-natal, podem-se desenvolver intervenções com resultados mais positivos a longo prazo.

O principal objetivo do presente estudo será então, investigar a vinculação pré-natal das adolescentes grávidas e sua relação com o suporte social atual e práticas educativas dos pais na sua infância.

A presente dissertação encontra-se organizada em dois artigos, o de revisão da literatura e o artigo empírico; o primeiro inclui um resumo, introdução e um enquadramento teórico (seguido de uma conclusão e as referências bibliográficas), onde se abordam as diferentes teorias e estudos realizados sobre as principais temáticas deste estudo: adolescência e gravidez, vinculação, práticas parentais e suporte social.

No artigo empírico além da introdução teórica sobre as principais variáveis abordadas no artigo de revisão de literatura deste estudo e descrição dos principais objetivos e questões de investigação, procede-se na secção do método à apresentação dos participantes, instrumento utilizado e procedimento adoptado; seguem-se a análise dos resultados e sua discussão, tentando-se o confronto e interpretação dos dados obtidos tendo em conta a literatura existente neste domínio e as limitações do presente estudo. No final incluem-se algumas sugestões para futuras investigações e a bibliografia consultada para a elaboração deste trabalho.

1. ADOLESCÊNCIA

1.1. CONCEITO

O conceito de adolescência tem sido ao longo dos tempos objeto de controvérsia e tal como tem acontecido com outros conceitos importantes, a mudança da época histórica altera-lhe a perspectiva, enriquece a análise e recria a discussão (Xarepe, 2002).

A palavra adolescência vem do latim “Adolescere”, que significa “crescer” “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” e foi ponderada por diversas correntes do pensamento (Filosofia, Psicologia, Ciências Sociais, entre outras), como um período “conturbado” do desenvolvimento (Gutton, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004 e Muuss, 1976). Segundo Leal (2000), costuma-se falar da adolescência como um tempo de crise, no sentido de quebra com mecanismos de funcionamento anteriormente fundados e fixados; como refere Xarepe (2002) a adolescência é um período de profunda mudança, dado o ser humano se ver confrontado com alterações físicas, psicológicas e sociais que precisam de ser construídas (Leal, 2000).

No mundo dos estudiosos do comportamento humano, a adolescência, tal como o climatério e a gravidez (e os seus correspondentes no masculino), é vista como um período emocionalmente crítico (Leal, 2000). De acordo com a mesma autora, na adolescência existe uma trilogia bio-psico-social em que tudo é importante e qualquer aspecto pode ser exacerbado, de tal forma que se transforme em desencadeante de verdadeiras crises.

Segundo Matos (1986), a adolescência é um grande passo evolutivo na vida de todo o indivíduo, é uma passagem de um mundo oferecido e imposto para um mundo escolhido e criado. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência constitui uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social, delimitada pela faixa etária entre os 10 e os 19 anos (WHO, 2002).

As dificuldades inerentes à adolescência têm vindo a preocupar a sociedade desde a antiguidade, sendo que só a partir do final do século XIX, com a revolução industrial – a par do prolongamento do controle das famílias sobre os jovens até à idade do casamento (Farinha & Afonso, 2009), este período foi visto como uma etapa distinta do desenvolvimento humano (Ferreira & Nelas, 2006).

Na sociedade atual, a adolescência é conceituada como um período de transição, durante o qual o jovem terá que buscar uma identidade, ao mesmo tempo que se atesta para o exercício de funções adultas (reprodução e produção). A construção desta identidade, considerada como síntese entre a imagem infantil e a que vai sendo incorporada pelo desenvolvimento, é a tarefa desenvolvimental principal da adolescência, que segundo Leal (2000), envolve a organização do emocional e do social em torno de zonas conflituais.

Quanto ao “início” e “fim” desta etapa específica na vida do ser humano, verifica-se que não há um consenso entre os diversos autores, sendo variados os critérios encontrados na literatura, que a delimitam; a sua localização no tempo é, como tal, problemática. Cabral (2002) apela à contextualização dos próprios conceitos de jovem, adolescente ou adulto, alertando que a sua atribuição a certas idades pode ser inadequada em alguns sectores da sociedade; por outro lado, alguns autores afirmam que entre a infância e a idade adulta, a adolescência caracteriza-se por um processo de maturação que confere ao indivíduo a possibilidade de adquirir um conjunto de elementos de ordem psicológica, social, económica e cultural, que são indissociáveis e é o conjunto das suas interações que lhe vai criar autonomia em relação à família de origem e que também confere unidade à transformação adolescente. A definição de adolescência centra-se em modelos conceptuais, que são criados e utilizados por especialistas com formações diferentes, relativamente às atividades de clínica e de investigação. Os campos que permitem a concepção, por muito diferentes que pareçam,

não podem ser assumidos como estranhos uns aos outros. Como tal, o funcionamento intelectual, cuja abordagem cognitiva está em assumido progresso, não pode ser tido como um domínio estranho aos rearranjos hormonais, ao desenvolvimento afectivo e às condições socioculturais, que também não deviam ser reduzidas a estes outros desenvolvimentos.

Segundo Carvalho, Leal e Sá (2004), o conjunto de alterações emocionais da adolescência leva-nos a questionar o seu desenvolvimento no âmbito da sexualidade e da maternidade ou paternidade.

1.2. O DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA

Atualmente fala-se da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano que faz uma ponte entre a infância e a idade adulta; porém não pode ser compreendida somente como uma fase de transição, pois envolve mudanças profundas que ocorrem nas várias áreas do desenvolvimento fisiológico, psicológico, emocional, cognitivo e social (DiClemente et al., 2001, Omar, McElderry & Zakharia, 2003 e Simons-Morton & Hartos, 2002). As alterações ocorrem no processo de deslocação do indivíduo de forma dinâmica do “mundo despreocupado da infância” para o “universo das responsabilidades do adulto” (Sprinthall & Collins, 1994). Ao ser confrontado com um corpo, emoções, intelecto, valores, relações sociais e familiares em mudança, o adolescente tem de encontrar uma forma de se adaptar a uma nova circunstância, novos papéis e a uma participação mais ativa na sociedade (Grady & Bloom, 2004).

Esta fase de desenvolvimento do ser humano inicia-se com as transformações fisiológicas da puberdade, que ocorrem mais cedo, em termos temporais, nas jovens do sexo feminino, sendo condicionada por factores de ordem social e cultural em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional (Silva, 2010); neste período salientam-se não apenas as alterações corporais típicas da puberdade, mas também a sua aceitação por parte do jovem e consequentemente, a mudança da auto imagem corporal e a maturidade sexual alcançada, que segundo Carvalho, Leal e Sá (2004) estará sujeita às vicissitudes da maturação emocional.

A adolescência, é uma fase de reestruturação afectiva e intelectual da personalidade, um processo de individuação e de metabolização das transformações fisiológicas ligadas à integração do corpo sexuado; como já foi referido, é difícil precisarmos o fim desta fase, dado que são inúmeros os casos de adolescentes prolongados que continuam a trabalhar na sua personalização (Jalley & Selosse, 2001, citados por Doron & Parot, 2001). Esta fase de

desenvolvimento do ser humano, constitui um campo psicológico privilegiado para o estudo da mudança, sendo esta entendida, pela revivescência do movimento de separação/individuação da primeira infância, pela reativação do conflito edipiano, desligação das imagens parentais infantis e a nova ligação a novos objetos libidinais, pelas relações defensivas com um ideal do Ego e as pulsões para estabelecer um equilíbrio novo e narcísico. A adolescência é então, uma moratória infiltrada por uma problemática identificatória, em que o essencial consiste na negociação de lutos, perdas e desilusões até ao momento em que o sujeito pode assumir a sua separação e diferenciação, na autonomia. Segundo Leal (2000), os adolescentes têm de facto como desafio, alterar a qualidade da relação com os próprios pais; explorar as suas metas vocacionais; preocuparem-se de uma forma inovadora com questões ideológicas, sejam estas de cariz religioso ou político; explorar e desenvolver as relações com os pares e estabelecer relações íntimas de modo próprio, por sua iniciativa.

Intellectualmente, a fase da adolescência, caracteriza-se pela conquista do pensamento formal, que permite aos jovens pensar sobre o seu pensamento (meta cognição) e efetuar operações reversíveis entre o que é real e o que é possível; esta nova capacidade, que ocorre ao longo de toda a fase da adolescência, leva o jovem a não se contentar com a resolução dos problemas do momento, mas a motivar-se para ocupar um lugar no mundo dos adultos. O raciocínio hipotético-dedutivo (nomeadamente a noção de lei) permite o domínio dos possíveis pelo pensamento, pode conduzir a um egocentrismo metafísico, permitindo também que o sujeito conceba projetos futuros e grandes ideias; o adolescente torna-se capaz de construir teorias sobre o mundo, de pensar em termos abstractos, planejar as suas ações futuras integradas num projeto e começar a pensar em si como os adultos. Jalley e Selosse (2001, citados por Doron & Parot, 2001) distinguem entre as formas clínicas da adolescência, a originalidade juvenil que se considera normal, sentimentos de isolamento e grandes preocupações com a imagem corporal, podendo-se evidenciar perturbações mentais graves e atitudes de desafio e dependência, que provocam agressão e desvio.

1.3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

1.3.1. ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA

Segundo Gutton (2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004) para a antropologia, a adolescência é uma idade de transição entre a infância e a idade adulta. Na esteira de Mead há quem considere que o fenómeno se manifesta em condições culturais e

económicas específicas (Gutton, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004); outros consideram que a adolescência é um facto social incontornável, enquadrando ou simbolizando as reestruturações psíquicas e somáticas da puberdade. A adolescência pode ser curta, condensada nos ritos da iniciação, como se pode arrastar durante vários anos, variando consoante a idade e evolução da sociedade. Segundo Gutton (2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004) entre as suas principais características considera-se, uma concepção da diferença de sexos, oposição dialéctica entre organizações privadas e públicas, como por exemplo, a vida familiar e prática da rua, a noção de trabalho de menores, os seus locais de vida e os seus reagrupamentos. Tal como noutras minorias, a adolescência constitui o lugar de projecção de eleição dos problemas da sociedade, por exemplo, relativamente à violência, independência, sexualidade, aprendizagem, ou conceitos de modernismo e de post-modernismo. As suas delimitações são várias vezes imperfeitas; segundo Mauger, Bendit e Wolffersdarff (1994), a adolescência estaria situada entre a idade estatisticamente mais frequente da puberdade e algumas marcações socioculturais, das quais se reconhece cada vez mais a incerteza, como o abandono do lar, o envolvimento profissional e a parentalidade.

1.3.2. ABORDAGEM PSICANALÍTICA

A compreensão do adolescente enquanto sujeito é resultante de forma quase exclusiva dos trabalhos psicanalíticos sobre os processos da adolescência. De há 20 anos para cá houve um desenvolvimento grande destes trabalhos, permitindo conceder uma formação particular aos psicoterapeutas, que trabalham de forma privilegiada com os adolescentes (Gutton, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004). Gutton (2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004) destaca, neste contexto, a importância de três conjuntos de processos, (1) o primeiro são as reestruturações psíquicas ligadas ao aparecimento da puberdade. Segundo Rondon (2001), nada permite conceber, na evolução mais ou menos caótica da pulsão sexual, um esquema acabado, preparando a puberdade como se fosse um objetivo; Freud quis evidenciar a pulsão no instinto, quando descreveu uma espécie de desenvolvimento programado no qual sexualidade infantil, sexualidade da puberdade e adulta estão em continuidade. Carvalho, Leal e Sá (2004) referem que a adaptação psicológica às alterações da puberdade, leva à reatualização da problemática da sexualidade. Embora as pulsões sexuais da infância, devido ao aparecimento da puberdade encontrem a sua finalidade, têm como consequência uma crise das organizações infantis do funcionamento psíquico, uma revivescência edipiana original assimétrica, centrada na heterossexualidade incestuosa e

parricida e uma elaboração ou sublimação da homossexualidade infantil, consideradas como causa importante do aparecimento de perturbações psicopatológicas durante a puberdade; (2) o segundo conjunto de processos tem a ver com a necessidade de se assegurar a continuidade psíquica, sendo este tão importante quanto as reestruturações precedentemente definidas são intensas. O seu objectivo é a manutenção e a reconstituição das instâncias de segunda tópica, tendo em comum com o primeiro a procura de apoios consequentes, no ambiente ou nos objetos exteriores, de forma a assegurar as funções de manutenção da realidade, censura e referências ideais neste contexto de mudança. Esta estratégia centra-se ao mesmo tempo nas pessoas e nas ideias - se os objetos parentais estão na primeira linha, os pares têm um lugar que se torna cada vez mais importante; (3) o terceiro e último conjunto de processos, relaciona-se com o facto de, se o fim das pulsões sexuais se torna possível pela puberdade, essas pulsões não encontraram, nas figuras e realidades parentais, objetos adequados à sua satisfação. Os rearranjos pubertários põem em oposição, ou mesmo em impasse, a entrada na categoria do possível e a interdição incestuosa fundamental a qualquer aculturação. Processos psíquicos devem assegurar (a) o recalçamento das representações parentais e a sua rejeição para o inconsciente (teoria da posterioridade); (b) o desinvestimento ou obsolescência dos objetos parentais atuais; (c) o investimento de novos objetos de amor com os quais a sexualidade possa desenvolver-se fora do interdito incestuoso, manifestando-se o regresso do recalçado e os fantasmas de criança.

De acordo com Gutton (2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004) a interação entre os diferentes processos, em que o primeiro é fonte de mudança, é estreita, não sendo, no entanto possível uma concepção da adolescência sem uma participação parental intersubjetiva; estes processos de adolescência podem ser estudados como a transferência das representações parentais inconscientes para novos objetivos e a libertação da realidade parental e familiar em benefício de uma abertura exogâmica. Esta tática dá todo o seu espaço às posições dos pais e do meio sociocultural em relação ao adolescente envolvido em acontecimentos amorosos; as experiências de confrontação das imagens e realidades parentais e amorosas formam a história da adolescência, dando significações originais a qualquer acontecimento intercorrente. A patologia inscreve-se como uma resistência “na” adolescência.

Cardoso (2001) sugere que, na luta entre a dependência dos objetos e a busca da autonomia, a violência comporta uma dimensão de domínio sobre o outro, para instaurar um processo de separação: “Através de atos violentos, tenta-se inverter o processo, transformar passividade em atividade, formação de um estranho ‘compromisso’ entre o desejo de marcar uma diferença e o desejo de uma aproximação extrema com o outro” (p. 4).

Se é fácil definir o início da adolescência, dado ser precedida de uma fase preparatória (pré-adolescência), é mais delicado delimitar um fim (Alléon, Morvan & Lebovici, 1985) dos processos em jogo. Todavia, os fenómenos críticos de que são a causa parecem extinguir-se progressivamente aquando da “adultização”.

2. GRAVIDEZ

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Segundo Colman e Colman (1994^b), a gravidez é considerada um estágio de desenvolvimento com curta duração que dará início ao estágio mais longo referente à condição de ser mãe ou pai; constitui um período de transição, de preparação para as tarefas da maternidade, que são consideradas complexas e desafiantes.

Segundo Leal (1997), no mundo ocidental, a gravidez constitui um fenómeno cada vez mais raro, confirmando-se a partir dos anos sessenta, um decréscimo das taxas de natalidade e da situação conhecida como “baby boom”; hoje em dia as gravidezes são cada vez mais planeadas ou adiadas em função de inúmeros factores. No entanto segundo Leal (2005), enquanto a adolescência ou o climatério vividos no individual são relevantes sobretudo para os próprios, a gravidez, enquanto fase de reprodução das pessoas individuais e da própria espécie, tem ao longo dos séculos, merecido outros níveis discursivos e normativos (Leal, 1997).

A gravidez é um período de grandes alterações físicas, mas que as ultrapassa largamente, pois contempla uma criança a nascer, seus pais e a sociedade, que precisa de assegurar a própria continuidade (Leal, 1997); este momento, apesar de ser belo e especial, também é carregado de angústias e perpassado por vivências psicológicas, enquadradas num contexto histórico e sociocultural. Segundo Barbaut (1990, citado por Canavarro, 2001) e Kitzinger (1978, citado por Canavarro, 2001), embora a importância e vivências da gravidez tenham variado com o decorrer do tempo e com os contextos socioculturais, em praticamente todas as épocas e culturas ocupam um lugar privilegiado.

O modo como a cultura e sociedade veem a maternidade tem grande impacto na experiência de gravidez da mulher como pessoa única; a gravidez, indispensável à vida humana, tem sido objeto de adoração em culturas milenares. Os arqueólogos descobriram estátuas de mulheres fecundas, de grandes seios e grandes barrigas, em locais espalhados por

todo o mundo, presumivelmente também, porque a deusa fértil era considerada uma divindade poderosa (Colman & Colman, 1994^a).

Em muitas sociedades a gravidez é um estado ritual, a futura mãe tem uma relação especial com toda a sociedade, existindo cerimónias de gravidez, com função de ligação do presente ao passado e do mundo ao divino. Segundo Xarepe (2002) determinadas civilizações colocam a grávida numa condição ritual especial que liga as mulheres e as crianças que vão nascer à terra e aos deuses.

A atitude perante a concepção e gravidez varia por todo o mundo. Numas sociedades, a gravidez é festejada como a prova de fertilidade, noutras nem tanto, mas em todas, é importante que a criança seja aceite por um homem enquanto filho (Correia, 1998^a). Crê-se que nos dias de hoje, o que principalmente marca a diferença da experiência da gravidez da mulher pós-moderna, ocidental e de classe média é a possibilidade de opção (Canavarro, 2001).

Na nossa sociedade, não existem rituais do tipo ancestral descritos na literatura e embora muitas mulheres vivam a gravidez como o ponto alto das suas vidas, a nossa sociedade não venera a mulher grávida nem lhe atribui poderes como noutras culturas. A mulher grávida na nossa sociedade, torna-se muitas vezes numa “doente” que necessita de cuidados médicos, como alguém com problemas de saúde, o que pode levar a uma diminuição de confiança em si próprias quanto à sua capacidade de prosseguir uma gravidez e dar à luz sem intervenção médica (Correia, 1998^b). A gravidez, o nascimento e a maternidade, bem como a paternidade, distraem muitas vezes, tanto os homens como as mulheres, dos seus outros objetivos na vida e esgotam as suas reservas tanto emocionais como económicas; é por estas razões que se pode escolher evitar ou interromper uma gravidez já iniciada.

Quando uma mulher escolhe ser fértil e procriar, entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal e que a liga ao colectivo; a gravidez significa fecundidade, alimentação, amor incondicional e criatividade, conceitos mais fáceis de defender quando a gravidez diz respeito a outra pessoa, pois podem arrasar uma mulher que esteja simplesmente a tentar lidar com a sua vida pessoal, não se importando com o significado transcendente para outrem (Colman & Colman, 1994^c). Segundo Colman e Colman (1994^c), a mulher pode sentir que as outras pessoas estão a ver os seus estereótipos de gravidez e não a grávida como uma pessoa; pode sentir que o seu corpo está ao serviço da espécie, que ela se tornou apenas um recipiente para o feto, ou uma máquina de leite e de conforto para o bebé. Os imperativos biológicos são tão grandes que, por vezes, ela pode sentir que o contacto com a sua consciência individual é apenas superficial.

Segundo Colman e Colman (1994^c) a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros. Às vezes as mulheres grávidas são vistas como poderosas e férteis, outras vezes como frágeis, vulneráveis e doentes.

Tendo em conta que cada gravidez é única, a mesma mulher pode reagir de formas diferentes a cada nova gravidez; no entanto, há uma certa qualidade da experiência interna que parece ser própria deste estado (é inerente a todas as gravidezes fazendo delas um momento diferente de qualquer outro) a que se associam os aspectos arquetípicos da gravidez (Colman & Colman, 1994^a), resultantes da combinação de factores biológicos e sociais que parecem ser libertados à vez, à medida que nos envolvemos no ciclo da vida e que influenciam o nosso desenvolvimento de um estágio para outro.

Segundo Tendais, Figueiredo e Mota (2007) e Correia (1998^a) a maior parte das vezes vê-se a gravidez como um acontecimento de vida, mas na realidade, a gravidez transcende o momento da concepção. É, mais do que um acontecimento, um processo, que corresponde a um período situado entre a concepção e o parto, correspondendo a cerca de 40 semanas; está temporalmente bem definido, sendo caracterizado essencialmente por modificações físicas acompanhadas das consequentes vivências psicológicas, sociais e culturais.

Em todo o mundo, as mulheres vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico. Mudanças da figura corporal, secreções de hormonas e a confusão de apoios à sua volta, bem como, expectativas culturais, são incontornavelmente refletidas na psique e na vida mental da mulher grávida; segundo Colman e Colman (1994^a) mudanças na identidade vão de mãos dadas com mudanças no corpo e nos papéis sociais.

A realidade psicológica da gravidez não é sobreponível aos acontecimentos fisiológicos; pode existir quem se sinta psicológica e emocionalmente grávida antes de se ter dado a concepção ou, menos frequentemente, haver quem possa estar psicológica e emocionalmente alheio da gravidez até o bebé nascer.

Colman e Colman (1994^b) afirmaram que, o calendário psicológico da gravidez nunca vai ser tão preciso como a contrapartida física; há muito a aprender sobre a experiência da gravidez, estudando estágio a estágio, a evolução de certos temas e preocupações ao longo dos meses.

Segundo Canavarro (2001) a gravidez e sobretudo a maternidade, funcionam no equilíbrio e desequilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia. Tentar compreender a gravidez do ponto de vista psicossocial

implica o reconhecimento de que este momento tão importante do ciclo de vida é vivido pela mulher como um período de crise/transição.

Segundo Pedro (1985), esperar um filho e quando se trata especialmente do primeiro, é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher e representa, sem dúvida, um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade. Representa, por outro lado, uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades face a um novo ser, em relação ao qual a mulher se sente particularmente ligada desde o início, por uma relação de dependência mútua e progressiva.

A gravidez é indiscutivelmente uma fase que requer uma adaptação, podendo ser afectada pela forma como a mulher e o companheiro reagem a esta condição e pela presença ou ausência de complicações durante a mesma (Pereira, Santos & Ramalho, 1999); segundo estes autores a adaptação à gravidez parece estar também associada aos recursos de *Coping*, Suporte Social e à qualidade do Relacionamento Conjugal das grávidas, verificando-se que níveis reduzidos nestas variáveis criam, na grávida, uma vulnerabilidade física e psicológica, tendo o sentido de coerência um efeito mediador nos factores de risco para a saúde física e psicológica da grávida (Pereira, Santos & Ramalho, 1999).

São grandes as mudanças na mulher durante este período e muitas vezes, as alterações corporais não são bem aceites. A ideia de que as mulheres, especialmente mães, são excessivamente preocupadas com o peso e com a forma do corpo tem muita importância na nossa cultura (Jordan, Capdevila & Johnson, 2005).

Segundo Conde e Figueiredo (2007) a transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação árduo e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. De facto, a futura mãe e o futuro pai terão de ajustar-se a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no próprio corpo da mulher, como em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação ou no parto, ou de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo, 2001).

Hoje em dia, a gravidez e os seus riscos, assim como a condição económico-social e a insegurança aliada a esta, dominam as preocupações parentais no período de transição para a parentalidade. É nestas áreas da vida, conjuntamente com a profissional, familiar e interpessoal, que se encontram englobados os acontecimentos de vida adversos onde se focaliza a maior intensidade de preocupação de mulheres e homens, durante esta fase exigente das suas vidas (Conde & Figueiredo, 2007). Os resultados obtidos na investigação de Conde e

Figueiredo (2007) apontam para um decréscimo, na globalidade das preocupações maternas e paternas, ao longo dos últimos meses de gravidez e primeiros meses do puerpério, em particular as que se relacionam com o domínio familiar e interpessoal e a atual gravidez, apesar da estabilidade temporal que se observou nas preocupações relativas ao domínio económico-social, profissional, educacional, aceitação da atual gravidez e áreas não especificadas. Constituindo a gravidez um período de transição, um estágio de desenvolvimento relativamente curto que estreia um estágio muito maior, que é a condição de ser mãe ou pai, pode ser usado para a preparação de tarefas complexas e desafiantes, devendo o seu significado e sentimentos mais profundos serem reconhecidos e respeitados; tanto homens como mulheres se esforçam para serem pais, não só aprendendo a fazer exercícios de respiração e a mudar fraldas, como também, a enfrentar sentimentos do passado, explorar inseguranças, enfrentar medos e aceitar forças e fraquezas.

Torna-se assim fundamental perceber a importância da psicologia no campo da gravidez e da própria maternidade, que constitui, segundo Leal (1997) uma área muito específica, ainda que ampla, dentro da área da Psicologia da Saúde, em que o objecto é a mulher grávida, a espetacularidade de uma fase em que o corpo se transforma para dar origem a outro ser e que encerra, justificadamente, encantamento e mistério; segundo esta autora, na Psicologia da Gravidez e da Maternidade, talvez mais do que noutros âmbitos da Psicologia da Saúde, presencia-se um desenvolvimento admirável e acelerado, que pode colidir com valores sociais ou leis em vigor.

2.2. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) define gravidez na adolescência como a ocorrência de uma gravidez em jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. A gravidez na adolescência é uma das questões realçadas no relatório sobre o estado de saúde dos jovens da União Europeia, dado que implica um significativo aumento do risco de problemas sociais, económicos e de saúde da mãe e do bebé (European Commission, 2000), constituindo, pelas suas implicações biopsicossociais, um assunto de grande relevância, tanto no âmbito da psicologia como da enfermagem e medicina (Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005). Este fenómeno passou a ser valorizado no final da década de 60 (Figueiredo, 2001, 2003), num período em que se começou a verificar um decréscimo do número de gravidezes em mulheres com mais de 20 anos versus o aumento de gravidezes nas adolescentes; apesar de não ser novo, poucos estudos têm sido feitos sobre este assunto, segundo Levandowski (2001)

que afirma que apenas 3,42% dos estudos entre 1990 e 1999 se referem à maternidade adolescente e destes, poucos incluem o pai adolescente. Segundo Altman (2007) o conceito de adolescência dificilmente se concilia com o de gravidez, pelo menos na sociedade ocidental, havendo necessidade de novas formas de o analisar e compreender.

Leal (1992) refere que, em muitas situações de gravidez na adolescência não se observa a presença de um projeto de maternidade podendo este ficar assim comprometido. Segundo Carvalho, Leal e Sá (2004), a gravidez na adolescência pode: (a) proporcionar uma inaptidão em assumir os desafios e as exigências da adolescência; (b) provocar um amadurecimento excessivamente apressado que pode ter custos traumáticos para o progresso posterior; (c) ser um factor de exclusão grupal e/ou social; (d) deixar sequelas, se se desencadear um aborto mal pensado e planeado ou se, com ou sem o consentimento da adolescente, o bebé for levado para a adopção; (e) provocar episódios confusionais a nível familiar na assunção da tutela do bebé; (f) romper com os laços amorosos da adolescente ou, como opção, transformando um laço amoroso lábil ou transitório num vínculo obrigatório em função do bebé; (g) colocar inúmeros desafios transponíveis com o apoio familiar, ou ainda, ser uma restrição às possibilidades de futuras melhorias socioeconómicas das adolescentes. Todos estes riscos potenciais podem ainda ter um acréscimo geométrico se a gravidez resultar de uma circunstância accidental (uma festa, por exemplo) ou, com outro tipo de sequelas, de uma violação; nestes casos, os riscos de uma gravidez na adolescência podem refletir-se na vida emocional do bebé (Carvalho, Leal & Sá, 2004).

Vários são os países com taxas elevadas de incidência de gravidez na adolescência, à frente dos quais se encontram os Estados Unidos da América (EUA), (Kaufmann et al., 1998 e Manlove et al., 2002). Apesar do número de nados-vivos de mães adolescentes ter vindo a diminuir, registando-se um valor de 4551 em 2008, Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de ocorrência deste fenómeno, tendo até há pouco tempo ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004, INE, 2008 e Pereira, Canavarro, Mendonça & Cardoso, 2005); com a entrada de novos países na União Europeia, a posição do nosso país alterou-se (Eurostat, 2008), mas continua a ser bastante desfavorável.

A gravidez na adolescência atesta a presença de uma sexualidade atuante e a veracidade da fertilidade num corpo de uma mulher jovem e menor, sem o preconceito da presença de um perfil psicológico próprio e de uma psicopatologia. Na conjuntura social europeia, tal gravidez ergue uma sucessão de perguntas ligadas ao estatuto do corpo, à feminilidade e representação da criança na adolescente, a aspectos desenvolvimentais relativos ao

aparecimento de uma gravidez precoce e à futura relação mãe-bebê. Alguns factores socioculturais, onde se incluem, os maus tratos e os abusos sexuais, estão-lhe por vezes associados (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004).

Segundo Ourô e Leal (1998), a particularidade de uma gravidez precoce (do ponto de vista etário) depende do contexto, no seu sentido amplo, podendo a sua importância perder-se em estereótipos estereis e as desvantagens resultarem de características das sociedades atuais; estes autores realçam a importância dos recursos internos e contextos envolventes como mediadores do significado e do impacto de uma gestação na adolescência. Neste sentido deverão ser analisadas as expectativas, obstáculos e recursos da organização social atual (Ourô & Leal, 1998). Pinto e Rodrigues, (1999, citados por Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005) salientam, neste contexto, que a gravidez na vida da adolescente, põe em causa o valor da escolaridade (pois frequentemente a adolescente grávida vê-se obrigada a abandonar a escola ou o emprego) e outras normas sociais, promovendo disparidades.

Uma gravidez na adolescência pode ter origem num diverso conjunto de circunstâncias desfavoráveis, quer do ponto de vista social, quer psicológico, que resulta muitas vezes em consequências adversas quer para a mãe quer para o bebê.

2.2.1. PERSPECTIVAS SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

2.2.1.1. MODELO MÉDICO

Segundo Pasini, Beguin, Bydlowski e Papiernik (1993), nesta abordagem, questiona-se a variabilidade de estratégias nacionais ou regionais, estimativas do predomínio das gravidezes nas adolescentes e a inclusão da faixa dos 19 anos. Filho (2001) refere a gravidez na adolescência como uma situação indesejável e Pasini et al. (1993) salientam que, nos Estados Unidos, este fenómeno é visto como um verdadeiro tormento social, dado verificar-se uma taxa de gravidezes de 96 em 1000 raparigas entre os 15 e os 19 anos, enquanto que em França a taxa de gravidezes de adolescentes com idade inferior a 18 anos está calculada em 24 por 1000, ou seja, cerca de 16 000 por ano, entre as quais, cerca de um terço é levada até ao fim. A morbilidade relacionada com as gravidezes precoces abrange as perturbações nutricionais, devidas à intervenção com as carências do final do crescimento da adolescente, um risco de baixo peso no nascimento, tanto maior quanto mais jovem é a mãe e principalmente uma taxa de toxemia gravídica, um risco de prematuridade e de mortalidade perinatal, duas a três vezes mais alta do que numa população de jovens adultas. Dados recentes salientam, no entanto,

que a grande maioria desses riscos estão relacionados com a descoberta tardia da gravidez e que podem ser um pouco diminuídos através de um acompanhamento médico frequente.

2.2.1.2. MODELO SOCIOLÓGICO

Neste modelo os factores de risco relacionados com a gravidez precoce, estão principalmente associados ao meio social, que nos EUA incluem elementos raciais, pobreza, família numerosa, alcoolismo ou separação dos pais, bem como, maus resultados escolares antes dos 11 anos, que podem ser reflexos de um ambiente pouco benéfico à obtenção e ao desenvolvimento do pensamento formal. Estes factores, não obstante serem pouco singulares, são difíceis de separar de outros aspectos, como os riscos relativos aos adolescentes da segunda geração de imigrantes, ou a maus tratos, especialmente os abusos sexuais, incluindo incesto (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004). Heilborn et al. (2002), refere que a gravidez na adolescência acompanha uma tendência internacional, assumindo, o estatuto de problema social, para o qual convergem a atenção dos poderes públicos, de organismos internacionais e da sociedade civil.

Segundo Pawlak (2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004) o acesso à sexualidade genital, própria da adolescente, marca a passagem ao mundo dos adultos, que a apresenta como uma carência social, tornando-se comum a indicação de contracepção. A gravidez precoce pode cobrir os objetivos individuais no que respeita à autonomia, separação da família, estatuto de adulto, casamento, mas do ponto de vista social corresponde à transgressão de um interdito, que nestes últimos anos se deslocou da sexualidade para a gravidez; no entanto, muitas adolescentes, marginais pela pequena delinquência, toxicomania, perturbações da conduta, encaram a gravidez como um regresso à normalidade, exatamente no momento em que se marginalizam ainda mais aos olhos da sociedade.

Rito de passagem de filha a mãe, análogo ao da adolescência, a gravidez precoce comporta aspectos identitários que ultrapassam a identidade sexual. Na encruzilhada de culturas, as adolescentes da segunda geração de imigrantes ilustram bem as tensões resultantes da sua posição particular, que condensa a autonomização e a questão de pertença em que a gravidez surge como um meio de aceder ao estatuto de mulher reconhecida, sem trair o grupo, enquanto que é um paliativo para a sua própria insegurança identitária (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004).

2.2.1.3. MODELO COGNITIVO

Aproximadamente metade das gravidezes na adolescência acontecem nos seis primeiros meses de uma relação e muitas depois de uma única relação. O repetido recurso ao pensamento mágico (ex: pensam que não engravidam porque não o desejam), salienta as complicações em alcançar um conhecimento teórico, muitas vezes adquirido, através da nova realidade do corpo adulto e da prática da sexualidade genital (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004). A antecipação de situações não vividas e a apreciação dos riscos e possibilidades impõem a interferência de um raciocínio hipotético-dedutivo, executado, segundo a teoria de Piaget, por volta dos 12 anos e que deveria ser acompanhado particularmente da habilidade de fazer ligações entre as relações sexuais e a gravidez e calcular o risco de fecundação em função da quantidade de relações sexuais (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004). A evidência do baixo nível académico das adolescentes grávidas indica a presença de dificuldades cognitivas gerais, que podem estar relacionadas com um ambiente deficiente, uma perturbação do desenvolvimento e/ou da personalidade. Também foram enumerados défices cognitivos sectoriais, que estão relacionados com o domínio da sexualidade; mesmo sem evocar o défice cognitivo patológico, será necessário sublinhar a fragilização das aquisições cognitivas devido a toda uma sobrecarga emocional ou situação de crise. Poderá ser o que sucede com a descoberta da sexualidade ativa e da gravidez com as suas implicações em termos de decisão a tomar (Gordon, 1990).

2.2.1.4. MODELO PSICODINÂMICO

A gravidez precoce coloca a questão do estatuto próprio do corpo na adolescência, onde se vão dar as transformações da passagem ao estado de mulher, constituindo-se uma identidade própria (Begoin, 1984). A transferência da feminilidade passa pela identificação do corpo de mulher, muitas vezes desconhecido, pouco investido, ou até rejeitado, tal como é o da mãe, cuja sexualidade é negada, ou no mínimo desvalorizada. Paradoxalmente, a gravidez aparenta distanciar a sexualidade, curto-circuitar o processo da adolescência e alcançar o estatuto de adulto sem ter de fazer o trabalho de luto da relação infantil com os objetos edipianos. A inclusão do corpo sexuado reacende o conflito edipiano com a sua dupla dimensão, que é, estar grávida do pai, pode ter a ver com a convicção de ter um filho para oferecer ao pai, mas principalmente oferecer uma criança à mãe. A gravidez exprime por isso a ligação favorecida da mãe solteira com a sua própria mãe, não sendo a passagem pela heterossexualidade mais do que um engano que possibilita salvar as aparências diante do próprio fantasma de incesto

homossexual (Pawlak, 2004, citado por Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004). O fantasma mais profundo, qualquer que seja o sexo do sujeito, não é o desejo de fazer uma criança, mas o desejo de poder fazer uma, o que conduz ao poder da mãe. A fertilidade é um conceito de prolongamento de si que, na sua dimensão narcísica, está próxima do fantasma da autogeração na onipotência infantil e que se opõe ao sentimento de incompletude e à realidade da castração. A condição prévia é a constituição de um interior que garante um sentimento de identidade próprio antes de ser identidade sexual, mesmo se, na adolescência, ambos estão intimamente ligados, ou são mesmo indissociáveis; à semelhança das funções não sexuais da sexualidade, funções não reprodutivas da gravidez podem ser assim descritas. Trata-se de preencher um vazio interno, de verificar uma integridade, de confirmar a capacidade de ser engravidada, mais do que ter um filho. O filho imaginário está de facto singularmente ausente do discurso de muitas destas jovens, para quem o desejo de gravidez é bem mais importante, o desejo de um estado mais do que um projeto, um fim em si, prolongando o mais possível, uma pré-genitalidade que se assemelha à oralidade e à analidade sob a máscara de uma genitalidade atuante. A ausência de menstruação vem confortar a ilusão de um corpo impúbere; se tem uma existência imaginária, a criança que vem preencher esse vazio, uma necessidade, é frequentemente do sexo feminino, semelhante, se não idêntico, à sua mãe, ela mesma envolvida numa confusão identitária com a sua própria mãe (Igert, 1987).

A gravidez que resulta de um projeto de casal corresponde à realização da exogamia e, idealmente, ao afastamento em relação aos objetos edipianos. Pode-se encontrar a problemática da integração do corpo adulto na identidade, as identificações e aspectos transgeracionais, marcados por exemplo por uma história de esterilidade ou de gravidez precoce da mãe ou da avó, pode-se também ver na gravidez uma resposta aos lutos, às separações, a um desejo de reparação. No entanto a gravidez desperta ou sublinha a problemática edipiana, em particular negativa, com tanto mais força quanto mais cedo aconteça. Na realidade, vê-se a gravidez modificar a relação com a mãe externa, muitas vezes rejeitada num primeiro tempo, para um modelo fóbico ou persecutório, numa clivagem de boa em má mãe, depois de novo junta após o parto, solicitada para conselhos, guarda da criança, etc. Pode bem tratar-se de uma tentativa de desprendimento por parte da adolescente, que ao tornar-se mãe de uma rapariga, cria em si, através dela, uma identidade de mulher, organiza uma história de mãe e, ao mesmo tempo, uma história de criança (Lachar, 1991).

3. VINCULAÇÃO

3.1. CONCEITO E PERSPECTIVAS

Segundo Jalley e Moal (2001, citado por Doron & Parot, 2001) a vinculação é a relação entre indivíduos, baseada em qualidades, que são na sua maioria desejáveis.

Pires (2009) salienta que o desenvolvimento físico e psicológico das crianças depende do bem-estar das suas mães e da relação que estas podem estabelecer com o seu bebé; os maiores problemas associados à maternidade na adolescência podem estar, de alguma forma, relacionados com a vinculação que estas mães desenvolvem com os seus bebés.

Segundo Duarte (2007), Freud descreveu a relação mãe-criança como sendo única e sem paralelo, estabelecida para toda a vida, como protótipo de todas as futuras relações amorosas. Durante séculos, os pais reconheceram que desempenham um papel fundamental na vida das crianças e porque são tão vulneráveis e dependentes, filósofos, técnicos e, mais tarde, psicólogos, têm-se preocupado com a qualidade dos cuidados parentais que propiciam uma base segura para um desenvolvimento psicológico saudável.

A Teoria da Vinculação nasceu do trabalho de John Bowlby e de Mary Ainsworth; as origens da teoria datam dos anos trinta e devem-se ao interesse cada vez maior de Bowlby pela associação entre a falta ou perda da mãe e o desenvolvimento subsequente do indivíduo, bem como, à atenção dada por Ainsworth à noção de segurança (Canavarro, 1999). Durante a sua prática clínica, Bowlby observou que, separações prolongadas entre as crianças e as suas mães eram causadoras de sofrimento físico e psicológico nas crianças (Müller & Mercer, 1993); o mesmo autor sugeriu que as crianças mediavam as suas interações com o cuidador através de um conjunto inato de comportamentos, que denominou de sistema de vinculação (Feldman, 2007 e Müller & Mercer, 1993).

O fenómeno da vinculação foi descoberto, com termos ou descrições diversas, noutros mamíferos, além dos primatas, nas aves e em numerosos vertebrados (Jalley & Moal, 2001, citado por Doron & Parot, 2001); trata-se assim de um fenómeno extensivo às relações interespecies podendo deslocar-se para objetos e símbolos.

Bowlby (1958, 1973, 1979) elaborou a sua teoria tendo em conta a natureza e a origem da vinculação da criança à mãe; esta é uma abordagem etológica do desenvolvimento da personalidade, que sofreu influências das teorias evolucionista, dos sistemas e da psicologia cognitiva (Ainsworth & Bowlby, 1991). A ideia central defendida pelo autor é que a evolução resolveu o problema da necessidade de proteção e suporte, imprescindível à sobrevivência do

ser humano, equipando a criança com um sistema de comportamentos que asseguram a proximidade com o adulto. O objectivo do sistema de vinculação é a regulação dos comportamentos, no sentido de obter ou manter a proximidade e o contacto com a figura de vinculação; para a criança, o principal objectivo do sistema é garantir a segurança. A dinâmica entre estes dois objectivos – manutenção da proximidade e obtenção de segurança – traduz-se na utilização da figura de vinculação como base segura, para explorar o ambiente, em alturas tranquilas e, como refúgio de segurança, em alturas conturbadas.

No encalce desta teoria formulada por Bowlby (1969/1984), nos últimos anos, um crescente número de pesquisas (Correia & Linhares, 2007, Piccinini, Marin, Alvarenga, Lopes & Tudge, 2007, Watcher, 2002 e Schmidt & Argimon, 2009) tem estudado os processos através dos quais as pessoas estruturam, desenvolvem e mantêm laços afetivos ao longo do ciclo vital. Nessa perspectiva, a teoria da vinculação trata-se de uma concepção teórica do desenvolvimento sócio-emocional que considera a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas significativas; essa propensão já estaria presente no neonato em forma embrionária e continuaria na infância, vida adulta e velhice. No período da infância, os vínculos são estabelecidos com os pais ou substitutos, na procura de conforto, carinho e proteção; na adolescência e vida adulta, esses laços persistem, sendo complementados por novos vínculos (Borsa, 2007 e Schmidt & Argimon, 2009).

Para explicar o processo de vinculação, Bowlby (1989) utilizou o conceito de modelo interno de funcionamento, por meio do qual a criança constrói uma imagem de si mesma e dos seus cuidadores, que irá influenciar o seu desenvolvimento sócio-afectivo. Esse modelo, estruturado durante a infância, evolui à medida que a criança cresce, passando a fazer parte da sua personalidade, transformando-se numa representação mental da relação de apego, que tende a persistir ao longo da vida e exerce influência nas futuras relações afetivas (Bowlby, 1969/1984, Main, Kaplan & Cassidy, 1985, Canavarro, 1999 e Carvalho, Politano & Franco, 2008). Teoricamente, os modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância continuam a ser importantes, mesmo quando o adolescente estabelece novas relações; Soares (1996) relata que esta continuidade pode ocorrer pela assimilação das novas relações às expectativas que são consistentes com o modo como o indivíduo representa as suas relações. No entanto, mudanças desenvolvimentais podem implicar transformações ao nível dos modelos internos dinâmicos; se, por um lado, a segurança pode facilitar as necessárias acomodações a introduzir nos modelos internos dinâmicos e ser, portanto, compatível com a sua revisão, o estabelecimento de novas relações, quer durante a adolescência, quer durante a idade adulta, pode, por outro lado, constituir uma ocasião significativa para reavaliar vinculações precoces,

nomeadamente quando estabelecidas de um modo inseguro.

Se os estudos de Ainsworth e as pesquisas longitudinais subsequentes evidenciaram o papel das relações nas diferenças individuais relativas à organização da vinculação e no desenvolvimento ao longo da infância, a identificação, por Main e colaboradores, de padrões de organização mental da vinculação em adultos, análogos aos padrões de organização comportamental na infância, permitiu a exploração empírica da transmissão intergeracional da vinculação, que Bowlby (1979) tinha sublinhado, ao considerar que a qualidade da vinculação é transmitida ao longo das gerações, não pelos genes, mas pela microcultura familiar.

Em 1995, na meta-análise de van IJzendoorn, baseada em estudos conduzidos em diversos países, foi encontrada uma correspondência de 75% entre a segurança da vinculação da figura parental e a segurança da relação de vinculação entre a figura parental e o bebé. O efeito preditor da qualidade da vinculação da figura parental na qualidade de vinculação do(a) filho(a) foi destacado. A partir daí, correspondências relevantes têm sido documentadas em vários estudos, quer sejam prospectivos, retrospectivos ou concorrentes (Ammaniti, Speranza & Candelori, 1996, Benoit & Parker, 1994, Gloger-Tippel & Gomille (1999, citados por Jongenelen, Soares, Grossmann & Martins, 2006), Pederson, Gleason, Moran & Bento, 1998, Radojevic, 1994, Soares, 1996 e Steele, Steele & Fonagy, 1996) também com mães adolescentes (Carlson, 1990, Levine & Tuber, 1991 e Ward & Carlson, 1995).

Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo “bonding” ao descreverem a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. Segundo estes autores, esta relação estabelecer-se-ia desde que se verificam os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, seria facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, assim como, a sua formação seria privilegiada num período sensível; Kennell, Trause e Klaus (1975) na sequência das investigações sobre o “imprinting”, levadas a cabo com mamíferos, assinalaram um “período crítico” ou “sensível”, no estabelecimento da resposta da mãe, nos momentos imediatos ao parto, tendo verificado que, no caso de não haver nenhum tipo de contacto logo a seguir ao parto, a mãe rejeitava a cria. Esta perspectiva, tem contudo, sido contestada, pois embora o período que se segue ao parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé, a vinculação materna pode estabelecer-se de um modo gradual (Brockington, 1996). Mais recentemente, também Klaus, Kennell e Klaus (2000), que anteriormente introduziram e defenderam a existência de um período crítico ou sensível para o estabelecimento do bonding, vieram a flexibilizar a sua posição inicial.

Robson e Moss (1970), por sua vez, preferiram a designação “maternal attachment” para expressar a forma como a mãe sente que o seu bebé ocupa uma posição essencial na sua vida;

estes autores salientam também que, os primeiros momentos e os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem estar subsequentes do bebé. Segundo George e Solomon (1999) o sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interação constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa: proporcionar a proteção e garantir a sobrevivência do bebé. No entanto, contrariamente ao que acontece com a vinculação do bebé, a vinculação materna seria um campo largamente inexplorado; estes autores assinalam a importância de estudar a vinculação materna e consideram a necessidade de examinar “as dimensões hormonais e fisiológicas envolvidas ... no sentido de contribuir para a compreensão das bases biológicas do comportamento materno” (p. 652).

Bowlby (1994, citado por Fonagy, 2001) formalizou a sua visão de que, a perturbação na relação precoce entre a mãe e o bebé poderia ser um factor determinante na perturbação mental, no sentido de que a qualidade das relações que vamos estabelecendo ao longo da vida, assumem um lugar relevante na obtenção de vivências de satisfação, felicidade e na capacidade para lidar adequadamente com a realidade.

A teoria da vinculação, inicialmente operacionalizada no contexto das relações primárias, por Bowlby e Ainsworth, estende-se hoje a todo o ciclo de vida e, para outras figuras significativas (Ainsworth, 1989, Atger, 2004, Bowlby, 1989, Soares, 2006 e Mikulincer & Shaver, 2007). Na verdade, desde cedo, Bowlby faz várias referências à concepção da vinculação como um fenómeno que se estende ao longo de toda a vida, chamando a atenção para as implicações das condições que facultam as (im)possibilidades de atualização dos modelos internos, construídos no seio das relações primárias significativas. A adolescência, pelas alterações desenvolvimentais que exige, torna-se num dos momentos que (independentemente de alterações na qualidade das relações) pode impulsionar atualizações, ou favorecer alterações, na qualidade dos padrões estabelecidos ou na construção de novas relações. É ainda o período durante o qual se consolida uma organização interna global da vinculação, resultante da integração sintetizadora de (eventualmente) diversas vinculações significativas.

Matos (2006) diz-nos que não conhecemos a priori pessoas mas relações interpessoais; só depois da análise e síntese distinguimos seres abstratamente isolados. Na história da psicanálise foi Michael Balint, nos anos 30, que referiu que Freud procurou estudar a psicologia de uma pessoa, mas só existe a psicologia de duas ou mais pessoas; Ronald Fairbairn, nos anos 40, sublinhou a unidade da estrutura dinâmica self-objeto e no lugar da pulsão e da defesa colocou a relação do sujeito com o objeto, com especial ênfase no objeto e

sua relação com o sujeito na gênese da saúde e doença mentais.

3.2. VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

O conceito de vinculação pré-natal materna não é recente, remontando aos estudos pioneiros de Deutsch (1944, citado por Condon, 1985) que descreveu o desenvolvimento de uma “forma de vinculação emocional da mulher ao seu feto” ainda durante a gravidez (Condon, 1985, p.271). Em termos psicodinâmicos, Deutsch (1945, citado por Brandon, 2006) e Bibring (1959), entre outros, sugeriram que o feto se torna mais humano com o desenrolar da gravidez e, vai sendo amado como uma extensão do self e como objeto independente. Bibring (1959), alertou para a importância da relação mãe-bebê durante a gravidez, não só por permitir a sua prossecução mas, principalmente, no desenvolvimento da relação mãe-filho, após o nascimento.

Embora grande parte dos trabalhos sobre a vinculação incidam nas relações da criança após o nascimento, alguns estudos têm analisado a vinculação nos momentos anteriores ao nascimento da criança.

Gomez e Leal (2007), salientam a importância da vinculação parental se iniciar habitualmente durante a gravidez, segundo Bloom (1995, citado por Rodrigues, 2011), Damato (2004, citado por Rodrigues, 2011) e Field e Widmayer (1984, citados por Rodrigues, 2011), por volta da décima semana de gestação, aumentando progressivamente, sobretudo após os primeiros movimentos do feto.

Sá (1997, citado por Rodrigues, 2009) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguindo algumas etapas neste processo: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal; a primeira, particularmente importante durante a gestação, será um produto que Soulé (1987) designou de, representações do bebê fantasmático e do bebê imaginário. O bebê fantasmático resulta do modo como os pais integram o seu próprio processo educativo e a relação com os seus progenitores, ou seja, a sua experiência como filhos; o bebê imaginário é tecido na imaginação dos pais, a partir dos seus desejos.

Segundo diversos autores (Figueiredo & Costa, 2009, Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde & Teixeira, 2007 e Ji et al., 2005, citados por Samorinha, Figueiredo e Cruz, 2009) é logo no início da gravidez que se desenvolve a ligação dos pais ao filho em gestação, ou seja, que se estabelece a vinculação pré-natal.

Sá (1997), refere que a ligação dos pais ao bebé se estrutura durante toda a gestação, principalmente, nos momentos em que aumenta a consciência da presença do bebé no ventre da mãe, isto é, quando se descobre que a mulher está grávida, se escuta o batimento cardíaco do feto, vê-se a primeira ecografia e quando são percebidos os primeiros movimentos do bebé.

Segundo Salisbury (2003, citado por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009), a vinculação pré-natal baseia-se na representação cognitiva do feto e manifesta-se em comportamentos de cuidado e ligação ao bebé. Ainda que esta seja uma área de estudo relativamente recente, iniciada nos anos 70, já algumas investigações se debruçaram sobre o desenvolvimento e factores que condicionam a vinculação pré-natal. No entanto, os estudos neste âmbito ainda são em pequeno número, pois a investigação tem vindo tradicionalmente a focar, com mais intensidade, as experiências maternas (Cabrera, Tamis Le-Monda, Bradley, Hofferth & Lamb, 2000, Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000 e Matthey, Barnett, Howie & Kavanagh, 2003, citados por Gomez & Leal, 2007). Como tal, os dados sobre outros correlatos da vinculação pré-natal tendem a ser limitados e menos consistentes (Condon & Corkindale, 1997, citados por Gomez & Leal, 2007).

Para Condon, como indicadores da presença e intensidade da vinculação pré-natal inclui-se o desejo de proteger e satisfazer as necessidades do feto (Gomez & Leal, 2007).

Leifer, descreve como as mães estão envolvidas com os seus fetos, identificando importantes comportamentos vinculativos, tais como, falar com o feto, tratá-lo por um nome carinhoso, movimentá-lo na sua barriga, para que ela e o seu companheiro possam observar esse movimento, ou encorajar o companheiro a conversar com o feto (Siddiqui, Hägglöf & Eisemann, 1999).

No que concerne ao bebé, no período pré-natal, apesar de ter o sistema nervoso pouco desenvolvido, consegue interagir com o mundo interno e externo, incluindo a mãe e o pai, promovendo a vinculação (Sá, 2001). Os primeiros movimentos do feto no útero materno representam um ponto de partida para o esboço da identidade do futuro ser, um ser que, depois de sonhado, se projeta na mente dos pais e inicia com eles um processo de vinculação (Sá, 2001).

Deutch (1945, citado por Brandon, 2006) refere-se à vinculação pré-natal como sendo um processo no qual a energia libidinal da grávida é direcionada para o feto, que se vai tornando cada vez mais humano com o avançar da gravidez; a mãe ama-o como sendo uma extensão do self e como um objeto independente. Müller (1993, citado por Brandon, 2006) afirma que a vinculação pré-natal é uma relação única que se desenvolve entre a mulher e o feto; estes

sentimentos são independentes dos sentimentos que a mulher tem sobre ela própria como mulher grávida ou a sua percepção de ser mãe. Mais recentemente Doan e Zimerman (2003) referem que a vinculação pré-natal é um conceito abstrato, que representa a relação entre a mãe e o feto e que está potencialmente presente antes da gravidez, relacionando-se com as capacidades cognitivas e emocionais para conceptualizar outro ser humano, que se desenvolve num sistema ecológico.

Também o pai tem um papel muito importante no desenvolvimento da criança, durante a gravidez, pode dizer-se que também o pai engravida, vivendo todo um conjunto de processos característicos desse período, cuja expressão máxima é conhecida como síndrome de Couvade. Hoje sabe-se que, quanto maior for o envolvimento do pai durante a gravidez maior será a disponibilidade para perceber os sinais precoces do bebé e consequentemente um maior envolvimento na vida da criança (Sá, 1993). Segundo autores como Colman e Colman (1994^d) e Camus (2002), durante muitos anos o homem manteve-se como mero expectante da gravidez, no entanto, tem hoje um papel fundamental; atualmente o homem tem um papel mais ativo, participando no desenrolar da gravidez, frequentando as consultas pré-natais, assistindo ao parto e ajudando a cuidar do bebé.

Os casais procuram assim, cada vez mais, alcançar uma nova igualdade no envolvimento parental, reconhecendo ser importante que o pai estabeleça, o mais precocemente possível, relações diretas e fortes com o seu filho; ao ter a sua experiência pessoal da gravidez, os homens começam a tomar consciência da importante mudança que ocorre na sua vida.

O acompanhamento da gravidez pelo pai leva a que, à medida que o tempo de gestação avança, pais e bebé reforçam a sua vinculação. Peppers e Knapp (1980) expuseram nove eventos que contribuem para a formação da vinculação ao bebé: 1) gravidez planeada; 2) confirmação da gravidez; 3) aceitação da gravidez; 4) movimentos fetais; 5) aceitação do feto como um indivíduo separado e individualizado; 6) parto; 7) ver o bebé; 8) tocar no bebé e 9) cuidar do bebé.

Uma vez que ver o bebé é uma componente relevante da representação cognitiva que os pais elaboram do filho/a e, esta representação, é um factor importante no desenvolvimento da vinculação pré-natal (Salisbury, 2003, citado por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009), é pertinente avaliar o impacto da ecografia neste processo vincutivo; atendendo a resultados de estudos que têm sido feitos nesta área, Kohn et al., (1980, citados por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009), referem que os casais relataram mais sentimentos de proximidade e maior conhecimento do bebé, bem como, um aumento da responsabilidade enquanto pais, depois de observarem o filho(a). Parece que a visualização do feto, através da ecografia, pode

suscitar emoções capazes de promover a vinculação pré-natal, aproximar os pais do bebé e afectar o seu comprometimento e estilo de vida, contribuindo ainda, para a adopção de comportamentos de saúde durante a gravidez (Baillie, Hewison & Mason, 1999, citados por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009). Num outro estudo de Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), cujo objectivo era avaliar o impacto da ecografia do 1º trimestre da gravidez, comparando vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais, antes e depois da realização da ecografia, os resultados evidenciam que, depois da realização da ecografia do 1º trimestre de gestação, a vinculação dos pais ao bebé aumenta, enquanto a sua ansiedade-estado diminui. Estes resultados permitem verificar o impacto positivo da ecografia na vinculação pré-natal das mães e pais e também salientar a importância dessa técnica não só como um imprescindível instrumento de diagnóstico na avaliação e tratamento da mulher grávida, mas também, como promotora da vinculação pré-natal.

Sá (1993) salienta os elementos que podem indicar dificuldades no estabelecimento da vinculação pré-natal; o autor afirma que é possível diagnosticar e intervir, a partir do 5º mês de gestação, nas dificuldades de vinculação ao bebé. Uma mulher grávida pode ter alguns aspectos psicológicos que a tornem sobretudo mãe funcional (alimenta, cuida, mas não é capaz de intuir as necessidades do bebé); nestes casos, uma mulher grávida pode ser, em parte, “psicologicamente estéril” (p.14). Sá (2004) agrupa as dificuldades em cada um dos trimestres da gestação: “no primeiro trimestre da gravidez, por queixas relacionadas com o desejo de gravidez, ou centradas em conflitos conjugais ou familiares que a gravidez trouxe e em preocupações centradas no parto e em queixas somáticas persistentes e irremovíveis. No segundo trimestre, ausência continuada de manifestações empáticas e de quaisquer representações simbólicas relacionadas com o bebé focando-se em queixas associadas ao seu narcisismo materno. No último trimestre, ausência de comportamentos de preparação para o nascimento, ou atos que deneguem a presença do bebé no corpo da mãe” (p.15). Deste modo, se o processo da maternidade é desadequado, as condições para estabelecer uma relação saudável com o feto são normalmente postas em causa; outros autores salientam factores como a presença de sintomatologia psicopatológica, bem como, a qualidade da relação conjugal e o estilo de vinculação da mãe, como passíveis de interferirem na vinculação pré-natal (Figueiredo, 2003, Figueiredo, 2005, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007, Gomez & Leal, 2007 e Lindgren, 2001, citados por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009). Siddiqui et al. (1999) sublinha que a relação que uma mulher grávida tem com o seu companheiro tem um impacto muito importante no estabelecimento da vinculação pré-natal, verificando-se que mulheres com uma relação positiva com os seus companheiros apresentam uma maior

vinculação com o bebé.

Rota (1995) vai mais longe e afirma que, a relação entre pais e filhos é influenciada pela qualidade da vida afetiva do casal no período anterior à gravidez e pelos motivos que estiveram na sua origem. Há inúmeras razões para ter filhos, mas nem sempre o desejo de gerar, criar, amar outro ser, está entre elas; frequentemente os filhos servem desejos infantis dos seus pais, sendo resultado de um planeamento familiar ineficaz, ou o produto de uma convenção social que pressupõe a existência de descendência quando se forma um casal.

Sabendo que foram encontradas relações entre os estilos de vinculação pré e pós-natal e que o envolvimento emocional dos pais é um elemento decisivo na qualidade da interação e dos cuidados prestados ao bebé, torna-se fundamental, o estudo da vinculação pré-natal, como determinante para o desenvolvimento e bem-estar da criança (Rustico et al., 2005, citado por Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009).

4. PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS

As relações que estabelecemos com aqueles que de mais perto nos rodeiam são uma das partes, se não a parte mais importante da nossa vida. As relações significativas podem ser factores de risco ou de proteção, se considerarmos que estas tanto podem promover o sentimento de segurança e a autoestima e concorrerem para o bem estar global do indivíduo, como podem gerar condições adversas de existência, implicando assim considerável sofrimento (Canavarro, 1999).

As relações que os pais estabelecem com os seus filhos são permeadas pela necessidade de cuidar, educar e promover o seu desenvolvimento, resultando num conjunto característico de comportamentos que, em geral, são nomeados de formas distintas na literatura, como por exemplo: práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados ou cuidados parentais (Macarini, Martins, Minetto & Vieira, 2010). Além disso, estão presentes na literatura termos referentes às cognições parentais, como crenças, ideias e valores parentais e metas de socialização. A diversidade de palavras-chave já fornece indícios da coexistência de diferentes concepções sobre o comportamento parental.

As relações entre pais e filhos costumam suscitar grandes debates e sensivelmente a partir do ano 2000, passaram a focalizar mais particularmente a relação de autoridade (Montandon, 2005). No Ocidente, observa-se que as mudanças sociais têm levado a um deslocamento nas relações de autoridade pais/filhos, partindo-se de um modelo baseado na imposição e no controle para outro fundamentado na participação e negociação. Embora este facto alegre

quem vê nele um exemplo democrático de evolução, ele costuma assustar aqueles que, pelo contrário, estão convictos de que reforça o individualismo e ameaça a civilização democrática (Roussel, 2001, citado por Montandon, 2005).

As relações intrafamiliares, têm assim, vindo a sofrer mudanças nas últimas décadas; há alguns anos atrás, comportamentos até então compreendidos como culturalmente aceitáveis e esperados, como a utilização de força física na educação das crianças por parte dos pais ou cuidadores, atualmente são criticados e penalizados pelos direitos constitucionais. No entanto, o processo de mudança que permite a conscientização sobre os danos causados pela punição física é lento; ainda persiste, por exemplo, a punição no contexto familiar, justificada, muitas vezes, como uma prática educativa.

Numa outra perspectiva, alguns órgãos de comunicação e figuras de autoridade referem que as relações entre adultos e crianças nunca foram tão difíceis, apresentando pais enleados, desnorteados, demissionários, docentes stressados, esgotados ou desiludidos e exibindo relações conflituosas e até violentas entre adultos e crianças; atribuem inúmeros males à deterioração da relação entre educadores e crianças e, mais particularmente, ao enfraquecimento da autoridade dos pais e docentes: violências, delinquência, fracassos escolares etc. Para alguns, os problemas devem-se à situação difícil dos pais; para outros, estariam diretamente vinculados ao comportamento dos pais, quer porque não se opõem aos seus filhos, o que faz com que estes não tolerem frustrações e se tornem insuportáveis, quer porque os consideram como iguais, ou seja, como adultos. Várias pesquisas em Psicologia têm enfatizado a importância da interação parental e das práticas educativas utilizadas pelos pais sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Baumrind, 1966, 1997, Darling & Steinberg, 1993 e Maccoby & Martin, 1983).

Segundo Bronfenbrenner (1979/1996), a família é caracterizada como o primeiro ambiente no qual a criança participa ativamente, interagindo através de relações face-a-face. Inicialmente, estas interações ocorrem de forma diádica, como, por exemplo, na relação da mãe com a criança; aos poucos, as relações vão-se expandindo dentro do grupo familiar, formando, dentro deste sistema, vários subsistemas, como a relação pai-criança e a relação entre irmãos. A família com a qual a criança interage diretamente é denominada de microsistema; idealmente, o microsistema familiar é a maior fonte de segurança, proteção, afecto, bem-estar e apoio para a criança, é nele que a criança exercita papéis e experimenta situações, sentimentos e atividades, desenvolve o senso de permanência e de estabilidade. Segundo De Antoni, Medeiros, Hoppe e Koller (1999, citados por Ceconello, Antoni & Koller, 2003) o senso de permanência está relacionado com a percepção de que elementos

centrais da experiência de vida são estáveis e se mantêm organizados, através de rotinas e rituais familiares; o senso de estabilidade é fornecido através do sentimento de segurança dos pais aos filhos, de que não haverá rupturas ou rompimentos, mesmo diante de situações de stress. É esta garantia de permanência e estabilidade que faz a família funcionar como um sistema integrado, cujo objetivo principal é o de promover o bem-estar dos seus membros.

Bronfenbrenner (1979/1996) destaca três características que se estabelecem nas relações dentro da família: a reciprocidade, o equilíbrio de poder e o afecto. Em qualquer relação, o que uma pessoa faz influencia a outra e vice-versa, existe reciprocidade. Contudo, um dos participantes pode ser mais influente do que o outro; a extensão em que, numa relação, A é mais influente que B e esta condição é saudável e confortavelmente aceite, é definida como equilíbrio de poder. Para uma criança pequena, a participação numa díade oferece a oportunidade de aprender a lidar com relações de poder; uma situação óptima para o desenvolvimento, é aquela em que o equilíbrio de poder, gradualmente se altera, em favor da pessoa em desenvolvimento, promovendo o desenvolvimento da autonomia. Além de reciprocidade e equilíbrio de poder, existe ainda outra característica que desempenha um papel fundamental no desenvolvimento: o afecto. Quanto mais positivas e calorosas forem as relações de uma díade, maior a probabilidade de ocorrerem processos evolutivos de forma adaptada.

Os primeiros trabalhos realizados por pesquisadores nesta temática mostram que, existem diferentes tipos de práticas dos pais e, antes de tentarem explicá-las, propuseram tipologias; estas distinguem geralmente atitudes mais ou menos autocráticas e democráticas, persuasivas ou coercivas. Baumrind (1971, citado por Montandon, 2005), por exemplo, propôs três estilos: o autoritário, quando os pais controlam muito mas apoiam pouco a criança, tendendo a educar segundo regras que não se discutem; o permissivo, quando aqueles exercem um controlo fraco e um apoio forte e tendem a aceitar os desejos da criança, exigindo pouco dela e o democrático, no qual os pais, ao mesmo tempo, controlam e apoiam os seus filhos, fixam-lhes regras a respeitar mas, simultaneamente, encorajam a sua independência, são exigentes e atentos. Ela propôs um quarto estilo, o não-envolvido (*“uninvolved”*), quando os pais têm uma atitude caracterizada pela indiferença e até pela negligência ou rejeição.

Embora esses estilos tenham sido retrabalhados e precisados, os debates atuais apenas retêm as generalizações sobre a pretensa ausência de autoridade dos pais. Em muitos lugares da Europa, como já foi referido, constata-se claramente que as práticas democráticas têm substituído as autoritárias (Du Bois-Reymond, Sunker & Kruger, 2001 e Montandon & Longchamp, 2003), passa-se de um modelo familiar baseado no comando para um modelo

baseado na negociação; as razões são múltiplas, tais como, a elevação geral do nível de educação, a emancipação e o trabalho das mulheres ou a democratização das relações entre os sexos no interior do casal (Nobert Elias, 1993, citado por Montandon, 2005).

A literatura tem salientado duas dimensões distintas na interação de pais e filhos: as práticas educativas e os estilos parentais, definindo-se as práticas educativas como estratégias utilizadas pelos pais para atingir objetivos específicos em diferentes domínios (académico, social, afetivo), sob determinadas circunstâncias e contextos (Hart, Nelson, Robinson, Olsen & McNeilly-Choque, 1998, citados por Cecconello, Antoni & Koller, 2003); o uso de explicações, punições ou recompensas constitui exemplo dessas práticas. O estilo parental refere-se ao padrão global de características da interação dos pais com os filhos em diversas situações, que geram um clima emocional (Darling & Steinberg, 1993); a expressão do comportamento parental pode apresentar afetividade, responsividade e autoridade.

Na interação parental, a criança elabora um conjunto de expectativas acerca de si própria, dos outros e do mundo em geral, que correspondem à interiorização de características das suas interações com os pais e que Bowlby (1973) designou de “*Working models*”, modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos, descrevendo-os como “*representações mentais conscientes e inconscientes, do mundo e de si próprio que ajudam o indivíduo a perceber os acontecimentos e a antever e arquitetar planos para o futuro*” (p. 644). Estes modelos constituem-se em importantes grelhas de leitura na interpretação e na previsão de comportamentos, influenciando os padrões de interação nas relações de proximidade emocional. Para além disso, são sistemas afectivamente carregados que regulam o sistema comportamental da vinculação, tendem a resistir à mudança e a influenciar o comportamento na vida adulta, embora sejam sensíveis a transformações, resultantes de alterações nas interações do indivíduo com o meio.

O conceito de “*Working Model*” é fundamental para compreender as conexões entre experiências passadas e desenvolvimento futuro; teoricamente, os modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância continuam a ser importantes, mesmo quando o adolescente estabelece novas relações (Rodrigues et al., 2004). Canavarro (1999) interessada em “*conhecer os efeitos das relações afectivas estabelecidas durante a infância nas relações estabelecidas posteriormente...*” (p.288), verificou que é sobretudo por via do suporte emocional prestado pelas figuras parentais na infância e na adolescência que as primeiras relações afectivas influenciam as relações afectivas subsequentes.

A assunção da importância das interações familiares precoces nas questões da gravidez na adolescência, tem por base, estudos que apontam um maior risco para uma gravidez

adolescente sob a influência de um ambiente familiar caracterizado por stress, pressão, conflitos, maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998), baixa qualidade da relação entre pais e filhas (Canavarro & Pereira, 2001), falta de comunicação e/ou instabilidade familiar, inadequação ou ausência de supervisão familiar e falta de apoio (Figueiredo, 2001, Holden, Nelson, Velasquez & Richie, 1993, Kapungu, Holmbeck & Paikoff, 2006, Miller, Benson & Galbraith, 2001 e Pereira et al., 2005).

Conhecer o modo como as relações significativas afectam quem somos constitui um tema central do estudo do desenvolvimento humano; a importância de estudos nesta área justifica-se pelo modo como alguns dos factores anteriormente referidos, condicionam a adaptação psicológica à maternidade e a qualidade dos cuidados que a mãe será capaz de proporcionar ao bebé, particularmente quando se tratam de situações de risco, como geralmente é o caso da maternidade na adolescência (e.g., Figueiredo, 2000; Figueiredo, 2001).

5. SUPORTE SOCIAL

Historicamente o suporte social e os conceitos a ele associados, de acordo com Rios, Torrez e Dias (1992), podem considerar-se relativamente recentes, destacando-se dois períodos distintos: um primeiro que vai do início do séc. XX até finais da década de 60 e outro, que se prolonga desde os anos 70 até aos nossos dias. Segundo Winemiller, Mitchell, Sutliff e Cline (1993), foi a partir da década de 70 que o conceito de suporte social começou a ganhar relevo na literatura, verificando-se desde então, um aumento da investigação nessa área e um crescente interesse pela temática, sendo atualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998).

A relevância dos aspectos psicossociais, nomeadamente do suporte social, na investigação sobre os factores que influenciam a saúde e o bem estar, embora de interesse atual, tem antecedentes remotos. O reconhecimento e interesse da influência dos sistemas e relações sociais no comportamento humano, tem levado à realização de vários estudos, com origem em diferentes disciplinas, em particular, a psicologia e a sociologia.

É pertinente assinalar, a importância crescente que a temática da desinstitucionalização hospitalar de doentes mentais ganha nos E.U.A., por volta dos anos 50 e 60 e que veio, segundo Gottlieb (1981), permitir o reconhecimento da relevância dos sistemas de apoio comunitário, tanto formais como informais. No entanto, é nas duas últimas décadas que as principais bases para a conceptualização e investigação sobre o suporte social se desenvolvem, com os estudos de Caplan (1974), Cassel (1974 e 1976) e Cobb (1976); estes

autores realizaram as suas investigações sobre o suporte social, no sentido de, procurarem pôr em evidência a sua natureza e efeitos protetores, inferindo-se a necessidade de desenvolver programas adequados de intervenção nessa área, quando não é possível reduzir uma exposição a situações de stress. Cassel (1974) estava fundamentalmente interessado no processo pelo qual as condições ambientais (aglomerado populacional, habitação adequada, bairros degradados...) exerciam efeitos prejudiciais nas pessoas; um conjunto de trabalhos realizados por Cassel relacionavam tais condições com uma taxa mais elevada de mortalidade infantil, uma maior incidência de tuberculose e doenças do foro digestivo, bem como, no campo da saúde mental, uma maior prevalência do diagnóstico de psicose. Na explicação da razão pela qual certos processos psicossociais aumentam a susceptibilidade para a doença, Cassel (1974) argumentou que ao mais alto nível de desorganização social, as pessoas, tal como os animais, parecem estar sujeitos a sinais confusos ou insuficientes do seu meio social e por vezes à ausência de qualquer feedback. O autor, queria com isto dizer, que a falta de saúde se poderia atribuir à privação de equilíbrio, devido aos sinais desordenados dos outros significativos, ou, devido à falta de informação necessária para que os desvios fossem corrigidos; estes factos levaram o investigador a identificar uma segunda categoria de processos psicossociais, que designou de protetores de saúde (Cassel, 1974). O trabalho de Cobb (1976), constitui uma base de referência para a conceptualização e investigação do suporte social, que na sua perspectiva, desempenha a função de preenchimento das necessidades sociais e de proteção do indivíduo, de consequências adversas relacionadas com uma situação de crise ou stress. A sua principal ideia foi a de considerar o suporte social como um amortecedor do stress, dado este desempenhar a função de facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise; também no âmbito específico da saúde e das doenças, Kessler, Price e Wortman (1985) explicam que o suporte social refere-se aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos destruidores do stress. Esta variável é muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e de aspectos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

O suporte social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante, tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que é que pode ser incluído como variável neste vasto domínio (Berkman, 1984, Brhun & Philips, 1984, Cassel, 1976, Cobb, 1976, Cohen, 1988, Kaplan, Cassel & Gore, 1977 e Taylor, 1990); a investigação tanto se refere a aspectos objetivos, tais como, número de amigos, frequência e intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não sejam com amigos), como a aspectos subjetivos, tais como, a percepção que o indivíduo

tem da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida. Segundo Sánchez (1991), o suporte social refere-se a algo pessoal, cujo componente mais subjetivo é denominado “suporte social percebido”, enquanto que as redes sociais têm um carácter sociocultural e objetivo, admitindo análises a um nível social, diferentes, ainda que complementares. Diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de suporte social, por exemplo, suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível (Cohen & McKay, 1984).

Suporte social tem sido definido, de grosso modo, como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p.127). Cobb (1976) num texto clássico, define suporte social como, informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor e, informação que leva o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem o suporte social percebido do suporte social recebido; o primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito e avaliado, referindo-se o primeiro à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo à avaliação da percepção desse comportamento de suporte como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

A terminologia “*sistema de suporte*” é desenvolvida por Caplan (1974) que tenta incluir não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais (tais como a vizinhança e o seu apoio, passando pelos recursos da comunidade como por ex.: centros paroquiais, associações, clubes, voluntários...), propondo grupos de atividades que podem ser proporcionados pelo “suporte social” e que constituem o apoio prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos, de modo a permitir-lhe a gestão dos seus problemas sócio-emocionais, proteção de apoio material e partilha de atividades (ex.: ajuda económica, ensino de competências de aconselhamento e orientação em determinadas situações).

Singer e Lord (1984) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional

ou material, pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos, do tipo profissional (em termos de consulta ou terapia) ou pode ser fornecido por organizações e associações, tais como, grupos religiosos ou organizações não governamentais de base comunitária. Segundo Dunst e Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.), que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Caplan (1974) faz uma relação entre o suporte que é proporcionado aos indivíduos com a prestação de serviços informais e formais, dando ênfase ao papel que pode ser desempenhado pelos profissionais ou técnicos ao se articularem com os líderes comunitários, na compreensão das relações humanas e das suas necessidades sociais.

Tende a haver consenso geral, relativamente ao domínio multidimensional do suporte social e quanto ao facto dos seus diversos aspectos terem um impacto diferente nos indivíduos ou grupos. Dunst e Trivette (1990) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados: (1) o componente constitucional (inclui as necessidades e a incongruência entre estas e o suporte existente); (2) o componente relacional (estatuto familiar, profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais); (3) o componente funcional (suporte disponível, tipos de suporte, tais como, emocional, informacional, instrumental, material e qualidade de suporte - desejo de apoiar e quantidade de suporte); (4) o componente estrutural (proximidade física e psicológica, frequência de contactos, nível da relação, reciprocidade e consistência) e (5) componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida). Por seu lado Barrera (1986) agrupa o suporte social em três grandes categorias: (1) Integração social, onde se evidenciam as ligações que o indivíduo estabelece com os outros significativos, do seu meio social, sendo quantificável através do número de prestadores de suporte social (indivíduos possíveis de promover suporte social mas não o suporte por eles prestado, na realidade) ou da qualidade de suporte social; (2) Suporte social prestado, que corresponde às ações que os outros tomam no sentido de dar assistência ao sujeito, ou seja, o suporte social de facto, providenciado e (3) Suporte social percebido, que remete para a avaliação cognitiva que o sujeito faz do seu suporte social (adequação percebida e satisfação com o suporte social que é prestado). O suporte social percebido é

antecipatório, enquanto o suporte recebido envolve comportamentos que de facto ocorreram; embora se esperasse encontrar formas de suporte muito associadas, observou-se que surgiram constructos bastante independentes, concluindo-se relativamente à percepção do suporte disponível que estará mais ligado a diferenças individuais, do que a provisões do meio exteriores ao indivíduo.

Wethington e Kessler (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de 1269 indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam relacionadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objetivos do social, tendo verificado que os resultados de saúde eram melhor explicados pela percepção de suporte social do que pelos aspectos tangíveis. Ridder e Schreurs (1996) afirmam que doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

Se é um facto que importantes avanços foram feitos na pesquisa sobre o suporte social, desde o aparecimento das pesquisas de Caplan (1974) e de Cassel (1976) e, que várias revisões literárias reconhecem relações entre os diversos estudos sobre o suporte social e outras variáveis (como a doença, o stress, perturbações emocionais...), verifica-se que há pouco consenso sobre a definição deste conceito, para além de envolver sempre “transações” entre pessoas. De entre as várias abordagens surgidas em torno deste conceito, algumas privilegiam os aspectos estruturais das redes sociais, enquanto outras preferem os aspectos funcionais, as fontes de suporte, ou ainda, as diferenças entre suporte social efetivo e percebido, sendo esta uma variável da personalidade que se mantém estável ao longo do tempo, reportando-se à experiência de vinculação.

Estudos, cada vez mais numerosos, enfatizam a importância de uma estrutura de suporte social na nossa vida quotidiana (particularmente durante os períodos de crise); estes estudos indicam-nos que a solução de uma situação de crise depende largamente da mobilização de recursos comunitários e de sistemas de suporte.

6. SUPORTE SOCIAL NA GRAVIDEZ ADOLESCENTE

A gravidez e o nascimento de uma criança, embora na maioria das vezes, constituam um motivo de grande alegria, são naturalmente experiências stressantes, caracterizadas por mudanças físicas e psicológicas. O suporte social assume por isso, um papel de relevo ao longo desta fase, dado poder proporcionar serviços de bem-estar, afectos ou controle pessoal, necessários para ajudar as mulheres a vivenciar as mudanças da gravidez com menos stress.

Numerosos estudos têm sido realizados no sentido de verificar qual a influência do suporte da família e da comunidade em adolescentes grávidas. Segundo Pratt (1991), uma família carinhosa e estável torna-se um importante meio de suporte, que ajuda os adolescentes a superar os conflitos e angústias de tal fase do desenvolvimento; outros autores (Rodrigues et al., 2004) chamam a atenção para abordagens que sobrevalorizam o papel desempenhado pelos pais em detrimento da influência de relacionamentos interpessoais estabelecidos com outras figuras. Sarason, Sarason e Pierce (1990) salientam, por outro lado, que as pessoas que estabeleceram uma vinculação segura terão a percepção de um elevado suporte social.

Segundo Cobb (1976) através do suporte informativo pode-se providenciar (1) orientação no que respeita aos cuidados pré-natais adequados e preparação para o parto; (2) apoio nas tarefas do quotidiano (tarefas domésticas, cuidar das crianças); (3) ajuda necessária nas exigências físicas que poderão ter um efeito adverso para a grávida, principalmente no final da gestação.

Zimet e Powell et al., (1990, citados por Nelas, 2004), referem que as adolescentes veem os membros da sua família, em especial as suas mães, como as mais importantes fontes de suporte, apesar da influência familiar diminuir na adolescência e a eficácia de vários mecanismos de suporte da família também mudarem.

Num outro estudo realizado por Chen, Tellen e Chen (1995, citados por Nelas, 2004), onde se compara a percepção do suporte da família e da comunidade em adolescentes grávidas verificou-se que as adolescentes mencionaram um número significativamente maior de pessoas pertencentes ao sistema familiar relativamente ao sistema comunitário. No mesmo sentido, numa investigação realizada por Bergman (1989) verificou-se que os sistemas de suporte social são preteridos em função dos sistemas de suporte informal (da família), pelas adolescentes grávidas. Bergman (1989) adianta ainda algumas razões para o aparecimento destes resultados, entre os quais, encontramos a natureza da rede e a força dos laços familiares existentes.

Segundo Pratt (1991), o suporte implica interação e envolve custos e ganhos, tanto para o prestador como para o receptor de suporte; assim, o suporte familiar tem simultaneamente consequências positivas e negativas que devem ser avaliadas na sua globalidade. Os estudos que têm sido realizados estão sobretudo centrados nos aspectos positivos e benéficos do suporte familiar.

Algumas famílias, numa mesma sociedade concedem um grau de autonomia aos seus filhos adolescentes, outras pelo contrário, reforçam os padrões de controlo, podendo ser as tarefas da adolescência facilitadas ou, pelo contrário, dificultadas pelo sistema familiar.

Segundo Fonseca (2002) a estrutura familiar tem, essencialmente, duas vertentes, uma homeostática, favorecedora da permanência e da continuidade e outra transformadora, que consiste na capacidade que a família tem de viver as crises adaptativas e reencontrar um novo equilíbrio.

Na família com adolescentes assiste-se a uma mudança na relação pais-filhos, a um aumento da flexibilidade das fronteiras familiares e a uma nova focagem na vivência do casal. A necessidade de definição de um novo equilíbrio entre o indivíduo, o sistema familiar e também o social constitui-se, segundo Relvas (1996) como aspecto determinante do evoluir da família nesta etapa do ciclo vital, assinalado pela adolescência dos elementos mais jovens; segundo a mesma autora *“Mais do que em qualquer outra etapa é imperioso o alargamento dos espaços individuais no seio da família, sem que isso conduza ao esboroamento do próprio espaço grupal que apesar de redefinido, deve ser reforçado na sua coesão”* (p.145).

Xarepe (2002) salienta que o tema relativo à função do suporte social na gravidez adolescente, continua a constituir um desafio para quem pretende investigar este domínio.

CONCLUSÃO

Neste trabalho focámos a inter-relação entre variáveis que refletem afectos “intergeracionais” e relações com o meio próximo, ou seja, abordamos a vinculação pré-natal que a adolescente grávida estabelece com o feto, em função das práticas parentais a que foi sujeita na sua infância e apoio dos que lhe estão próximos.

Da revisão da literatura destacam-se as circunstâncias desfavoráveis na origem da gravidez na adolescência, a que se adiciona frequentemente o efeito adverso de decorrer neste período do ciclo de vida, podendo ter consequências nefastas para a adolescente e seu bebé; quando se analisam as circunstâncias de risco para a maternidade, verifica-se que a gravidez antes dos 19 anos surge particularmente associada à presença de condições adversas, principalmente do ponto de vista económico e social, nomeadamente a situação de pobreza e exclusão do sistema de ensino e de emprego (Furstenberg & Brooks-Gunn, 1985, citados por Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005, Alvarez, Burrows, Zvaighat & Santiago, 1987, Chase-Lansdale & Brooks-Gunn, 1994, Smith, 1993 e Stevens-Simon & Mcanarney, 1996), ausência do pai (Holden, Nelson, Velasquez & Ritchie, 1993, Barnett, Papini & Gbur, 1991, Ellis, Bates, Dodge, Fergusson, Horwood, Pettit & Woodward, 2003 e Hogan & Kitagawa, 1985), institucionalização precoce (Botting, Rosato & Wood, 1998), abuso físico ou sexual (Michael, Gagnon, Lauman & Kolat, 1994 e Parker, Soeken & Torres, 1993), instabilidade, inadequação

ou falta de supervisão familiar (Chang, O'Brien, Nathanson, Mancini & Witter, 2003, Kirchengast & Hartmann, 2003, Pianta, Lopez-Hernandez & Fergusson, 1997 e Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks & Marks, 2004) e, do ponto de vista desenvolvimental, por exemplo, à maternidade adolescente da mãe (Hogan & Kitagawa, 1985, Figueiredo, 2000, Smith, 1993 e Zabin & Hayworth, 1993). Conclui-se, por conseguinte, que são diferentes as circunstâncias em que usualmente ocorre a gravidez na adolescência, comparativamente à situação de acontecer na idade adulta, não só por serem mais correntes as situações de precariedade social e económica, mas também pelas condições menos favoráveis do ponto de vista psicológico e relacional e ainda, por todo um conjunto de antecedentes de vida, de muitas das mães adolescentes.

Segundo Altman (2007) na sociedade ocidental a adolescência é um conceito dificilmente conciliável com a gravidez, constituindo um assunto bastante atual na área da psicologia, principalmente pelas suas implicações biopsicossociais. A adolescência, tal como foi referido, é um tempo de crise, bem como, um processo de mudança tanto física, como psicológica; a gravidez e maternidade na adolescência surgem numa fase vital do ciclo de vida, em que os processos de estruturação da identidade feminina estão em pleno desenvolvimento, assim como a autonomia face à família. A gravidez na adolescência, surge por vezes, num contexto sociofamiliar fragilizado, tendo geralmente por consequência, o abandono escolar precoce, acesso a trabalhos de baixa qualificação profissional, rupturas afectivas precoces e grandes dificuldades socioeconómicas; constitui um fenómeno multidimensional, sendo apontados na literatura diversos factores na sua origem, nomeadamente “acidentes” de relações amorosas, onde predomina o fraco envolvimento emocional, não se antecipando as consequências. Sobre estas relações alguns autores referem que constituem um violar de regras, no sentido amplo de acontecerem fora de uma união de facto ou de um casamento e, numa idade, já biologicamente fértil mas psicologicamente precoce (Leal, 2000). No desejo de ter um filho alguns autores realçam os motivos narcisistas da mulher de se sentir completa e onnipotente, procurar manter um conceito idealizado, ou ainda, de anular sentimentos de vazio e preocupações sobre a imperfeição do corpo. A mulher pode encarar o filho desejado como uma extensão de si própria, o desejo de maternidade pode surgir por necessidades egóicas, do casal ou pressões externas para a parentalidade. Procurou-se ao longo da revisão de literatura caracterizar o mundo interpessoal das adolescentes grávidas, no sentido de identificar alguns factores que se associam a um maior risco de gravidez na adolescência e as consequências deste acontecimento de vida não-normativo, quer para as jovens quer para os seus filhos. O suporte social, as relações familiares, designadamente a recordação da adolescente de ter sido

apoiada emocionalmente pela sua mãe na infância parecem ser importantes na construção do modelo maternal.

Sá (1997) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguindo algumas etapas: vinculação pré-natal (durante a gravidez), perinatal (parto e pós-parto precoce) e pós-natal. Bibring (1959), alertou para a importância da relação mãe-bebê durante a gravidez, não só para permitir a sua prossecução mas, principalmente, para proteger a relação mãe-filho, após o nascimento. De acordo com Pires (2009), o desenvolvimento físico e psicológico das crianças depende do bem-estar das suas mães e da relação que estas podem estabelecer com o seu bebê. Os desfechos mais pobres associados à maternidade na adolescência podem estar, de alguma forma, relacionados com uma vinculação menos adequada entre as mães e seus bebês.

Segundo Rodrigues et al. (2004), a Teoria da Vinculação estruturou-se no pressuposto de que a relação entre a criança e a mãe influencia o funcionamento posterior intra e interpessoal do indivíduo, desde a infância até à idade adulta. Os resultados do estudo destes autores sugerem a importância do apoio social, designadamente a recordação da adolescente de ter sido apoiada emocionalmente pela sua mãe, na infância, para a construção do modelo maternal e para a qualidade dos cuidados maternos. Num estudo realizado por Rothbard e Shaver (1994), os autores mostram que a recordação da mãe durante a infância, como não ansiosa, com sentido de humor e não egoísta, se associa à sua percepção, numa idade mais tardia, como disponível, proporcionando suporte emocional e carinho, enquanto que a percepção da mãe durante a infância como nervosa, confusa, preocupada e depressiva conduz, numa idade mais tardia, ao desconforto e alienação na sua presença. Canavarro (1999) interessada em *“conhecer os efeitos das relações afectivas estabelecidas durante a infância nas relações estabelecidas posteriormente, ...”* (p.288), verificou que é sobretudo por via do suporte emocional prestado pelas figuras parentais na infância e na adolescência, que as primeiras relações afectivas influenciam as relações afectivas subsequentes.

Grzybowski (2002) afirma que atualmente nem todas as adolescentes contam com a presença da mãe e do pai no seu núcleo familiar, já que são cada vez mais frequentes, principalmente em classes populares, as uniões familiares em que a figura do pai não está presente. Nestes casos, compete à mulher a educação e cuidado da família, bem como a responsabilidade pelos filhos, o que provoca significativas mudanças nos papéis que são assumidos pelos membros da família (Wagner, 2002). No entanto, a importância do apoio a nível emocional e financeiro, do pai do bebê e da família, é fundamental, pois ter um bebê nesta fase - embora possa constituir também motivo de alegria - envolve muitas renúncias e

experiências stressantes, caracterizadas por motivações/mudanças físicas e psicológicas. Para a família, a gravidez da adolescente constitui geralmente uma grande “fonte” de tensões sociais, culturais e económicas, principalmente no seu início, pois existe uma dificuldade de aceitação e adaptação a essa nova situação, o que pode levar a jovem a um certo descontrolo emocional e à vivência de um sentimento de abandono (Xarepe, 2001).

O suporte social assume um papel de especial importância ao longo desta fase, uma vez que as relações de suporte podem originar serviços de bem-estar, de afectos, de controle pessoal que contribuem para ajudar as mulheres a perceberem as mudanças da gravidez com menos stress. O suporte social pode ser definido como a existência de pessoas em quem se confia, que amam a pessoa, se preocupam com ela e a valorizam (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983); tem sido amplamente estudado devido à sua importância para o bem-estar físico e psicológico (Antunes & Fontaine, 2005). Na infância, os pais são a principal fonte de apoio, mas à medida que a criança se vai desenvolvendo, vai expandindo a sua rede de contactos, vai aumentando a rede de suporte, verificando-se que na adolescência os pares são a principal fonte de apoio. As ligações que o indivíduo estabelece com os outros significativos no seu meio social – indicadoras do seu grau de integração social - é quantificável pela qualidade e número de prestadores de suporte social. Nas investigações nesta área, tem-se tentado conhecer o suporte social de que o sujeito dispõe e quem são os prestadores de suporte, o que nos parece importante de abordar no nosso estudo sobre a vivência da gravidez e maternidade das adolescentes; a gravidez - período especialmente sensível entre a concepção e o parto, além de envolver transformações físicas internas, requer do ponto de vista psicológico, tal como foi anteriormente referido, ajustamentos, recursos e mecanismos adaptativos à situação e a nível social, apoio e suporte adequado, seja informal ou formal.

Na nossa sociedade verifica-se uma cada vez maior permissividade relativamente ao comportamento sexual dos jovens; estes iniciam a sua vida sexual mais cedo, no entanto, o sistema social (saúde, educação...) rejeita o facto dos adolescentes poderem ser sexualmente ativos. Por outro lado, os programas de educação sexual existentes possuem uma atuação, quase na sua totalidade, cognitiva, passando informação paralela à sexualidade, tal como, a reprodução e a anatomia (valorizando aspectos meramente biológicos) em detrimento dos afectos e do envolvimento emocional na sexualidade. O comportamento sexual dos jovens adquire na nossa sociedade um carácter praticamente clandestino; estamos perante uma realidade que é simultaneamente permitida e negada, pois nem as famílias, nem o contexto educativo ou de saúde oferecem ou permitem condições aos nossos adolescentes para que vivam uma sexualidade sem riscos. Os adolescentes convertem-se num grupo de risco devido

à dificuldade de experiências sexuais e relacionamentos gratificantes e adequados, ou seja, sem riscos de gravidezes indesejadas ou de contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Fonagy, Steele e Steele (1991) salientam neste contexto a necessidade de um trabalho de reelaboração, de consciencialização ou acesso à função reflexiva do adolescente de forma a interromper heranças de histórias malogradas, quando as relações passadas são de natureza desconcertante ou traumática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Alléon, A., Morvan, O., & Lebovici, S. (1985). *Adolescence terminée, adolescence interminable*. Paris: PUF.
- Altman, H. (2007). A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Educação em Revista*, 46, 287-310.
- Alvarez, M. L., Burrows, R., Zvaighat, A., & Santiago, M. (1987). Sociocultural characteristics of pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status: a comparative study. *Adolescence*, XXII, 149-156.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., & Candelori, C. (1996). Stability of attachment in children and intergenerational transmission of attachment. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 313-332.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Atger, F. (2004). Vinculação e adolescência. In Guedeney & A. Guedeney (Ed.), *Vinculação, conceitos e aplicações* (147-156). Lisboa: Climepsi, (ed. Original, 2002, Paris: Masson).
- Barnett, J. K., Papini, D. R., & Gbur, E. (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 26(102), 457-472.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology* 14(4), 413-415.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

- Baumrind, D. (1997). The discipline encounter: Contemporary issues. *Agression and Violent Behavior*, 2, 321-335.
- Begoin, F. (1984). Adolescence de la féminité. *Adolescence*, 2, 221-236.
- Benoit, D., & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment among three generations. *Infant Mental Health Journal*, 10, 185-202.
- Bergman, A. G. (1989). Informal Support Systems for Pregnant Teenagers. *Journal of Contemporary Social Work*, 70(90), 525-533.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mães-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321.
- Botting, B., Rosato, M., & Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, 93, 19-28.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's ties to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bounds*. London: Tavistock/Routledge.
- Bowlby, J. (1984). *Apego: A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969).
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- Brandon, A. R. (2006). *Maternal and fetal representations, dimensions of personality and*

prenatal attachment in woman hospitalized with high risk pregnancy. Dallas: Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences da University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas.

Brhun, J. G., & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 151-169.

Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada em 1979).

Cabral, C. S. (2002). *Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Camus, J. L. (2002). *O Verdadeiro Papel do Pai*. Porto: Edições Âmbar.

Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (2009). Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final. Manuscrito não publicado.

Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (323-357). Coimbra: Quarteto.

Caplan, G. (1974). *Social Systems and Community Mental Health*. New York: Basic Books.

Cardoso, M. (2001). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Nau Editora: Rio de Janeiro.

Carlson, E. (1990). *Individual differences in quality of attachment organization of high-risk adolescent mothers*. Columbia: Columbia University.

Carvalho, A. C., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e Gravidez: Auto-estima e ansiedade

em grávidas adolescentes. In E. Sá (Ed.), *A Maternidade e o Bebê* (45-86). Lisboa: Fim de Século.

Carvalho, A. M. A., Politano I., & Franco, A. L. S. (2008). Vínculo interpessoal: Uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização na psicologia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 233-240.

Cassel, J. (1974). Psychological Process and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-472.

Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cecconello, A., Antoni, C., & Koller, S. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 45-54.

Chang, S. C., O'Brien, K. O., Nathanson, M. S., Mancini, J., & Witter, F.R. (2003). Characteristics and risk factors for adverse birthoutcomes in pregnant black adolescents. *Journal of Pediatrics*, 143(2), 250-257.

Chase-Lansdale, P. L., & Brooks-Gunn, J. (1994). Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. In C. B. Fisher, & R.M.Lerner, (Ed.), *Applied developmental psychology* (207-235). New York: McGraw-Hill.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 43 (6), 269-297.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Ed.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, 253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Colman, A. D., & Colman, L. L. (1994^a). A Experiência da Mulher que espera um Filho. In A. D. Colman, & L. L. Colman (Ed.), *Gravidez – A Experiência Psicológica* (31-55). Porto: Edições Colibri.

- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1994^b). Os Estádios da Gravidez. In A. D. Colman, & L. L. Colman (Ed.), *Gravidez – A Experiência Psicológica* (57-88). Porto: Edições Colibri.
- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1994^c). O Significado da Gravidez. In A. D. Colman, & L. L. Colman (Ed.), *Gravidez – A Experiência Psicológica* (17-30). Porto: Edições Colibri.
- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1994^d). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Porto: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 16(3), 423-430.
- Condon, J. T. (1985). The parental-foetal relationship – a comparasion of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 271-284.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade maternal nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 677-683.
- Correia, M. (1998^a). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 16(3), 365-371.
- Correia, M. (1998^b). Um filho ter ou não ter: o caso de Isabel. *Análise psicológica*, 16(3), 423-430.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S., & Hook, E. W. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risks behaviors. *Pediatrics*, 107 (6), 1369-1374.
- Doan, H., & Zimmerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18, 109-129.
- Doron, R., & Parot, F. (Eds.). (2001). *Dicionário de Psicologia* (1^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Du Bois-Reymond, M., Sunker, H., & Kruger, H. (2001). *Childhood in Europe: approaches-trends-findings*. New York: Peter Lang.
- Duarte, S. (2007). *O Modelo Touchpoint: o nascimento da relação, em conjunto com os pais. A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interação. Diferenças ou semelhanças?* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased Psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Ed.), *Handbook of early childhood intervention* (326-349). New York: Cambridge University Press.
- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S., & Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity an teenage pregnancy? *Child Development*, 74(3), 801-821.
- European Comission (2000). *Report on the state of young people's health in the European Union*. [On-Line]. Retirado em 23 de Julho de 2012 de <http://europa.eu.int/comm/health>.
- Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Farinha, R. M., & Afonso, C. S. (2009). *Gravidez na adolescência: crise, resposta familiar e bem-estar emocional*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Feldman, J. B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 209-234.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... adolescentes... *Millenium on.line – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 32, 141-162.

- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(3), 178-85.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade da adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18(4), 485-498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 221-238.
- Figueiredo, B. (2003). Os primórdios da construção do próprio no contexto da interação mãe-bebê. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 311-322.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas Diferentes Circunstâncias de Risco? *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparasion of teenage and adult pregnant woman in a Portuguese séries. *Attachment and Human Development*, 8(2), 123-138.
- Filho, L. (2001). *Observatório da Infância*. [On-Line]. Retirado em 14 de Julho de 2012 de http://www.observatoriodainfancia.com.br/article.php3?id_article=77
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- 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.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os Adolescentes: Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Artes Gráficas.
- Frizzo, G., Kahl, M., & Oliveira, E. (2005). Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico*, 1(36), 13-20.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: the caregivinf behavioural system. In J. Cassidy, & P. Shaver (Ed.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.

- Golse, B. (2002). *Do Corpo ao Pensamento*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 1999).
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8, 153-165.
- Gordon, D. E. (1990). Formal operational thinking: the role of cognitive-developmental processes in adolescence decision-making about pregnancy and contraception. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 346-356.
- Gottlieb, B. (1981). Social Networks and Support in Community Mental Health. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support* (11-39). Califórnia – Beverly Hills: Sage Publications.
- Grady, M. A. & Bloom, K. C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a Centering Pregnancy Program. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 412-420.
- Grzybowski, L. S. (2002). Famílias monoparentais: mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Ed.), *Família em Cena: Tramas, dramas e transformações* (39-53). Rio de Janeiro: Vozes.
- Heilborn, M., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., Vitoria, C., Aquino, E., McCallum, C., & Bozon, M. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8, 13-45.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. & Marks, J. S. (2004). The association between ad-verse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-7.
- Hogan, D., & Kitagawa, E. (1985). The impact of social status, family structure, and neighbourhood on the fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90, 825-855.
- Holden, G., Nelson, P. Velasquez, J., & Ritchie, K. (1993). Cognitive, Psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents.

Adolescence, 28(111), 557-572.

Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (Eds.). (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Igert, B. (1987). Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescence. *Gynécologie et Psychosomatique*, 1, 5-8.

Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Silva, M. O., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K. W. M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J., & Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health Advance*, 17, 630-636.

Instituto Nacional de Estatística (1998). Inquérito à Fecundidade e Família: Resultados Preliminares. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008). *Estatísticas Demográficas 2007*. [On-Line]. Retirado em 23 de Julho de 2012 de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=30752040&PUBLICACOESmodo=2

Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., & Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebés. *Psicologia*, 20(1), 11-36.

Jordan, K., Capdevila, R., & Johnson, S. (2005). Baby or beauty: a Q study into post pregnancy body image. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 19-31.

Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescents: Causas, consequências, intervenção preventive e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 97-147.

Kaplan, B., Cassel, J., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15 (5), 47-58.

Kapungu, C. T., Holmbeck, G. N., & Paikoff, R. L. (2006). Longitudinal association between parenting practices and early sexual risk behaviors among urban African American adolescents: The moderating role of gender. *Journal Youth Adolescence*, 35, 787-798.

- Kaufmann, N. D., Spitz, A. M., Strauss, L. T., Morris, L., Santelli, J. S., Koonin, L. M., & Marks, J. S. (1998). The decline in US teen pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics*, 5(102), 1141-1147.
- Kennell, J. H., Trause, M. A., & Klaus, M. H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In Ciba Foundation (Ed.), *Parent-infant interaction* (Vol. 33) (87-102). Amsterdam: Association Scientific Publishers.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kirchengast, S., & Hartmann, B. (2003). Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *American Journal of Human Biology*, 15(2), 220-228.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lachar, P. (1991). Corps sexué, adolescence et maternité. *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 346-356.
- Leal, I. P. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10(2), 229-234.
- Leal, I. (1997). Transformações Sócio-culturais de Gravidez e da Maternidade: Correspondente Transformação Psicológica. Acta 5 – 2º Congresso Nacional da Psicologia de Saúde (204-205). Braga, 27 de Fevereiro a 1 de Março.
- Leal, I. (2000). Gravidez e maternidade na adolescência. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 23-26.
- Leal, I. (2005). Da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Levandowski, D. C. (2001). Paternidade na adolescência: Uma breve revisão da literatura internacional. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 195-209.

- Levine, L. V., & Tuber, S. B. (1991). Mothers' mental representations and their relationship to mother-infant attachment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55 (4), 454-470.
- Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Macarini, S., Martins, G., Minetto, M., & Vieira, M. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 119-134.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4^a ed.) (1-101). New York: Wiley.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Manlove, J., Terry-Humen, E., Papillo, A. R., Franzetta, K., Williams, S., & Ryan, S. (2002). *Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: What the research shows*. Washington: Child Trends.
- Matos, A. C. (1986). O primeiro amor. *Psicologia*, V (1), 39-43.
- Matos, A. C. (2006). Entre memória emocional e memória semântica: Mito pessoal do bebé. In J. Rosa, & S. Sousa (Ed.), *Cadernos do Bebê* (41-52). Lisboa: Fim de Século.
- Mauger, G., Bendit, R., & Wolffersdarff, G. (1994). *Jeunesses et sociétés. Perspectives de la recherche en France et en Allemagne*. Paris: Armand Colin.
- Michael, R., Gagnon, J., Lauman, E., & Kolat, G. (1994). *Sex in America*. Boston: Little Brown and Co.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38.

- Montandon, C. (2005). As práticas educativas parentais e as experiências das crianças. *Educação e Sociedade*, 26, 485-507.
- Montandon, C. & Longchamp, P. (2003). *L'expérience de l'autonomie chez l'enfant: une question récurrent dans la socialisation de l'enfant*. Genève: Université de Genève.
- Müller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215.
- Muuss, R. (1976). *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Nelas, P. (2004). Suporte Social na Gravidez Adolescente. *Interacções*, 6, 170-184.
- Omar, H., McElderry, D. & Zakharia, R. (2003). Educating adolescents about puberty: What are we missing? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15 (1), 79-83.
- Ourô, A., & Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não. O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 441-446.
- Parker, B. M. J., Soeken, K., & Torres, S. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparasion of adult and teenage women. *Nursing Research*, 42(3), 173-178.
- Pasini, W., Beguin, F., Bydlowski, M., & Papiernik, E. (1993). *L'adolescence enceinte*. Genebra: Médecine et hygiène.
- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology*, 34 (5), 925-933.
- Pedro, J. C. G. (1985). *A relação mãe – filho: influências do contacto precoce no comportamento da idade*. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda.
- Peppers, L., & Knapp, R. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159.
- Pereira, A. I. L. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, D. V., & Cardoso, M. F. (2002). O mundo interpessoal da grávida adolescente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 19-36.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, D. V., & Cardoso, M. F. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40(159), 655-671.
- Pereira, M. G., Santos, A. & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo Biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 3(17), 583-590.
- Pianta, R.C., Lopez-Hernandez, C. & Ferguson, J. E. (1997). Adolescent mothers and their children's early school performance. *Early Education and Development*, 8(4), 377-387
- Piccinini, C. A., Marin, A. H., Alvarenga, P., Lopes, R. C. S., & Tudge, G. R. (2007). Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12, 109-117.
- Pires, A. (2009). *A possível influência da relação com a figura paterna na representação da vinculação pré-natal, em grávidas adolescentes*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Pratt, L. (1991). *The Social Support Functions of the Family*. In *Health Promotion Research Towards a New Social Epidemiology*. Editado por B. Bandura e I. Kickbush. European Series: Who Regional Publications, 229-250.
- Radojevic, M. (1994). Mental representations of attachment among prospective Australian fathers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 505-511.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 71-82.
- Rios, L. F., Torres, M., & Diaz, L. (1992). Apoyo Social: Implicaciones para la Psicología de la salud. In I. A. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud* (Vol. I) (81-145). Valência:

Promolibro.

- Robson, K. S. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rodrigues, A. S. N. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoa significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 643-665.
- Rodrigues, S. (2011). *Vinculação materna pré-natal, depressão pós-parto e percepção materna do comportamento do recém-nascido*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Rondon, P. (2001). Adolescência: reflexões psicanalíticas. *Ágora*, 2(IV), 131-137.
- Rota, M. (1995). *Comunicar com a Criança – da concepção à adolescência*. Lisboa: Terramar.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling, & N. H. Berman (Ed.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (32-40). New York: Guildford.
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebê*. Lisboa: Fim de século.
- Sá, E. (Eds.). (2004). *A Maternidade e o bebê*. (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10, 17-29.

- Sánchez, A. (1991). *Psicologia Comunitária. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Investigación*. Barcelona: PPU.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social Support: An Interactional View*. Nova Iorque: Awiley.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assesing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 43(19), 211-220.
- Siddiqui, A., Hägglöff, B. & Eisemann, M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 369-380.
- Silva, A. A. (2010). *Adaptação à maternidade precoce e qualidade de vinculação: Estudo de caso*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Simons-Morton, B. & Hartos, J. (2002). The authoritative parenting model and adolescent health behavior. In R. J. Diclemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Ed.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Reserach: Strategies for Improving Public Health* (100-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Ed.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV) (269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Smith, T. (1993). Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *British Medical Journal*, 306, 1232-1235.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.
- Soares, I. (2006). Trajectórias dos nossos vínculos: Desenvolvimento, psicopatologia e aplicações clínicas. In M. C. Taborda Simões, & T. S. Machado et al., (Ed.), *Psicologia*

do desenvolvimento - Temas de investigação (231-241). Coimbra: Almedina.

- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 373-384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicopatologia da gravidez e da maternidade* (359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé, (Ed.), *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sprinthal, N., & Collins, W. (1994). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stevens-Simon C. & Mcanarney E. (1996). Adolescent pregnancy. In W. H. R. DiClemente & L. Ponton (Ed.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (313-332). New York: Plenum Press.
- Taylor, S. E. (1990). Health Psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.
- Tendais, I., Figueiredo, B. & Mota, J. (2007). Actividade física e qualidade de vida na gravidez. *Análise Psicológica*, 4(21), 419-430.
- van IJzendoorn, M. (1995). Intergenerational transmission of parenting: a review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Vedova, A. M. D., Dabrassi, F., & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal Reproductive an Infant Psychology*, 26(2), 86-98.
- Wagner, A. (2002). Possibilidades e potencialidade da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Ed.), *Família em Cena – Tramas, dramas e*

transformações (23-38). Petrópolis: Vozes.

- Ward, M., & Carlson, E. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66 (1), 69-79.
- Watcher, M. P. K. (2002). *Psychological distress and dyadic satisfaction as predictors of maternal fetal attachment*. Illinois: Illinois Institute of Technology.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- World Health Organization (1975). *Meeting on pregnancy and abortion in adolescence* (WHO Technical report Series, 583). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *Adolescent Friendly Health Services – an Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. (2007). *Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds*. [On-Line]. Retirado em 23 de Julho de 2012 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf
- Winemiller, D., Mitchell, E., Sutliff, J., & Cline, D. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 638-648.
- Xarepe, F. (2001). Apoio Multidisciplinar numa adolescente grávida. *IV Encontro Anual dos Serviços de Psicologia e Orientação da Casa Pia de Lisboa: Comunicações*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, 107-126.
- Xarepe, M. (2002). *Um Olhar sobre a Gravidez e Maternidade Adolescente – Estudo Comparativo*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Zabin, L., & Hayworth, S. (1993). *Adolescent sexual behavior and child bearing*. California: Sage Publications.

ARTIGO EMPÍRICO

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL, MEMÓRIA DE PRÁTICAS PARENTAIS E SUPORTE SOCIAL

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal descrever e avaliar a relação entre a vinculação pré-natal, as memórias de infância das práticas educativas parentais e o suporte social de adolescentes grávidas, tendo também em consideração algumas características sociodemográficas das participantes e sua relação com a vinculação pré-natal.

Aplicaram-se a 42 grávidas adolescentes, um questionário sociodemográfico, as “Memórias de Infância” (EMBU - Inventory of Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour), a Escala de Vinculação Pré-Natal (AEAS - Antenatal Emotional Attachment Scale) e o “Questionário de Suporte Social” (versão reduzida do “Social Support Questionnaire” - SSQ6).

Relativamente ao suporte social, a maioria das adolescentes grávidas (81%) tem uma a duas pessoas na sua rede de apoio (na sua maioria constituída pelas mães) e manifesta estar satisfeita com esse suporte. No que concerne às memórias de infância das práticas educativas parentais destas adolescentes, obtiveram-se resultados mais elevados nas dimensões suporte emocional e sobreprotecção da mãe comparativamente ao pai, não se verificando diferenças significativas na dimensão rejeição das escalas paterna e materna. Observou-se também que existe uma relação entre a dimensão suporte emocional das escalas materna e paterna e o número de entidades de suporte, ou seja, quanto mais satisfatório é o suporte emocional maior o número de entidades de suporte.

Relativamente à vinculação pré-natal, a maioria das adolescentes grávidas, obteve uma pontuação acima do ponto médio da escala, verificando-se um valor mais elevado na dimensão “tempo despendido” do que na “qualidade da vinculação”, sendo a diferença estatisticamente significativa. Verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa, entre o número de entidades de suporte e a qualidade da vinculação pré-natal e uma relação negativa significativa entre este factor e as memórias de infância das adolescentes grávidas, na dimensão rejeição da escala paterna e materna. Constatámos também a existência de correlações positivas entre a vinculação pré-natal e a reação da adolescente à gravidez não planeada, o mesmo se verificando entre a reação do pai do bebé e o tempo despendido na vinculação (no sentido de quanto mais positiva foi a reação do pai do bebé, maior o tempo despendido na vinculação).

Estes resultados alertam para a influência das interações precoces com as figuras parentais, nas relações posteriormente estabelecidas, nomeadamente na vinculação pré-natal, assim

como da importância do suporte social e da aceitação da gravidez pela adolescente e o pai do bebê.

Palavras-chave: Adolescentes Grávidas; Suporte Social; Memórias de Infância das Práticas Educativas Parentais; Vinculação Pré-Natal.

ABSTRACT

This study serves the purpose of describing and evaluating the connection between prenatal attachment, childhood memories of parental educational practices and the social support for pregnant teenagers, being also considerate some sociodemographic traits of the participants and their connection to prenatal attachment.

It was applied to 42 pregnant teenagers, sociodemographic questionnaire, the EMBU - Inventory of Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour, the AEAS - Antenatal Emotional Attachment Scale and a shortened version of the Social Support Questionnaire - SSQ6.

About the social support, most pregnant teenagers (81%) has one to two people in their support net (mainly their mothers) and states to be pleased with that support. In what concerns this teenagers' childhood memories of parental educational practices, we obtained higher results in the mothers' emotional support and overprotecting dimensions comparatively to the fathers', existing no significant differences between the mother and father rejection sales dimensions. We also observed a connection between the mother and father emotional support scales dimension and the number of support entities, in other words, the bigger the number of support entities the more satisfying the emotional support.

Regarding prenatal attachment, most pregnant teenagers, obtained a score above the medium point of the scale, which allows us to verify a higher value in the "time spent" dimension rather than in the "attachment quality" dimension. We discerned the existence of a significant positive correlation, between the number of entities of support and the quality of prenatal attachment and a significant negative relation between this factor and the pregnant teenagers childhood memories, in the rejection dimension of the mother and father scales. We also verified the existence of positive correlations between prenatal attachment and the teenagers reaction to the unexpected pregnancy, the same being said about the reaction of the baby's father and the time spent in attachment (in the sense that the more positive the child's father reaction, the more time being spent in attachment).

These results warn us of the influence of early interactions with the parental figures, in the later established relations, namely in prenatal attachment, as of the importance of social support and of the acceptance of the pregnancy by the pregnant teenager and the child's father.

Key-Words: Pregnant Teenagers; Social Support; Childhood Memories of Parental Educational Practices; Prenatal Attachment.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um assunto bastante atual tanto na área da psicologia quanto na da enfermagem e medicina, principalmente pelas suas implicações biopsicossociais. A adolescência em si já constitui um processo de mudança tanto física, como psicológica; ter um bebê é uma decisão bastante difícil e envolve muitas renúncias, daí a importância do apoio a nível emocional e financeiro, do pai do bebê e família.

A gravidez na adolescência é uma das questões realçadas no relatório sobre o estado de saúde dos jovens da União Europeia, dado que implica um significativo aumento do risco de problemas sociais, económicos e de saúde da mãe e do bebê (European Commission, 2000). Vários são os países com taxas elevadas de incidência de gravidez na adolescência, situando-se em lugar de destaque os Estados Unidos da América (Kaufmann, et al., 1998 e Manlove et al., 2002). Portugal é um dos países da União Europeia com taxas mais elevadas de ocorrência deste fenómeno, tendo – antes da entrada de novos países na União Europeia - até há bem pouco tempo, ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004).

Para a família, a gravidez adolescente constitui uma grande “fonte” de tensões sociais, culturais e económicas, principalmente no seu início, pois existe uma dificuldade de aceitação e adaptação a essa nova situação, o que pode levar a jovem a um certo descontrolo emocional e à vivência de um sentimento de abandono (Xarepe, 2001); torna-se frequentemente visível, na gravidez na adolescência, a dificuldade de comunicação entre os pais e as adolescentes, ausência ou rigidificação de regras familiares, falta de definição de papéis, podendo a família entrar em ruptura e crise.

O movimento centrífugo de maior afastamento e autonomização característico da adolescência, é limitado pela situação da gravidez, pois a responsabilidade de tomar conta de terceiros, isto é, do bebê, torna a jovem habitualmente mais dependente do apoio emocional e instrumental da família (Canavarro, 2000, citado por Xarepe, 2002).

Segundo Szigethy e Ruíz (2001), a gestação nem sempre se configura como uma situação problemática na vida destas adolescentes, se devidamente acompanhada de apoio familiar, cumprimento das orientações recebidas no pré-natal, suporte para prosseguir os estudos, presença do companheiro, responsabilidade e cuidado com o bebê; nestes casos, apesar da gravidez constituir um momento de esperada instabilidade emocional, o suporte por parte da família, amigos e companheiro pode prevenir ou atenuar, quadros depressivos bastante frequentes em gestantes dentro desta faixa etária. O apoio da família torna-se extremamente

importante ao longo da gravidez, pois as dificuldades vão persistindo, acentuando-se essa necessidade de suporte com o nascimento da criança. No caso de, neste período, não existir um bom suporte sociofamiliar, a adolescente encontra-se em risco de falhar nas suas tarefas de adolescente, ou de construir uma família estável, bem como, de auto-estruturar-se e estabelecer uma boa relação mãe/filho.

Para além da importância de toda a dinâmica de funcionamento interno da família, vários outros sistemas fora da família exercem grande influência nas interações e no desenvolvimento do ser humano, como a escola, o local de trabalho, a vizinhança, a comunidade e a rede social, tornando-se fundamental estudar a interdependência e a mútua influência dos processos intra e extrafamiliares (Bronfenbrenner, 1986, 1996); neste contexto também o companheiro da adolescente grávida, tem um papel fundamental, tornando-se o seu estudo de grande relevância. Assim, a investigação empírica tem demonstrado a importância da relação interpessoal da adolescente com o companheiro, verificando-se que, as gestantes/mães adolescentes que têm uma boa relação com o seu companheiro ou cônjuge, demonstram mais consistência emocional, maior prazer na tarefa parental e uma interação mais adequada com o feto/bebé.

Num estudo de Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006), os autores salientaram que grande parte das adolescentes entrava na consulta de obstetrícia sozinha (49,4%) e embora algumas se apresentassem acompanhadas pela mãe (25,6%), poucas foram as que entraram com o companheiro (15,4%). Xarepe (2001) refere que muitas jovens aparecem, geralmente, sozinhas ou com uma amiga, falam da surpresa da gravidez não esperada, da rejeição familiar, da vergonha dos amigos, vizinhos e dos colegas de escola e, muitas vezes da recusa da assunção da paternidade por parte do parceiro; para as jovens que não conseguem uma união de facto ou casamento, a gravidez torna-se mais difícil de aceitar, pois uma gravidez extramatrimonial, ainda é, atualmente, motivo de marginalização e estigmatização, na nossa cultura, constituindo um forte factor de pressão sobre a adolescente, promovendo desajustes graves, em termos emocionais e sociais. No entanto, no caso de uma gravidez no matrimónio, também a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, pode causar a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afectivo-social: na maioria desses casos a gestante não tem nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família, sofrendo frequentemente críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Ademais, muitas vezes, não podem contar com o apoio de amigos ou vizinhos, pois sentem-se envergonhadas, culpadas e têm dúvidas quanto ao seu futuro e ao do seu filho.

Autores como Sarason (1999), salientam a importância das mais variadas formas de apoio social durante a gestação, já que o facto de se poder confiar no apoio social recebido é um provável preditor de saúde tanto antes como depois do parto; o sentimento de satisfação com o apoio social recebido assume grande relevância, quando se considera que a gravidez, o nascimento e os primeiros cuidados com o bebé são eventos stressantes, tenha a gestação sido desejada ou não. O apoio social funciona como moderador dos sentimentos de insegurança ou outros associados à gravidez, podendo configurar-se como mais um recurso utilizado pela jovem gestante. As relações de suporte podem originar serviços de bem-estar, de afectos, de controle pessoal que contribuem para ajudar as mulheres a perceberem as mudanças da gravidez com menos stress (Xarepe, 2002), constituindo-se como um factor protetor eficaz, na medida em que minora os efeitos adversos da gravidez adolescente; o efeito do suporte social terá que ser circunstanciado relativamente ao estilo de vida da grávida adolescente (nomeadamente se vive com a família de origem, com o companheiro/pai da criança ou sozinha).

Segundo Sampaio (2002) vários estudos têm constatado que o impacto do suporte social, as suas dimensões e componentes, diferem conforme a faixa etária. A família terá a influência mais decisiva na ajuda e apoio aos jovens, seguindo-se o grupo de amigos, que assume particular importância para os adolescentes, aos níveis de suporte instrumental e emocional, apoio na resolução de tarefas desenvolvimentais, bem como, na construção da identidade. No caso das adolescentes, quando se apercebem de que estão grávidas, recorrem ao apoio social, emocional, instrumental e afectivo, primeiramente do parceiro, depois da sua mãe, seguindo-se a figura paterna e por fim os amigos (Sarason, 1999), verificando-se, habitualmente que a comunicação é melhor estabelecida com a mãe. Zimet e Powell et al. (1990, citados por Nelas, 2004), referem que as adolescentes vêem os membros da sua família, em especial as suas mães, como as mais importantes fontes de suporte. Dunkel-Schetter e Bennett (1990) referem ainda que outras relações próximas, normalmente os amigos, podem ter dificuldades em proporcionar um suporte eficaz sob condições stressantes, quer por se sentirem ameaçados pelos acontecimentos quer por terem dúvidas acerca da melhor forma de ajudar. Num estudo realizado por Chen, Tellen e Chen (1995, citados por Nelas, 2004), onde se compara a percepção de suporte da família e da comunidade em adolescentes grávidas, verificou-se que as adolescentes mencionaram um número significativamente maior de pessoas pertencentes ao sistema familiar, relativamente ao sistema comunitário. No mesmo sentido, numa investigação realizada por Bergman (1989) verificou-se que os sistemas de suporte formal são preteridos, em relação aos sistemas de suporte informal (nomeadamente a família), pelas

adolescentes grávidas. Stevenson, Maton e Teti (1999) realizaram um estudo sobre a percepção de apoio social de adolescentes gestantes, tendo salientado a figura da mãe, do companheiro e dos amigos, como as principais pessoas citadas pelas adolescentes para as apoiarem durante a gestação. No mesmo estudo, foram mencionados com menor frequência, os papéis do pai, dos irmãos, dos avós e da família do companheiro, neste processo.

O suporte social constitui uma fonte de vantagens para a grávida adolescente, embora possa apresentar dificuldades a nível de confusão de papéis, conflitos e disputa da criança (Xarepe, 2002). O impacto que a gravidez tem na vida da adolescente, estará naturalmente associado ao contexto social, familiar e cultural em que a jovem está inserida, considerando-se imprescindível um suporte familiar e social adequado para que a mãe adolescente possa estabelecer uma relação saudável mãe-filho tornando-se autónoma, uma unidade própria dentro da estrutura familiar (Xarepe, 2002). A percepção deste suporte social por parte da jovem grávida é uma variável de personalidade que se mantém estável ao longo do tempo, reportando-se à experiência de vinculação e consequentemente às memórias das práticas parentais (Nelas, 2004). Sarason, Sarason e Pierce (1990) sugerem que as pessoas que estabeleceram uma vinculação segura terão a percepção de um elevado suporte social, acreditando, em particular, que as pessoas que constituem a sua rede social, próxima e alargada, estarão mais disponíveis; as relações que estabelecemos com aqueles que de mais perto nos rodeiam são uma das partes, ou mesmo a parte mais importante da nossa vida. As relações significativas podem ser factores de risco ou de proteção, pois ora promovem o sentimento de segurança e autoestima e concorrem para o bem estar global do indivíduo, ora geram condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (Canavarro, 1999). As relações que os pais estabelecem com os seus filhos são permeadas pela necessidade de cuidar, educar e promover o seu desenvolvimento, resultando num conjunto característico de comportamentos que, em geral, são nomeados de diversas formas na literatura, como por exemplo, práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados ou cuidados parentais.

Num estudo realizado por Rothbard e Shaver (1994) os autores mostram que a recordação da mãe durante a infância, como não ansiosa, com sentido de humor e não egoísta, se associa à sua percepção, numa idade mais tardia, como disponível, proporcionando suporte emocional e carinho, enquanto que a percepção da mãe durante a infância como nervosa, confusa, preocupada e depressiva conduz, numa idade mais tardia, ao desconforto e alienação na sua presença. Esta investigação, à semelhança de outras e de acordo com previsões teóricas, encontra ainda evidências empíricas de que, comparativamente com os sujeitos inseguros, os

seguros têm recordações mais positivas das figuras parentais na infância (em particular da mãe), bem como descrevem de forma mais favorável as relações atuais com os pais. Embora persistam dúvidas quanto ao papel representado por cada uma das figuras parentais, existe um considerável número de evidências empíricas de que os indivíduos que recordam uma melhor relação com os pais durante a infância, particularmente com a mãe (Bifulco et al., 2004, Canavarro, 1999, Collins & Read, 1990, Feeney & Noller, 1990, Hazan & Shaver, 1987 e Rothbard & Shaver, 1994) estabelecem relações mais positivas com a sua rede social mais próxima. A qualidade dos cuidados parentais durante a infância relaciona-se com a qualidade do relacionamento com pessoas significativas numa idade mais tardia, na medida em que essas práticas interferem na organização da vinculação do ser humano (McCartly & Taylor, 1999 e Wekerle & Wolfe, 1998). Por exemplo, existem fortes evidências empíricas de que os indivíduos que sofreram maus tratos durante a infância têm dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais posteriores, tendo sido particularmente assinalado menos satisfação e menor ajustamento, bem como falta de intimidade e de suporte na relação com o companheiro. Baumrind (1966, 1971), que definiu os estilos educativos autoritário, permissivo e democrático, mostrou que os filhos de pais autoritários são menos competentes no plano escolar quanto no plano das relações com os outros, o mesmo se verificando noutras pesquisas (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987).

Sá (1997) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguindo algumas etapas: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal. A primeira, particularmente importante durante a gestação, será produto do que Soulé (1987) designou de, representações do bebé fantasmático e do bebé imaginário. O bebé fantasmático resulta do modo como os pais integram o seu próprio processo educativo e a relação com os seus progenitores, ou seja, a sua experiência como filhos; o bebé imaginário é tecido na imaginação dos pais, a partir dos seus desejos. A vinculação, estabelecida pela gestante com o feto, pode ser influenciada pela relação que teve com os seus pais enquanto criança, ou seja, pelas memórias que tem acerca das práticas educativas dos seus pais. Bowlby (1973) refere que a criança elabora um conjunto de expectativas acerca de si própria, dos outros e do mundo em geral, que correspondem à interiorização de características das suas interações com os pais, designando de *“Working models”*, os modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos, compreendidos como *“representações mentais, conscientes e inconscientes, do mundo e de si próprio que ajudam o indivíduo a perceber os acontecimentos e a antever e arquitetar planos para o futuro”* (p.203); estes modelos vão-se constituir em importantes

grelhas de leitura na previsão e na interpretação de comportamentos, influenciando os padrões de interação nas relações de proximidade emocional. Enquanto sistemas afetivamente carregados, os modelos representacionais internos regulam o sistema comportamental da vinculação, tendem a resistir à mudança e a influenciar o comportamento na vida adulta, embora sejam sensíveis a transformações, resultantes de alterações nas interações do indivíduo, com o meio; teoricamente, estes modelos desenvolvidos na infância, continuam a ser importantes, mesmo quando o adolescente estabelece novas relações. Soares (1996) refere que esta continuidade, pode ocorrer pela assimilação das novas relações, às expectativas que são consistentes com o modo como o indivíduo representa as suas relações.

Canavarro (1999) interessada em *“conhecer os efeitos das relações afectivas estabelecidas durante a infância nas relações estabelecidas posteriormente, ...”* (p.288), verificou que é sobretudo por via do suporte emocional prestado pelas figuras parentais na infância e na adolescência, que as primeiras relações afectivas influenciam as relações afectivas subsequentes. Hazan e Shaver (1987) salientam que a percepção da qualidade da relação estabelecida com os pais na infância se associa ao estilo de vinculação presente em novas relações mais tarde; indivíduos que referem relações mais carinhosas com ambos os pais, percebendo-os como mais respeitadores e aceitantes, estabelecem vinculações seguras; os que tendem a descrever a sua mãe como rejeitante e fria, apresentam estilos evitantes de vinculação e os que identificam experiências de injustiça nas práticas de cuidados dos seus pais, desenvolvem estilos ansiosos/ambivalentes de vinculação, nas suas relações, mais tarde.

O suporte social, os recursos familiares, designadamente a recordação da adolescente de ter sido apoiada emocionalmente pela sua mãe na infância e a percepção de apoio informativo do pai do bebé, parecem ser importantes na construção do modelo maternal, principalmente ao nível das mudanças associadas à maternidade. Como foi anteriormente referido, torna-se importante, as adolescentes gestantes, contarem com uma consistente rede de apoio social, principalmente da família, embora também da comunidade, escola ou mesmo da instituição hospitalar ou centros de saúde. As jovens adolescentes adequadamente apoiadas podem sentir-se melhor preparadas para lidar com as dificuldades oriundas da gestação, conseguindo, possivelmente, maiores níveis de saúde, bem-estar e sentimentos mais positivos para com o seu bebé em desenvolvimento.

O presente estudo tem como objetivo principal, avaliar e descrever o suporte social, as memórias de infância das práticas parentais e a vinculação pré-natal das adolescentes grávidas; identificar o número de entidades de suporte disponíveis e as pessoas com quem as adolescentes podem contar; verificar quais são as memórias de infância das adolescentes em

termos do suporte emocional, da sobreprotecção e da rejeição, relativamente ao pai e à mãe; se o suporte social está relacionado com as memórias de infância das práticas parentais; quais as características da vinculação pré-natal das adolescentes grávidas, em termos da qualidade da vinculação e do tempo despendido na vinculação e se há associação entre a vinculação pré-natal, o suporte social, as memórias de infância das práticas parentais e algumas características sociodemográficas das adolescentes.

Tendo por base os objetivos anteriormente enunciados, podem ser formuladas as seguintes questões de investigação:

1. Qual o Suporte Social (número de pessoas e grau de satisfação) das adolescentes grávidas?
2. Quais as Memórias de Infância das Práticas Educativas Parentais das adolescentes grávidas?
3. Haverá associação entre o Suporte Social e as Memórias de Infância das Práticas Educativas parentais das adolescentes grávidas?
4. Quais as características da Vinculação Pré-Natal das adolescentes grávidas?
5. Será que a Vinculação Pré-Natal está associada ao tipo de apoio e de satisfação com o Suporte Social?
6. Haverá relação entre a Vinculação Pré-Natal e as Memórias de Infância das Práticas parentais das adolescentes grávidas?
7. Será que a Vinculação Pré-Natal está associada a variáveis sociodemográficas como: (1) Idade; (2) Idade Gestacional; (3) Planeamento e aceitação da gravidez; (4) Viver com o pai do bebé e (5) Aceitação da gravidez por parte do pai do bebé?

Pretende-se também, com este estudo, incentivar o desenvolvimento de outros, numa área onde ainda escasseiam trabalhos empíricos que possam contribuir para uma melhor compreensão da relação entre o suporte social, a qualidade da vinculação pré-natal e memórias de infância das práticas parentais, das adolescentes grávidas, de forma a serem criadas estratégias e intervenções, que facilitem um pouco mais a vida destas pessoas.

Seguidamente proceder-se-á à apresentação do método de recolha de dados empíricos, incluindo a descrição do grupo de participantes, instrumento e procedimento utilizado, apresentando-se depois a análise dos resultados e sua discussão, de forma a poder refletir-se sobre os dados obtidos, tendo em consideração outros estudos considerados pertinentes.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Este estudo é de natureza quantitativa, tendo como método de seleção de participantes a amostragem não-aleatória, por conveniência (Maroco & Bispo, 2005).

Trata-se de um estudo transversal, pois foi solicitado às participantes o preenchimento de questionários num único momento; pode também ser considerado como um estudo correlacional e exploratório, um vez que se pretende relacionar variáveis (Fortin, 1999).

PARTICIPANTES

Na caracterização sócio demográfica utilizou-se estatística descritiva ao nível de frequências para as variáveis com escala nominal e ordinal e, média, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis com escala quantitativa.

O grupo de participantes é constituído por 42 adolescentes grávidas (Quadro 1), algumas delas de etnia cigana, com idade gestacional entre as 12 e 40 semanas ($M=27,55$ e desvio padrão 8,88), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, tendo na sua maioria 16 e 18 anos (23,8% em cada faixa etária), sendo a média etária de 17,10 anos e a dispersão em torno deste valor de 1,43 anos. Predomina a nacionalidade portuguesa (73,8%), havendo algumas jovens de nacionalidade Cabo verdiana (19%), Brasileira (4,8%) e Guineense (2,4%). A esmagadora maioria refere que é solteira (95,2%), contudo 45,2% das participantes refere viver com o pai do bebé; uma minoria (16,7%) já tem outro filho.

Quadro 1

Caracterização das Adolescentes Grávidas (dados relativos a filhos, idade, nacionalidade, estado civil e viver com pai do bebé ou outro companheiro)

		Freq.	%
Idade	15 anos	7	16,7%
	16 anos	10	23,8%
	17 anos	6	14,3%
	18 anos	10	23,8%
	19 anos	9	21,4%
<i>Mínimo</i> = 15,0		<i>Máximo</i> = 19,0	
<i>Média</i> = 17,10		<i>Desvio Padrão</i> = 1,43	
Idade Gestacional	Menos de 20 semanas	10	23,8%
	20-30 semanas	13	31,0%
	Mais de 30 semanas	19	45,2%
<i>Mínimo</i> = 12,0		<i>Máximo</i> = 40,0	
<i>Média</i> = 27,55		<i>Desvio Padrão</i> = 8,88	
Nacionalidade	Portuguesa	31	73,8%
	Brasileira	2	4,8%
	Cabo Verdiana	8	19,0%
	Guineense	1	2,4%
Estado civil	Solteira	40	95,2%
	União de Facto	2	4,8%
Vive com o pai do bebé?	Sim	19	45,2%
	Não	23	54,8%
Mora com um companheiro que não o pai do bebé?	Não	42	100,0%
Tem Filhos?	Sim	7	16,7%
	Não	35	83,3%
Quantos Filhos?	1 filho	7	100%

Relativamente à situação escolar (Quadro 2) verifica-se que a maioria das adolescentes atualmente não está a estudar (71,4%), tendo estas maioritariamente abandonado os estudos

há mais de 6 meses (70%). Os motivos mais invocados foram: não gostar de estudar (16,7%), devido à gravidez atual (13,3%) ou gravidez anterior (6,7%) e porque quiseram ir trabalhar (10%). Relativamente à escolaridade, a maioria (78,6%) tem o 2º ou 3º ciclo.

Quadro 2

Situação escolar

		Freq.	%
Escolaridade	1º Ciclo	4	9,5
	2º Ciclo	17	40,5
	3ª Ciclo	16	38,1
	Ensino Secundário	5	11,9
De momento está a estudar?	Sim	12	28,6
	Não	30	71,4
Se não está a estudar há quanto tempo abandonou os estudos?	Há menos de 6 meses	8	26,7
	Entre 6 a 12 meses	10	33,3
	Há mais de 12 meses	11	36,7
	Não responde	1	3,3
<i>Mínimo = 2,0 Máximo = 48,0</i> <i>Média = 16,38 Desvio Padrão = 13,84</i>			
Se abandonou porquê?	Sem Capacidade	1	3,3
	Doença	1	3,3
	Devido à gravidez	4	13,3
	Não gostava	5	16,7
	Devido a uma gravidez anterior	2	6,7
	O namorado não permitia	1	3,3
	Não quis continuar a estudar	4	13,3
	Não tinha com quem deixar o filho mais velho	1	3,3
	Motivos económicos	1	3,3
	Porque quis ir trabalhar	3	10,0
	Porque faz parte da cultura cigana	2	6,7
	Não respondeu	1	3,3
	Foi viver para o estrangeiro	1	3,3
	Porque a mãe não permitiu	1	3,3
	Não quis responder	1	3,3
	Porque não tinha férias para poder ficar com o bebé	1	3,3

No que concerne à situação laboral (Quadro 3) a esmagadora maioria das adolescentes não está atualmente a trabalhar (92,9%); 47,6% das participantes respondem não ter profissão, 28,6% referem ser estudantes, 16,7% estão desempregadas e das três adolescentes que responderam trabalhar atualmente, duas referem profissões não qualificadas e uma não responde.

Sobre as razões para terem deixado um trabalho anterior, os motivos mencionados pelas 9 inquiridas (23,1%) que afirmaram ter trabalhado, relacionaram-se com: a gravidez (“devido à gravidez”, e “Gravidez de risco”) – 3 inquiridas; o tipo/duração do contrato - 3 inquiridas (“porque eram trabalhos temporários”, “porque o contrato terminou e não foi renovado”) e distância entre o trabalho e o local de residência (2 inquiridas); houve uma jovem que não referiu o motivo.

Quadro 3

Situação Laboral

		Freq.	%
Está empregada?	Sim	3	7,1
	Não	39	92,9
Profissão	Trabalhadores não Qualificados	2	4,8
	Desempregada	7	16,7
	Estudante	12	28,6
	Não Tem	20	47,6
	Não responde	1	2,4
Se não trabalha atualmente, alguma vez trabalhou?	Sim	9	23,1
	Não	30	76,9
Se já trabalhou, porque deixou?	Porque eram Trabalhos Temporários	2	22,2
	Porque o local de trabalho era longe da minha residência	2	22,2
	Devido à gravidez	2	22,2
	Porque o contrato terminou e não foi renovado	1	11,1
	Devido a ter uma gravidez de risco	1	11,1
	Não responde	1	11,1

Quanto ao planeamento e aceitação da gravidez (Quadro 4) a grande maioria (81%) das inquiridas referiu que não a planeou; destas, a maioria (64,7%) reagiu positivamente à gravidez apesar de não ser planeada e 35,3% das inquiridas reagiu negativamente.

Quadro 4

Planeamento e aceitação da gravidez

		Freq.	%
Esta gravidez foi planeada?	Sim	8	19,0
	Não	34	81,0
Se não foi como a aceitou?	Mal	12	35,3
	Bem	16	47,1
	Muito Bem	6	17,6

Relativamente aos dados sociodemográficos dos pais das participantes (Quadro 5), a idade oscila entre os 36 e os 66 anos, sendo a média de 48,6 e o desvio padrão de 8,76; quanto à escolaridade dos pais das adolescentes, uma grande percentagem das inquiridas referiu não saber a escolaridade dos pais (40,5%), verificando-se, entre as respostas válidas obtidas, um predomínio do 1º ciclo (21,4%) e 3º ciclo (11,9%). As profissões dos pais mais mencionadas são: Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (21,4%) e Trabalhadores não Qualificados (21,4%).

Quadro 5

Caracterização Sociodemográfica dos Pais das Adolescentes

		Freq.	%
Idade do Pai	30-39 anos	4	9,5
	40-49 anos	15	35,7
	50-59 anos	9	21,4
	Mais de 60 anos	5	11,9
	Não Responde	9	21,4
		<i>Mínimo</i> = 36,00	<i>Máximo</i> = 66,0
		<i>Média</i> = 48,06	<i>Desvio Padrão</i> = 8,76
Profissão do Pai	Pessoal dos Serviços e Vendedores	2	4,8
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	9	21,4
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	3	7,1
	Trabalhadores não Qualificados	9	21,4
	Desempregado	3	7,1
	Não Sabe	10	23,8
	Reformado	2	4,8
	Não Responde	4	9,5
Escolaridade do Pai	1º Ciclo	9	21,4
	2º Ciclo	3	7,1
	3ª Ciclo	5	11,9
	Ensino Secundário	3	7,1
	Não Sabe	17	40,5
	Nunca Estudou	1	2,4
	Não responde	4	9,5

Sobre a caracterização sociodemográfica das mães das adolescentes (Quadro 6), constatou-se que a idade oscila entre os 33 e os 57 anos, sendo a média de 42,68 e o desvio padrão de 5,69. Relativamente à escolaridade da mãe, uma grande percentagem mencionou o 1º ciclo (26,2%) e o 3º ciclo (23,8%). As profissões mais referidas foram: Trabalhadores não Qualificados (42,9%) e Pessoal dos Serviços e Vendedores (11,9%), tendo havido uma grande percentagem (31%) a afirmar que a mãe está desempregada.

Quadro 6

Caracterização Sociodemográfica das Mães das Adolescentes

		Freq.	%
Idade da Mãe	30-39 anos	13	31,0
	40-49 anos	21	50,0
	50-59 anos	4	9,5
	Não Responde	4	9,5
		<i>Mínimo</i> = 33,00	<i>Máximo</i> = 57,00
		<i>Média</i> = 42,68	<i>Desvio Padrão</i> = 5,69
Profissão da Mãe	Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	1	2,4
	Pessoal Administrativo e Similares	1	2,4
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	5	11,9
	Trabalhadores não Qualificados	18	42,9
	Desempregada	13	31,0
	Não Sabe	2	4,8
	Não Responde	2	4,8
Escolaridade da Mãe	1º Ciclo	11	26,2
	2º Ciclo	5	11,9
	3ª Ciclo	10	23,8
	Ensino Secundário	2	4,8
	Não Sabe	8	19,0
	Nunca Estudou	4	9,5
	Não Responde	2	4,8

Sobre o estado civil dos pais (Quadro 7) uma grande percentagem (40,5%) das inquiridas refere que os pais estão separados ou divorciados, apenas 23,8% afirma que os pais são casados (23,8%) e 33,3% solteiros. Algumas inquiridas (14,3%) referem que um dos progenitores já faleceu, quatro adolescentes mencionam ter sido o pai e duas a mãe.

Quadro 7

Respostas das Adolescentes a Questões Sobre os Pais

		Freq.	%
Estado Conjugal dos Pais	Solteiros	14	33,3
	Casados	10	23,8
	Divorciados/	17	40,5
	Separados		
	Não sabe	1	2,4
Algum dos pais já faleceu?	Sim	6	14,3
	Não	36	85,7
Se sim, qual?	Pai	4	66,7
	Mãe	2	33,3
Se sim, há quanto tempo?	4 anos	2	33,3
	8 anos	1	16,7
	9 anos	1	16,7
	12 anos	1	16,7
	Não responde	1	16,7
		<i>Mínimo</i> = 4,00	<i>Máximo</i> = 12,0
		<i>Média</i> = 7,40	<i>Desvio Padrão</i> = 3,44

A análise dos dados sociodemográficos dos pais dos bebés (Quadro 8), revela que as idades oscilam entre os 16 e os 31 anos, sendo a média de 20,98 e o desvio padrão de 3,04. A maioria (59,5%) tem escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo de escolaridade (33,3% - 3º ciclo e 26,2% - ensino secundário). As profissões predominantes são as do grupo “Trabalhadores não Qualificados” (16,7%), existindo ainda 19% de desempregados e 14,3% de estudantes; quase todos (97,6%) são solteiros, 97,6% têm conhecimento da gravidez, 81% reagiram bem a esse facto, 7,1% rejeitaram e 9,5% dos pais dos bebés reagiram mal à gravidez.

Quadro 8

Dados Sociodemográficos dos Pais dos Bebés

		Freq.	%
Idade do pai do bebé	Menos de 18 anos	2	4,8
	18-20 anos	20	47,6
	21-23 anos	11	26,2
	Mais de 23 anos	8	19,0
	Não Responde	1	2,4
<i>Mínimo</i> = 16,00 <i>Máximo</i> = 31,0 <i>Média</i> = 20,98 <i>Desvio Padrão</i> = 3,04			
Escolaridade do pai do bebé	1º Ciclo	2	4,8
	2º Ciclo	8	19,0
	3ª Ciclo	14	33,3
	Ensino Secundário	11	26,2
	Não Sabe	6	14,3
	Não Responde	1	2,4
Profissão do pai do bebé	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	2,4
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	1	2,4
	Pessoal Administrativo e Similares	1	2,4
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	3	7,1
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	2,4
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	4	9,5
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	2	4,8
	Trabalhadores não Qualificados	7	16,7
	Desempregado	8	19,0
	Não Sabe	5	11,9
	Estudante	6	14,3
	Não tem	2	4,8
	Não Responde	1	2,4
Estado civil do pai do bebé	Solteiro	41	97,6
	União de Facto	1	2,4
Tem conhecimento desta sua gravidez?	Sim	41	97,6
	Não responde	1	2,4

Se tem conhecimento, como reagiu?	Rejeitou	3	7,1
	Mal	4	9,5
	Bem	22	52,4
	Muito Bem	12	28,6
	Não responde	1	2,4

Relativamente ao agregado familiar (Quadro 9), foi-se averiguar quais os elementos mais referidos, independentemente de serem indicados isoladamente ou associados a outros; entre eles salientaram-se, neste contexto: a mãe (40,5%), companheiro (40,5%) e irmão (33,3%).

Quadro 9

Com quem Vivem as Adolescentes Grávidas

Com quem vive	Freq.	%
Mãe	17	40,5%
Companheiro cônjuge	17	40,5%
Irmão	14	33,3%
Filho	6	14,3%
Colegas residência	5	11,9%
Monitoras residência	5	11,9%
Sobrinho	4	9,5%
Pai	4	9,5%
Cunhado	4	9,5%
Avós	4	9,5%
Tios	3	7,1%
Sogro	2	4,8%
Padrasto	1	2,4%
Madrasta	1	2,4%

Uma grande percentagem das adolescentes (42,9%) refere receber apoio de alguma instituição, havendo 11,9% (5 inquiridas) que responde estar na instituição entre 5 dias a 4 meses (Quadro 10).

Quadro 10

Respostas das Adolescentes Grávidas Sobre a Existência de Apoio de Instituições

		Freq.	%
Recebe algum tipo de apoio de alguma instituição?	Sim	18	42,9
	Não	24	57,1
Se for o caso, há quanto tempo está na Instituição?	5 dias	1	20,0
	14 dias	1	20,0
	2 meses	1	20,0
	4 meses	2	40,0

INSTRUMENTO

Para a elaboração e desenvolvimento deste estudo utilizaram-se quatro questionários distintos:

Questionário Sociodemográfico

Neste estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico (Anexo A), incluindo um total de 37 questões, com o objetivo de recolher dados relativos à adolescente grávida, seus pais e pai do bebé, englobando variáveis como a idade, naturalidade, escolaridade, profissão, estado civil e agregado familiar.

EMBU – Inventory of Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour

Possivelmente, uma das mais antigas e importantes questões da Psicologia prende-se com o papel desempenhado pelo ambiente no desenvolvimento do indivíduo. Numa perspectiva ontogénica, os pais são habitualmente reconhecidos como os principais protagonistas e a família como o principal cenário para a socialização (Holden & Edwards, 1989 e Maccoby, 1984).

No intuito de avaliar as relações com os pais, foi utilizado um inventário de autorrelato (Anexo B) que mede com que frequência aconteceram determinadas práticas de cuidados durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe separadamente, o Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (EMBU) de Perris,

Jacobson, Lindstorm, Von Knorring, Perris (1980). A versão portuguesa desta escala (Canavarro, 1996) recebeu a designação de Memórias de Infância, sendo mais conhecida na literatura pela sigla EMBU.

Este instrumento inclui uma escala do tipo Likert de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” até “Sim, a maior parte do tempo”, passando por “Sim, ocasionalmente” e “Sim, frequentemente”.

A primeira versão era constituída por 81 itens que se agrupavam em 14 dimensões, correspondentes a catorze tipos de práticas educativas. Num estudo posterior Arrindell, Emmel, Brilman e Monsma (1983) submeteram os 81 itens a análise factorial, com rotação de tipo varimax, acabando por obter 4 factores distintos: Rejeição, Suporte Emocional, Sobreprotecção e Preferência em Relação aos Irmãos.

No presente estudo foi utilizada uma forma abreviada do inventário desenvolvido por Arrindell et al. (1994, citados por Pires, 2009), tendo esta sido utilizada em quinze países diferentes, obtendo-se níveis satisfatórios de variância intercultural para os três primeiros factores. A versão utilizada nesta investigação tem 23 itens.

Os estudos psicométricos das Memórias de Infância (Canavarro, 1996) revelaram de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento. Ao submeter os 23 itens a uma análise factorial encontraram-se três dimensões subjacentes, para o Pai e para a Mãe, condicentes com os factores mencionados para a versão longa da escala: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção.

Esses factores são descritos por Arrindell e Van der Ende (1984). O primeiro é definido como o leque de comportamentos dos pais perante o filho que fazem com que este se sinta confortável na sua presença e lhe confirmem a ideia de que é aprovado como pessoa pelos seus progenitores. Um exemplo dos itens desta dimensão é: “Os meus pais elogiavam-me.” A medida deste factor é obtida pelo somatório dos 7 itens que o compõem, separadamente para o pai e para a mãe.

O segundo factor é descrito como o somatório de comportamentos dos pais tendentes a modificar a vontade do filho, sendo sentidos como uma rejeição do próprio como indivíduo. Um exemplo dos itens que compõe esta escala é: “Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê.” A medida desta dimensão para a relação com a mãe obtém-se através do somatório de 9 itens, mais um que os considerados na relação com o pai (8 itens), porque o item 21 não apresenta níveis de consistência interna considerados mínimos, nem contribui para nenhum factor com peso significativo, no que concerne ao pai (Canavarro, 1996).

Por último, a Sobreprotecção reflete o comportamento parental caracterizado por protecção (excessiva) de experiências indutoras de stress e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as atividades dos filhos, assim como elevados padrões de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais é exigida estrita obediência. Esta medida é obtida através do somatório de 7 itens, quer para a mãe, quer para o pai; como exemplo dos itens que compõem esta escala temos: “Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito.”

No nosso estudo, na escala paterna, o alfa de Chronbach da dimensão suporte emocional é de 0,81, da dimensão rejeição 0,78 e da sobreprotecção 0,63; na escala materna os alfas são 0,81; 0,86 e 0,60, respectivamente.

AEAS - Antenatal Emotional Attachment Scale

No âmbito do desenvolvimento da Teoria da Vinculação, Bowlby (1969) considera que a vinculação é uma experiência que se constrói ao longo da vida, tendo início na gravidez, como o resultado da dinâmica de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que dela decorrem. Brazelton e Cramer (2004), mencionam que a vinculação mais precoce se inicia no segundo trimestre da gravidez, com a presença dos movimentos fetais que evidenciam a existência do feto, o qual começa a interferir na possibilidade de uma relação (Brazelton & Cramer, 2004 e Colman & Colman, 1994).

A AEAS mede a vinculação das mães e dos pais ao feto. Ao contrário de outros instrumentos e de acordo com o modelo teórico de Condon (1993), as duas formas da escala focam especificamente sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto *per se* e não o estado gestacional ou o papel parental. Os itens das escalas (relacionados com o desenvolvimento da vinculação dos pais ao feto) foram inicialmente desenvolvidos a partir de entrevistas com 112 casais expectantes australianos, a que se seguiu a construção de questionários preliminares que foram testados em vários grupos de progenitores (incluíram-se amostras de cada trimestre da gravidez, verificando-se que o número de participantes que se encontravam no primeiro trimestre era inferior), de pais e mães, quer casados (ou em união de facto) com o outro progenitor, quer separados.

Da análise dos itens e estudos de fiabilidade resultou a forma materna da AEAS com 19 itens e a forma paterna com 16 itens (Figueiredo, Leal & Maroco, 2010). As duas formas apresentam um bom nível de consistência interna e de estabilidade teste-reteste (Gomez & Leal, 2007). Foi estudada também a associação das pontuações obtidas na vinculação pré-

natal com a idade, tempo de gestação, experiência parental, ajustamento conjugal, depressão materna e envolvimento paterno no pós-parto. Os resultados não são contra-intuitivos e vão ao encontro do que tem sido reportado na literatura (Gomez & Leal, 2007). A análise factorial, sugeriu duas subescalas em ambas as versões, as quais, segundo Condon (1993), representam duas dimensões distintas da vinculação pré-natal. A primeira – “Qualidade da Vinculação” – representa a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como “uma pessoa pequena” (por ex., “Nas últimas duas semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido - muito positivos/.../muito negativos”) na forma materna. A segunda, “Intensidade da Vinculação” (ou “Tempo passado no modo de vinculação”), representa a força e intensidade da preocupação com o feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional dos progenitores. Inclui a quantidade de tempo passada a pensar sobre, falar sobre, sonhar sobre ou a tocar na barriga, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (por ex., “Nas últimas duas semanas, tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé dentro de mim - quase o tempo todo/.../nunca”) na forma materna.

Segundo Figueiredo, Leal e Maroco (2010), com base nas duas dimensões referidas, o autor Condon (1993) desenvolveu quatro quadrantes, relacionados com o estilo de vinculação. No primeiro quadrante incluiu pais muito preocupados com o feto, sendo a intensidade da sua preocupação acompanhada por sentimentos de proximidade, carinho e desejo pelo bebé.

De acordo com Gomez e Leal (2007), no geral, pode concluir-se que as duas formas portuguesas da AEAS são medidas fidedignas e válidas para avaliar a vinculação pré-natal.

A versão materna integra 10 itens focados na *qualidade da vinculação*, 8 itens que avaliam *o tempo dispendido na vinculação* e 1 que não está relacionado com quaisquer das dimensões anteriores; quanto à versão paterna, incluíram-se 8 itens sobre a *qualidade da vinculação* e 6 sobre o *tempo dispendido/intensidade na vinculação*, havendo 2 itens que não estão adstritos a qualquer sub-escala (Gomez & Leal, 2007).

Nas duas versões, cada item é o início de uma afirmação, que reflete atividades ou pensamentos relacionados com o feto, com cinco opções de resposta para completar a frase. Alguns itens têm pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria tem pontuação inversa de 5 a 1. Na versão materna da escala os itens que estão sujeitos a inversão são: 1, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 17 e na versão paterna os itens que se invertem são: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 15; os totais de cada subescala são obtidos pela soma dos respectivos itens. Um item da forma materna e dois itens da forma paterna não pertencem a nenhuma subescala, mas são somados aos restantes para

obter uma nota global de vinculação. Genericamente, notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo. Condon (1993) indicou que o alfa de Chronbach foi de 0,82 e 0,83 para a nota global materna e paterna, respectivamente (Figueiredo, Leal & Maroco, 2010); no nosso estudo, o alfa de Chronbach obtido foi de 0,66 para a nota global materna, 0,63 para a dimensão Qualidade da Vinculação e de 0,62 para a dimensão Intensidade da Vinculação.

Na versão original da escala não existe um padrão standard (um valor de corte) relativamente ao qual as pontuações possam ser comparadas (Condon & Corkindale, 1997). Como tal, estimaram-se os valores médios obtidos em cada uma das versões da escala, verificando-se um valor de 4,26 para a versão materna e 4,08 para a versão paterna.

As AEAS demoram aproximadamente cinco minutos a responder e são apropriadas para progenitores com e sem filhos prévios.

No desenvolvimento da versão portuguesa da AEAS (traduzida por Escala de Vinculação Pré-Natal), foi feito um esforço por mantê-la o mais semelhante possível ao original em língua inglesa. Assim, de dois métodos principais no processo de tradução – ‘retro-tradução’ e ‘controlo e avaliação numa tradução unidirecional’ – foi escolhido o último já que, como referem Fisiloglu e Demir (2000), é frequente que continuem a haver discrepâncias depois da retro-tradução porque a comparação é feita com a língua original. As duas forma foram traduzidas para o português pela investigadora principal e por uma tradutora profissional, separadamente e as duas traduções foram depois comparadas e corrigidas nas discrepâncias pontuais de vocabulário ou sintaxe. Finalmente, as versões finais e os respectivos originais foram analisados por um grupo de Psicólogos (docentes e clínicos) na adequação da tradução e validade facial dos itens.

Neste estudo foi apenas utilizada a forma materna da escala (Anexo C).

Social Support Questionnaire (Short-form)

No presente estudo foi também utilizada a versão reduzida do *Social Support Questionnaire (SSQ6)* de Sarason, Sarason, Shearin e Pierce (1987) (Anexo D). Esta versão de 6 itens foi desenvolvida a partir do *Social Support Questionnaire (SSQ)*, de 27 itens, por Sarason e colaboradores (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983). Trata-se de uma escala de autoaplicação que tem por objetivo avaliar duas dimensões distintas: o número de pessoas que compõem a rede social (SSQ-N) do indivíduo e o seu grau de satisfação para com esta mesma rede (SSQ-S).

A escala original obteve para a dimensão SSQ-N coeficientes alfa de Chronbach de 0.97 e para a dimensão SSQ-S de 0.94.

Estes valores, de acordo com a classificação de Hill e Hill (2009) são excelentes, visto que os autores definiram valores abaixo de 0.60 como inaceitáveis, entre 0.60 e 0.70 como fracos, 0.70 - 0.80 razoáveis, 0.80 - 0.90 bons e finalmente a partir dos 0.90, excelentes.

A adaptação portuguesa desta escala foi realizada por Pinheiro e Ferreira (2002) e tal como na escala original, cada um dos itens é avaliado segundo duas dimensões, ou seja, uma corresponde ao número de pessoas que compõem a rede de apoio social do sujeito (SSQ6N) e a outra ao grau de satisfação com este mesmo apoio (SSQ6S).

Pinheiro e Ferreira (2001, 2002) verificaram que a medida apresenta níveis de consistência interna adequados, com alfas de Chronbach de 0.92 e 0.90 para a subescala SSQ6S (relativa ao número de integrantes na rede de suporte social) e 0.89 e 0.90 na SSQ6N (relativa à satisfação com o suporte percebido). Assim, de acordo com a classificação de Hill e Hill (2009) estes valores são considerados bons ou até mesmo excelentes.

PROCEDIMENTO

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exaustiva dos questionários mais adequados para melhor responder aos objetivos deste estudo. Seguidamente foi pedida a autorização aos respectivos autores para a aplicação dos instrumentos (Anexo E).

Após a concretização destas etapas, foi solicitada autorização à direção de várias instituições (Anexo F), para recolher os dados junto das grávidas adolescentes, tendo-se obtido autorização das seguintes: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Humanus – Associação Humanidades, Agrupamento de Centros de Saúde Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho, Cáritas Diocesana de Setúbal, Residência Mãe Sol, CEBI (Centro de Acolhimento de Famílias Monoparentais), Associação São José e Ajuda de Mãe. A recolha de dados foi efectuada nas instalações das várias instituições, sendo os questionários aplicados individualmente. Após identificação da investigadora e explicação do objetivo da investigação, era entregue um consentimento informado às participantes e aos seus encarregados de educação (Anexo G), no caso de serem consideradas menores de idade; quando estes não se encontravam presentes entregava-se à participante um envelope, já com selo, para que o consentimento fosse assinado pelo seu encarregado de educação e enviado pelo correio para a investigadora, com o objetivo de obter autorização para posteriormente utilizar os dados, sendo garantida a sua confidencialidade. Seguidamente os questionários

foram aplicados individualmente, em situação de entrevista, pois devido à baixa escolaridade da população tornava-se bastante importante que o inquiridor se disponibilizasse a explicar o conteúdo das questões sempre que necessário.

RESULTADOS

1 – Considerações Gerais

Neste estudo utilizou-se o software SPSS versão 20.0 para proceder ao tratamento dos dados do estudo.

Utilizaram-se testes inferenciais para testar as questões de investigação, tais como:

Anova para amostras dependentes – Teste paramétrico que compara 3 ou mais amostras dependentes, foi usado para comparar as respostas das adolescentes nas 6 questões sobre o suporte social relativamente ao número de pessoas que dão apoio. Foi usado este teste dado se estar a comparar 6 amostras dependentes (as 6 questões), a amostra ser superior a 30 e a escala de resposta a cada questão ser quantitativa.

ANOVA de Friedman - Teste não paramétrico que compara 3 ou mais amostras dependentes, foi usado para comparar as respostas das adolescentes nas 6 questões relativamente ao grau de satisfação (6 amostras dependentes) e a escala de resposta a cada questão ser de tipo ordinal.

t de student para amostras dependentes – Teste paramétrico que compara duas amostras emparelhadas. Usou-se este teste para comparar as respostas das adolescentes grávidas na escala paterna e materna da escala de memórias de infância e para comparar as respostas das inquiridas nas duas dimensões da escala de vinculação; o facto da amostra ser superior a 30 e a natureza quantitativa das escalas das variáveis a comparar, permitiu o uso deste teste.

Mann-Whitney – Teste não paramétrico que compara duas amostras independentes. Utilizou-se para comparar dois grupos (planeou/não planeou a gravidez, vive/não vive com o pai do bebé) nas dimensões e total da AEAS, devido ao facto dos grupos serem inferiores a 30 e não terem distribuição normal nestas dimensões.

Correlação Pearson/Spearman: Utilizou-se a correlação paramétrica de Pearson quando se pretendeu correlacionar 2 variáveis com escala quantitativa, uma vez que a amostra é superior a 30; em caso de necessidade de se correlacionar valores obtidos numa escala ordinal com outros, de escala quantitativa, usou-se a correlação não paramétrica de Spearman.

O nível de significância máximo (grau de probabilidade de erro máximo que estávamos dispostos a aceitar), utilizado neste estudo, foi o 0,05.

2 – Análise Estatística dos Resultados obtidos

Suporte Social (número de pessoas e grau de satisfação) das adolescentes grávidas

No que concerne ao suporte social, as pessoas mais nomeadas pelas participantes (Quadro 11) em qualquer uma das 6 questões do suporte social foram:

Mãe- referida pela maioria das jovens (entre 52,4%-Q5 e 81,0%-Q3)

Companheiro (entre 19,0%-Q2 e 31%-Q1)

Namorado (entre 23,8%-Q2 e 33,3%-Q4)

Irmão/irmã (entre 9,5%-Q2 e 42,9%-Q1)

Amigo/amiga (entre 16,7%-Q4 e 31% Q3 e Q5)

Quadro 11

Pessoas Com Quem as Adolescentes Grávidas Podem Contar

	Q1- Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?		Q2-Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?		Q3-Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?		Q4 -Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?		Q5-Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?		Q6-Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a?	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Ninguém	1	2,4%	3	7,1%	0	0%	1	2,4%	1	2,4%	2	4,8%
Mãe	33	78,6%	24	57,1%	34	81,0%	31	73,8%	22	52,4%	23	54,8%
Pai	11	26,2%	0	,0%	12	28,6%	7	16,7%	4	9,5%	2	4,8%
Irmão/Irmã	18	42,9%	4	9,5%	12	28,6%	13	31,0%	7	16,7%	7	16,7%
Namorado	13	31,0%	10	23,8%	14	33,3%	14	33,3%	12	28,6%	13	31,0%
Companheiro/ Cônjuge	13	31,0%	8	19,0%	10	23,8%	12	28,6%	11	26,2%	10	23,8%
Amigo/Amiga	9	21,4%	9	21,4%	13	31,0%	7	16,7%	13	31,0%	12	28,6%
Colega de Curso	1	2,4%	0	,0%	3	7,1%	0	0%	1	2,4%	0	0%
Outro Colega	0	0%	0	0%	0	0%	1	2,4%	0	0%	1	2,4%
Outra Pessoa	17	40,5%	6	14,3%	12	28,6%	13	31,0%	9	21,4%	11	26,2%
Outros - Quem	Avó:		Tias:		Avó:		Avó:		Avó:7,1%(3)		Avó:	
	14,3% (6)		7,1% (3)		14,3%(6)		21,4%(9)		Tios:7,1%(3)		11,9%(5)	
	Tias:		Avó:		Tias:		Tias:		Sogra:2,4%(1)		Tias:	
	9,5% (4)		4,8%(2)		7,1%(3)		7,1%(3)		Primas:2,4%(1)		7,1%(3)	
	Sogra:		Cunhados:		Sogra:		Sogra:		Primos:2,4%(1)		Sogra:	
	7,1% (3)		4,8%(2)		4,8%(2)		4,8%(2)				4,8%(2)	
	Tec Int:		Primos:		Primos:		Tec.Inst:				Cunhadas:	
	4,8% (2)		2,4%(1)		4,8%(2)		2,4%(1)				2,4% (1)	
	Cunhados:				Madrasta/padrasto		Primas:				Primos:	
	4,8% (2)				4,8%(2)		2,4%(1)				2,4% (1)	
	Primos:				Tios:2,4%(1)		Madrasta/padra:				Tec. Inst:	
	2,4% (1)				Assistente social		2,4%(1)				2,4%(1)	
	Madrasta:				2,4%(1)							
	2,4%(1)											
	Vizinhos											
	2,4% (1)											

Nas questões 2, 3, 4, 5 e 6 a maioria das inquiridas refere poder “contar” com 1 a 2 pessoas (entre 52,4%-Q3 e 78,6%-Q2), enquanto que na questão 1, a maioria (59,60%) refere mais do que duas pessoas (Quadro 12); apenas 1 a 3 inquiridas responderam ninguém nas questões do

suporte social. Relativamente ao número total de pessoas com quem podem contar, a grande maioria (81%) refere 1 a 2 pessoas.

Quadro 12

Número de Pessoas Nomeadas por Questão e no Total

Número de entidades de suporte	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5		Q6		Número de pessoas com quem pode contar de uma maneira geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguém	1	2,4%	3	7,1%	0	0%	1	2,4%	1	2,4%	2	4,8%	0	0%
1-2 pessoas	16	38,1%	33	78,6%	22	52,4%	23	54,8%	29	69,0%	31	73,8%	34	81,0%
3-4 pessoas	20	47,6%	6	14,3%	13	31,0%	13	31,0%	11	26,2%	8	19,0%	7	16,7%
5-6 pessoas	5	11,9%	0	0%	6	14,3%	5	11,9%	0	,0%	1	2,4%	1	2,4%
+ de 6 pessoas	0	0%	0	0%	1	2,4%	0	0%	1	2,4%	0	0%	0	0%

No sentido de se averiguar a existência de diferenças significativas entre as 6 questões no número de pessoas nomeadas, foi-se efetuar um teste paramétrico (Anova de amostras dependentes – Quadro 13) comparando as médias referentes ao número de pessoas referidas em cada questão; foi possível usar-se um teste paramétrico dado a escala ser quantitativa (número exato de pessoas nomeadas) e a amostra ser superior a 30, sendo aplicável o teorema do limite central (aproximação à normalidade).

O teste Anova para amostras dependentes revelou a existência de uma diferença significativa no número de pessoas nomeadas nas 6 questões.

As questões onde as adolescentes grávidas nomearam mais pessoas foram: 1 – “Número de pessoas com quem pode realmente contar quando precisa de ajuda”; 3 – “Número de pessoas que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes” e 4 – “Número de pessoas com quem pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si”.

Nomearam menos pessoas nas questões 2 – “Número de pessoas com quem pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão”; 5 - “Número de pessoas com quem pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo” e 6 - Número de pessoas com quem pode realmente contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a”.

Quadro 13

Anova Amostras Dependentes: Número de pessoas nomeadas por questão - Comparação Entre as 6 Questões do Suporte Social

Número de entidades de suporte		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Anova Amostras dependentes
	Q1	41	1,00	6,00	2,88	1,27	F = 7,746 p = 0,000***
	Q2	39	1,00	4,00	1,62	,94	
	Q3	42	1,00	10,00	2,74	1,80	
	Q4	41	1,00	6,00	2,49	1,45	
	Q5	41	1,00	9,00	2,02	1,46	
	Q6	40	1,00	6,00	2,03	1,10	

*** Significativo para $p \leq 0,001$

Relativamente ao grau de satisfação com o suporte social, observando o Quadro 14 pode-se constatar que a maioria das inquiridas está muito satisfeita com o apoio que tem nos vários aspectos referidos nas 6 questões (entre 52,4%-Q6 e 66,7%-Q5).

Quadro 14

Grau de Satisfação – 6 Questões do Suporte Social

		Grau de Satisfação					
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Q1	Freq.	2	1	0	13	26	42
	%	4,8%	2,4%	0%	31,0%	61,9%	100,0%
Q2	Freq.	1	2	1	13	25	42
	%	2,4%	4,8%	2,4%	31,0%	59,5%	100,0%
Q3	Freq.	1	1	1	16	23	42
	%	2,4%	2,4%	2,4%	38,1%	54,8%	100,0%
Q4	Freq.	1	1	1	14	25	42
	%	2,4%	2,4%	2,4%	33,3%	59,5%	100,0%
Q5	Freq.	1	0	0	13	28	42
	%	2,4%	0%	0%	31,0%	66,7%	100,0%
Q6	Freq.	1	2	1	16	22	42
	%	2,4%	4,8%	2,4%	38,1%	52,4%	100,0%

Recorreu-se ao teste não paramétrico Anova de Friedman para comparar o grau de satisfação nas 6 questões, dado que a escala da satisfação é de tipo ordinal (Quadro 15).

A Anova de Friedman não revelou a existência de diferenças significativas entre as 6 questões no grau de satisfação, as jovens inquiridas revelam uma satisfação idêntica nestes vários aspectos.

Quadro 15

Anova de Friedman: Grau de Satisfação - Comparação Entre as 6 questões do Suporte Social

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Anova Friedman
Q1- Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,36	1,23	Friedman =5,815 p= 0,312
Q2 - Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,29	1,31	
Q3 - Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,36	1,03	
Q4 - Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,40	1,04	
Q5 - Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,57	0,86	
Q6 - Grau de Satisfação	42	1,00	6,00	5,26	1,15	
Total	42	1,00	6,00	5,37	0,96	

Memórias de Infância das práticas parentais das adolescentes grávidas

Para analisar os resultados obtidos no EMBU utilizou-se o teste t de student para amostras emparelhadas, no sentido de averiguar a existência de diferenças significativas nos resultados das 3 dimensões na escala paterna e materna (Quadro 16). Usou-se este teste paramétrico dado pretender-se comparar as respostas que as inquiridas deram nas duas escalas: paterna e materna, sendo as dimensões das escalas quantitativas (pontuação obtida através do score médio dos itens de cada dimensão) e o número de participantes superior a 30.

O teste t de student revelou que as inquiridas têm memórias mais positivas relativamente ao suporte emocional dado pela mãe comparativamente ao dado pelo pai, assim como

reconhecem um comportamento de sobreprotecção mais elevado nas mães, do que nos pais. Não se verificaram diferenças significativas entre a escala paterna e materna, na dimensão rejeição.

Quadro 16

Memórias de Infância - Comparação Entre Resultados da Escala Paterna e Materna

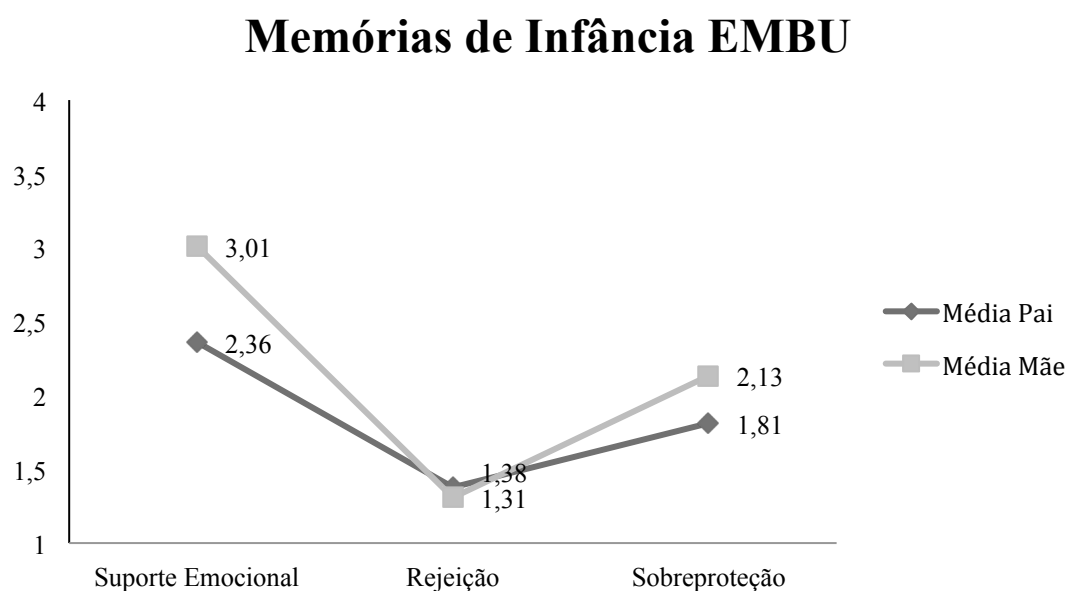
		Média	N	Desvio Padrão	t de student para amostras dependentes
Suporte emocional	Pai	2,36	38	0,82	t (38) = -4,320, p = 0,000***
	Mãe	2,99	38	0,67	
Rejeição	Pai	1,38	38	0,52	t (38) = 0,987, p = 0,330
	Mãe	1,32	38	0,53	
Sobreprotecção	Pai	1,81	38	0,63	t (38) = -3,06, p = 0,004**
	Mãe	2,13	38	0,55	

** Significativo para $p \leq 0,01$, *** Significativo para $p \leq 0,001$

De referir ainda que, de uma maneira geral, em ambas as escalas (paterna e materna) os resultados foram mais elevados no suporte emocional, seguido da sobreprotecção e em último, com resultados baixos, a rejeição (Gráfico 1).

Gráfico 1

Memórias de Infância – EMBU



Associação entre o Suporte Social e as Memórias de Infância das práticas parentais das adolescentes grávidas

Para analisar a associação entre os resultados obtidos na escala de suporte social e no EMBU utilizou-se uma correlação paramétrica (Pearson), dado as variáveis a correlacionar serem todas quantitativas e a amostra ser superior a 30.

Verifica-se que existe uma relação (Quadro 17) entre as memórias relativas ao suporte emocional da mãe e do pai e o número total de pessoas com quem pode contar de uma maneira geral: quanto mais elevados os resultados na dimensão suporte emocional da escala materna e paterna maior é o número total de pessoas com quem podem contar.

Quadro 17

Relação entre Suporte Social e Memórias de Infância

		Satisfação com o suporte social	Número Total de pessoas com quem pode contar de uma maneira geral
Suporte Emocional Mãe	Correlação de Pearson	0,126	0,352*
	p	0,425	0,022
	N	42	42
Rejeição Mãe	Correlação de Pearson	0,006	-,227
	p	0,971	0,148
	N	42	42
Sobreproteção Mãe	Correlação de Pearson	0,012	0,043
	p	0,939	0,785
	N	42	42
Suporte Emocional Pai	Correlação de Pearson	0,229	0,341*
	p	0,167	0,036
	N	38	38
Rejeição Pai	Correlação de Pearson	-0,164	-0,201
	p	0,326	0,227
	N	38	38
Sobreproteção Pai	Correlação de Pearson	0,054	-0,064
	p	0,749	0,703
	N	38	38

* Significativo para $p \leq 0,05$

Vinculação Pré-Natal das adolescentes grávidas

No sentido de se perceber melhor as características da vinculação pré-natal das adolescentes grávidas efetuou-se uma análise de frequências aos itens da escala e no final uma análise de médias do total da escala e das duas dimensões.

No que concerne à vinculação pré-natal das adolescentes grávidas, como se pode observar nas tabelas de frequências (Anexo H), a esmagadora maioria das adolescentes grávidas tem sentimentos positivos relativamente à gravidez. Existem contudo algumas adolescentes que nalguns itens revelam sentimentos de rejeição perante a gravidez; assim nos itens (19) “Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou

dano para mim, eu sentir-me-ia...” 2 adolescentes referiram que se sentiriam muito satisfeitas; (13) “Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:” uma adolescente referiu que se sente emocionalmente muito distante do bebé e outra refere que não se sente muito próxima a nível emocional; (12) “Por vezes, algumas mulheres grávidas ficam tão irritadas com o bebé que têm dentro delas que chegam a sentir que o querem magoar ou punir”, 3 adolescentes referiram sentirem-se assim frequentemente e no item (2) “Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram”, uma adolescente referiu emoções muito fracas ou inexistentes e 2 adolescentes responderam emoções moderadamente fracas.

No que concerne à pontuação obtida na escala AEAS (Quadro 19), a média das adolescentes deste estudo no score total é de 4,20, o que revela uma boa vinculação pré-natal. Fomos ainda averiguar os resultados nas duas dimensões, qualidade da vinculação e tempo despendido, dado a consistência interna de ambas ser aceitável (alpha de Cronbach acima de 0,60), constatando-se que as médias das adolescentes grávidas deste estudo nas duas dimensões, são superiores a 4; a média do tempo despendido na vinculação é um pouco mais elevada do que a da qualidade da vinculação (4,42 e 4,08 respectivamente), sendo esta diferença estatisticamente significativa, segundo o teste t de student para amostras dependentes [$t(41) = -4,609$, $p = 0,000$] .

Quadro 18

Resultados no Score total e nas Duas Dimensões da Escala de Vinculação Parental

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade da Vinculação	42	2,22	4,89	4,08	0,54
Tempo despendido na vinculação	42	3,29	5,00	4,42	0,38
Vinculação Total – AEAS total	42	2,72	4,67	4,20	0,40

Vinculação Pré-Natal e Suporte Social

Utilizou-se uma correlação de Pearson para analisar a relação entre os dados obtidos na escala de vinculação pré-natal e os do suporte social, dado as variáveis a correlacionar serem quantitativas e a amostra superior a 30.

Tal como se pode observar no Quadro 19 verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre o número total de pessoas com quem se pode contar de uma maneira geral

e a qualidade da vinculação pré-natal: quanto maior é o número total de pessoas com quem podem contar, melhor a qualidade da vinculação.

Quadro 19

Relação Entre Vinculação Pré-Natal e Suporte Social

		Satisfação com o suporte social	Número Total de pessoas com quem pode contar de uma maneira geral
Qualidade da Vinculação	Correlação		
	Pearson	0,244	0,331*
	p	0,120	0,032
	N	42	42
Tempo despendido na vinculação	Correlação		
	Pearson	-0,080	0,062
	p	0,613	0,697
	N	42	42
Vinculação Total – AEAStotal AEAStotal	Correlação		
	Pearson	0,113	0,210
	p	0,478	0,181
	N	42	42

* Significativo para $p \leq 0,05$

Vinculação Pré-Natal e as Memórias de Infância das práticas parentais das adolescentes grávidas

No que concerne à relação entre a escala de vinculação pré-natal e o EMBU encontrou-se uma relação negativa significativa (Quadro 20) entre as memórias de infância das adolescentes grávidas, quanto à rejeição do pai e da mãe e a qualidade da vinculação, verificando-se que, quanto mais baixa é a percepção da rejeição na infância, mais elevada é a qualidade da vinculação.

Quadro 20

Relação Entre Vinculação Pré-Natal e Memórias de Infância

		Qualidade da Vinculação	Tempo despendido na vinculação	AEAStotal
Suporte Emocional Mãe	Correlação Pearson	0,139	0,086	0,115
	p	0,379	0,589	0,467
	N	42	42	42
Rejeição Mãe	Correlação Pearson	-0,331*	-0,041	-0,236
	p	0,032	0,797	0,133
	N	42	42	42
Sobreproteção Mãe	Correlação Pearson	-0,239	-0,102	-0,252
	p	0,127	0,522	0,107
	N	42	42	42
Suporte Emocional Pai	Correlação Pearson	0,053	0,058	0,083
	p	0,751	0,731	0,620
	N	38	38	38
Rejeição Pai	Correlação Pearson	-0,391*	0,142	-0,236
	p	0,015	0,394	0,153
	N	38	38	38
Sobreproteção Pai	Correlação Pearson	-0,306	0,013	-0,221
	p	0,062	0,940	0,182
	N	38	38	38

* Significativo para $p \leq 0,05$

Vinculação Pré-Natal e variáveis sociodemográficas como: (1) Idade; (2) Idade Gestacional; (3) Planeamento e aceitação da gravidez; (4) Viver com o pai do bebé e (5) Aceitação da gravidez por parte do pai do bebé

Iniciou-se a análise da relação entre a escala de vinculação pré-natal e algumas variáveis sociodemográficas estudando primeiro as variáveis qualitativas de tipo nominal (planeamento da gravidez e viver com o pai do bebé), usando-se o teste não paramétrico Mann-Whitney, dado pretender-se comparar alguns grupos com dimensão inferior a 30 e que não revelaram distribuição normal na AEAS (Quadro 21).

Relativamente aos dados obtidos sobre o planeamento da gravidez e a vinculação pré-natal, o teste Mann-Whitney não revelou a existência de uma diferença significativa entre as

adolescentes que planearam a gravidez e as que não planearam, na escala de vinculação pré-natal, sendo a vinculação elevada nos dois grupos.

Quadro 21

Mann-Whitney - Comparação entre Adolescentes que Planearam a Gravidez e Adolescentes que não Planearam a Gravidez com a Vinculação Pré-Natal

	Esta gravidez foi planeada?	N	Média de Rank	Média e Desvio Padrão	Mann-Whitney
Qualidade da Vinculação	Sim	8	26,50	$\bar{X} = 4,27$ Dp = 0,366	U = 96,00 p = 0,198
	Não	34	20,32	$\bar{X} = 4,03$ Dp = 0,57	
	Total	42			
Tempo Despendido na Vinculação	Sim	8	21,75	$\bar{X} = 4,39$ Dp = 0,46	U = 134,00 p = 0,948
	Não	34	21,44	$\bar{X} = 4,43$ Dp = 0,37	
	Total	42			
Vinculação Total –AEAStotal	Sim	8	24,25	$\bar{X} = 4,26$ Dp = 0,39	U = 114,00 p = 0,480
	Não	34	20,85	$\bar{X} = 4,19$ Dp = 0,42	
	Total	42			

Quanto à comparação entre o facto das adolescentes viverem ou não com o pai do bebé e a vinculação pré-natal (Quadro 22) o teste Mann-Whitney também não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de adolescentes na vinculação pré-natal, verificando-se que, quer as adolescentes que vivem com o pai do bebé quer as que não vivem, revelaram valores idênticos na vinculação pré-natal.

Quadro 22

Mann-Whitney - Comparação entre Adolescentes que Vivem com o Pai do Bebê e as que não Vivem com o Pai do Bebê com a Vinculação Pré-Natal

	Vive com o pai do bebê	N	Média de Rank	Média e Desvio Padrão	Mann- Whitney
Qualidade da Vinculação	Sim	19	22,42	$\bar{X} = 4,10$ Dp = 0,57	U = 201,00 p = 0,657
	Não	23	20,74	$\bar{X} = 4,05$ Dp = 0,53	
	Total	42			
Tempo Despendido na Vinculação	Sim	19	23,76	$\bar{X} = 4,49$ Dp = 0,32	U = 175,50 p = 0,272
	Não	23	19,63	$\bar{X} = 4,37$ Dp = 0,42	
	Total	42			
Vinculação Total –AEAStotal	Sim	19	23,42	$\bar{X} = 4,22$ Dp = 0,43	U = 182,00 p = 0,355
	Não	23	19,91	$\bar{X} = 4,18$ Dp = 0,39	
	Total	42			

De seguida foi-se estudar as variáveis com escala quantitativa (idade e idade gestacional) e qualitativa de tipo ordinal (aceitação da gravidez não planeada/reacção do pai da criança), que possibilitam o recurso a um coeficiente de correlação para as relacionar com a AEAS (escala quantitativa).

Quando se pretendeu correlacionar duas variáveis com escala quantitativa e uma vez que, a amostra é superior a 30, usou-se a correlação paramétrica de Pearson; a correlação de Spearman foi usada para se correlacionarem dados de escala ordinal.

Como se pode observar no Quadro 23, verificámos que existe uma correlação positiva entre a reacção da adolescente à gravidez não planeada e a vinculação pré-natal: quanto melhor a reacção das participantes à gravidez não planeada, mais elevado é o resultado na vinculação total e no tempo despendido na vinculação. Existe ainda uma relação positiva entre a reacção do pai do bebê e o tempo despendido na vinculação: quanto mais positiva foi a reacção do pai do bebê, maior o tempo despendido na vinculação.

Quadro 23

Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Vinculação Pré-Natal

		Qualidade da Vinculação	Tempo Despendido na Vinculação	AEAStotal
Idade	Correlação de Pearson	-0,019	-0,126	-0,027
	p	0,903	0,425	0,865
	N	42	42	42
Idade Gestacional	Correlação de Pearson	-0,301	-0,042	-0,199
	p	0,053	0,792	0,205
	N	42	42	42
Se a gravidez não foi planeada, como a aceitou?	Correlação de Spearman	0,212	0,464**	0,389*
	p	0,228	0,006	0,023
	N	34	34	34
Se o pai da criança tem conhecimento, como reagiu?	Correlação de Spearman	0,140	0,309*	0,267
	p	0,383	0,049	0,091
	N	41	41	41

* Significativo para $p \leq 0,05$, ** Significativo para $p \leq 0,01$

DISCUSSÃO

Considerações Gerais Sobre Algumas Características Sociodemográficas das Participantes deste Estudo

Neste trabalho tentámos analisar o suporte social, as memórias de infância das práticas parentais e a vinculação pré-natal das adolescentes grávidas, tendo também em consideração algumas características sociodemográficas das participantes.

De uma forma geral, verificámos na caracterização das participantes, que muitas têm uma idade gestacional de mais de 30 semanas (45,2%), são solteiras (95,2%), a nacionalidade é portuguesa (73,8%), não têm mais filhos (83,3%), prevalece a idade de 16 e 18 anos (23,8%), verificando-se que 16,7% das inquiridas tem 15 anos e 14,3% tem 17, não se registando nenhum caso com 14 anos.

Monteiro e Cunha (1994), Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005), Lima e Lima (2010) e Almeida, André e Almeida (1999), referem que a maioria das gravidezes na adolescência ocorre em jovens abaixo dos 19 anos e diminui em jovens com menos de 16 anos, ou seja,

tem maior prevalência na adolescência tardia e não na precoce. Também Filho, Sigrist, Souza, Mateus e Rassam (2011) descrevem uma maior taxa de fecundidade em adolescentes dos 15 aos 19 anos e do seu aumento nas últimas quatro décadas no Brasil, relativamente à taxa das adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos. De acordo com Teixeira, Knauth, Fachel e Leal (2006), esta predominância é justificada porque 70% das adolescentes engravidam entre 18 meses a três anos após a menarca e um ano após a iniciação sexual; assim, tendo em consideração que a maioria das adolescentes tem a menarca por volta dos 12 anos, estaria explicada a frequência de eventos gestacionais na faixa etária acima dos 14 anos (Traballi et al., 2002).

Relativamente à idade gestacional ser em grande parte (45,2%) superior a 30 semanas, este resultado pode encontrar-se associado ao facto de alguns dos dados terem sido recolhidos em instituições de solidariedade social frequentadas pelas adolescentes, na sua maioria quando já estão perto do final da gravidez (muitas vezes já depois de terem sido mães), sendo baixo o número das que se dirigem a este tipo de instituições ainda no 1º trimestre de gestação, verificando-se um acréscimo no 2º trimestre; neste contexto poderemos considerar factores como o reconhecimento/aceitação da gestação e o apoio/relacionamento com os familiares, bem como, a tentativa de esconder o acontecimento da família, devido muitas vezes à recusa do parceiro, vergonha, tentativas de aborto e ainda desconhecimento da própria gravidez por parte de algumas adolescentes, devido à irregularidade do ciclo menstrual comum nessa fase, de forma que muitas somente consideram a possibilidade de gravidez após o crescimento da barriga e/ou percepção dos movimentos fetais. Segundo os estudos de Spindola e Silva (2009), mesmo nos hospitais e centros de saúde, a maioria das adolescentes inicia o acompanhamento pré-natal a partir do 2º trimestre de gestação (Baraldi, Daud, Almeida, Gomes & Nakano, 2007, Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004 e Aquino-Cunha, Andrade, Tavares & Andrade, 2002), por vezes devido a alguns dos motivos acima mencionados (não reconhecimento ou aceitação da gravidez). Baraldi et al. (2007) referem que, o início tardio do acompanhamento pré-natal se deve à qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, sendo importante realizar no mínimo seis consultas para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal; a estes factores junta-se a situação educacional inadequada dessas jovens, levando-as a desconhecerem a importância de tal acompanhamento e a demonstrar falta de conhecimento de práticas de saúde, seja relacionadas ao tema gravidez ou mesmo a questões básicas, como higiene, nutrição, sinais e sintomas de doenças. A situação de baixo nível educacional e cultural de milhares de jovens, que estão em risco não só de engravidarem precocemente, mas também de se tornarem vítimas de outros danos passíveis

de serem evitados com a melhoria dos níveis de instrução e orientação (Carvalho, Ximenes, Fontenele & Dodt, 2009), torna evidente a necessidade da adolescente – assim que a gravidez fosse confirmada - devido às suas características peculiares, ser inserida no acompanhamento pré-natal para a prevenção de riscos.

No nosso grupo de participantes, verificamos que grande parte das jovens (40,5%) frequentaram o 2º ciclo, 38,1% o 3º ciclo, 11,9% o ensino secundário e 9,5% apenas o 1º ciclo. Este baixo nível académico verifica-se noutros estudos (Xarepe, 2002 e Figueiredo, 2000) e é também abordado no Modelo Cognitivo para a Gravidez na Adolescência (Gordon, 1990), onde se evidencia que a presença de dificuldades cognitivas gerais, pode estar relacionada com um ambiente deficiente, uma perturbação do desenvolvimento e/ou da personalidade, aspectos também referidos nos estudos de Carvalho, Ximenes, Fontenele e Dodt (2009) e Godinho, Schelp, Parada e Bertoncello (2000). Apesar da baixa escolaridade também poder ser, nalguns casos, atribuída à pouca idade das adolescentes, todas as que integraram este estudo tinham já ultrapassado a faixa etária dos 14 anos, apresentando uma idade apropriada ao ingresso no 3º ciclo; como Godinho, Schelp, Parada e Bertoncello (2000) referem, uma baixa escolaridade implicará uma menor chance de se ter um trabalho com uma elevada remuneração ou até mesmo de se arranjar um trabalho remunerado. Nesta área, verificámos também, em consonância com outros estudos (Pires, 2009 e Pinto & Rodrigues, 1999), que a maioria das adolescentes não está empregada (92,9%), sendo estudantes apenas 28,6% das inquiridas (71,4% referiu não estar a estudar e 70% ter abandonado os estudos há mais de 6 meses); obtivemos assim um número expressivo de adolescentes que referiram não exercer nenhuma atividade (64,3%), o que denota a influência da gravidez precoce nas questões ligadas à educação e trabalho, geralmente implicando atraso e/ou abandono dos planos educacionais e profissionais, sobretudo em adolescentes de classe económica baixa (Cavalcanti, Zeni, Pinheiro, Pessoa & Barbosa, 2000). Resultados semelhantes aos referidos são evidenciados noutros estudos, como o de Persona, Shimo e Tarallo (2004), Ballone (2003), Pinto e Rodrigues (1999, citado por Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005) e Xarepe (2002), que mostram que muitas adolescentes grávidas optam por isolar-se do convívio da sociedade e do seu círculo de amizades, verificando-se que a maioria chega a abandonar os estudos devido à gravidez, situação que terá implicações negativas, relativamente ao futuro da gestante e do seu filho. Também Godinho, Schelp, Parada e Bertoncello (2000) e Cavalcanti, Zeni, Pinheiro, Pessoa e Barbosa (2000), constataram no seu trabalho, que a gravidez foi a responsável por 47,4% dos casos de abandono escolar, podendo este facto estar associado com a vergonha das jovens em assumirem a gestação perante colegas e professores, devido a

possíveis julgamentos negativos, tendo-se verificado neste contexto, que grande parte dos professores estão mal preparados para este tipo de situação, chegando a excluir das salas as meninas gestantes, para que não sirvam de “mau exemplo”; assim, muitas abandonam definitivamente a escola e as que retornam, geralmente têm de enfrentar o seu atraso escolar.

Nesta investigação os motivos mais invocados pelas participantes para terem abandonado a escola foram os seguintes: não gostarem de estudar (16,7%); gravidez atual (13,3%), tal como nos trabalhos de Newcombe (1999), Papalia e Olds (1998) e Pinto e Rodrigues (1986); gravidez anterior (6,7%) e porque quiseram ir trabalhar (10%). Segundo Fávero e Melo (1997) e Soares et al. (2001), será importante ressaltar que o abandono escolar não constitui apenas uma consequência da gravidez na adolescência como também representa um factor de risco para que haja gravidezes na adolescência; relativamente a este aspecto, embora a maioria (83,3%) das participantes afirmasse não ter mais filhos, 16,7% referiu ter mais um, resultados semelhantes aos mencionados por Carvalho, Ximenes, Fontenele e Dodt (2009), que salientam o facto de que apesar da gravidez precoce constituir eventualmente um fator desestruturante, nem sempre leva a que a adolescente evite uma nova gravidez. Chalem et al. (2007), Baraldi et al. (2007), Arcanjo, Oliveira e Benzerra (2007) e Sabroza, Leal, Gama e Costa (2004), evidenciam a precocidade da primeira gravidez e a incidência de mais de uma gestação durante a adolescência nalgumas mulheres. Este quadro, segundo Baraldi et al. (2007), pode ser justificado pelo facto deste contingente populacional, na sua maioria, se encontrar em situações de pobreza, baixa escolaridade, menarca precoce e início da vida sexual numa idade muito jovem; a precocidade da primeira gestação é um dado preocupante, considerando que contribui para aumentar a probabilidade de multiparidade neste grupo (Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004). Num estudo de Spindola e Silva (2009), os resultados são semelhantes aos deste trabalho, dado que, 79,4% adolescentes eram primíparas e 15,2% eram secundíparas. Alguns fatores referidos por Godinho, Schelp, Parada e Bertencello (2000) e Persona, Shimo e Tarallo (2004), estão fortemente associados à ocorrência de repetição da gravidez na adolescência, tais como, a primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, a repetência e abandono escolar, o envolvimento com parceiros mais velhos, ou a reação positiva da família à gravidez anterior; o pequeno intervalo interpartal acarretará certamente problemas, ao impor mais sobrecarga a essas jovens, que têm muitas vezes de cuidar, além de 2 ou 3 filhos, da casa e também do companheiro.

Suporte Social (número de pessoas e grau de satisfação) das adolescentes grávidas

Através da análise dos dados obtidos no SSQN verificámos que as pessoas mais nomeadas pelas participantes, em qualquer uma das 6 questões do suporte social foram, a mãe, que foi referida pela maioria das jovens, o companheiro, o namorado, o irmão/irmã e o amigo/amiga, resultados corroborados por estudos de autores como, Sampaio (2002), Sarason (1999), Zimet e Powell et al. (1990, citados por Nelas, 2004), Stevenson, Maton e Teti (1999), Ourô e Leal (1998) e Moreira e Sarriera (2008). A mãe e o companheiro constituem também figuras de destaque no estudo de Coard, Nitz e Felice (2000) com afro-americanas; o facto de existir uma relativa ausência de ligação do suporte social à figura paterna, pode sugerir um afastamento físico e/ou afectivo próprio de famílias desestruturadas ou uma identificação exclusiva a figuras femininas encabeçadas pela mãe (Ourô & Leal, 1998). O facto da mãe, companheiro e irmão/irmã serem as pessoas mais mencionadas pelas adolescentes, pode significar serem estas as pessoas com quem convivem diariamente, que mais frequentemente constituem o seu agregado familiar, funcionando como suporte tanto a nível emocional como financeiro, potencializando-se assim os recursos internos e externos para defrontar as dificuldades deste período (Moreira & Sarriera, 2008); neste contexto verificámos, no que concerne ao agregado familiar, independentemente de serem indicados isoladamente ou associados a outros, que os membros mais referidos neste estudo foram de facto, a mãe (40,5%) e o companheiro (40,5%). Acontece frequentemente que as adolescentes não moram apenas com o seu companheiro, mas também com a sua família ou com a dele (Carvalho, Ximenes, Fontenele & Dodt, 2009); ao continuar a viver em casa da sua família, constituem geralmente agregados familiares numerosos, acentuando as dificuldades sociais já existentes (Xarepe, 2002). Nos estudos de Figueiredo, Pacheco e Magarinho (2005) e Chalem et al. (2007), as participantes viviam a maior parte das vezes com a família alargada e na maioria dos casos, o pai do bebé fazia parte do agregado familiar da grávida; a família pode ser fonte de suporte adequado, mas também fonte suplementar de stress para a grávida adolescente, como defendem diversos autores (Contreras, Lopez, Rivera-Mosquera, Raymond & Rothstein, 1999 e Davis & Rhodes, 1994). Num estudo de Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006), as participantes viviam a maior parte das vezes com a família e/ou com o companheiro; mãe, bebé e muitas vezes também o companheiro, passam a morar com as famílias de origem, tendo-se assim, vários núcleos familiares convivendo num mesmo espaço físico, compondo e dividindo a renda e a organização familiar (Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg & Laranjeira, 2007). Moreira e Sarriera (2008) referem que as adolescentes grávidas ao considerarem a rede informal como a principal fonte de apoio, podem evidenciar uma sobrecarga no sistema familiar e dificuldade em percepcionarem

outros sistemas (tais como a comunidade, a escola e os serviços de saúde pública) como fonte de apoio real. Ourô e Leal (1998) destacam também a importância dos pares nesta etapa desenvolvimental; o facto de serem referidas pessoas de fora da família pode denotar uma evolução nas relações sociais da adolescente. Baptista, Baptista e Dias (2001) mencionam que os relacionamentos sociais construtivos incluindo membros da família e amigos, podem proporcionar sentimentos de bem-estar na adolescente.

Num estudo realizado por Chen, Tellen e Chen (1995, citados por Nelas, 2004), onde se analisa a percepção do suporte da família e da comunidade em adolescentes grávidas, verificou-se que estas mencionaram um número significativamente maior de pessoas pertencentes ao sistema familiar, comparativamente ao sistema comunitário. No mesmo sentido, Bergman (1989) verificou que os sistemas de suporte formal são preteridos em função dos sistemas de suporte informal (da família), pelas adolescentes grávidas. Bergman (1989) adianta ainda algumas razões para o aparecimento destes resultados, entre os quais, encontramos a natureza da rede e a força dos laços familiares existentes; assim, o papel da família de origem assume considerável importância se levarmos em conta a dependência que muitas adolescentes ainda têm para com os seus pais e o quanto a “casa dos pais” pode representar uma estrutura necessária nesse período. Os pais, ou mesmo somente a mãe, pode auxiliar nos cuidados com o bebé e no suporte emocional a estas jovens. Stevenson, Maton, e Teti (1999) evidenciam no seu estudo, a importância da relação entre os pais e a filha adolescente, como suporte para o bem-estar durante a gestação, dado propiciar um maior domínio das situações e maior satisfação com a vida, além de baixos níveis de depressão e ansiedade.

A família representa frequentemente um importante auxílio em relação às responsabilidades e acúmulo de tarefas que a adolescente terá que assumir, incluindo a renúncia aos estudos; o apoio social por parte dos pais é essencial, tanto no plano financeiro, quanto no tocante à orientação com os cuidados do bebé (Zagury, 1996). Segundo Pratt (1991), uma família carinhosa e estável torna-se um importante meio de suporte que ajuda os adolescentes a superarem os conflitos e angústias, apesar da influência familiar diminuir na adolescência e a eficácia de seus vários mecanismos de suporte também mudarem.

Meeus (1993), refere que o apoio social por parte dos pais parece ser mais relevante para o bem-estar dos adolescentes que o apoio social recebido dos amigos, dado não poder ser substituído por nenhuma outra fonte, assim como uma figura parental não substitui a outra em determinadas funções, já que a complementaridade entre ambas potencializa a satisfação com o suporte social recebido.

Segundo Szigethy e Ruíz (2001), a gestação nem sempre se configura como uma situação problemática na vida destas adolescentes, se devidamente acompanhada de apoio familiar, presença do companheiro e dos amigos. Nestes casos, apesar da gravidez constituir um momento de esperada instabilidade emocional, o suporte por parte da família, amigos e companheiro, pode atenuar ou prevenir estados de depressão, bastante frequentes em gestantes dentro desta faixa etária. O apoio da família torna-se extremamente importante, ao longo da gravidez, pois as dificuldades vão persistindo, acentuando-se essa necessidade de apoio com o nascimento da criança. Szigethy e Ruíz (2001) e Trad (1999) sustentam, através de estudos longitudinais, que com frequência, são observados sintomas depressivos, principalmente durante o segundo ou terceiro mês de gestação, os quais podem estar associados a alguns factores stressantes, tais como, problemas com o pai do bebé, falta de apoio social, dúvidas sobre o aborto e preocupações com o cuidado da criança. No caso de, neste período, não existir um bom suporte sociofamiliar, a adolescente encontra-se em risco de falhar nas suas tarefas de adolescente, ou de construir uma família estável, bem como, de auto-estruturar-se e estabelecer uma boa relação mãe/filho. A investigação empírica tem demonstrado a importância da relação interpessoal da adolescente com o companheiro, sendo que, as gestantes/mães adolescentes que têm uma boa relação com o seu companheiro ou cônjuge, demonstram mais consistência emocional, maior prazer na tarefa parental e uma interação mais adequada com o feto/bebé. Moreira e Sarriera (2008) afirmam que o apoio social do companheiro parece relacionar-se significativamente com o bem-estar destas jovens gestantes, que em contextos favoráveis apresentam baixos níveis de ansiedade e depressão, melhor autoestima e maiores níveis de satisfação com a vida. Resultados semelhantes são citados por Sarason (1999), ao afirmar que o apoio do companheiro está associado a uma baixa taxa de depressão pós-parto e maior peso do bebé ao nascer.

Verificámos, em consonância com outros estudos (Filho, Sigrist, Souza, Mateus & Rassam, 2011, Ballone, 2003, Allen & Dowling, 1998, Lima & Lima, 2010, Xarepe, 2002, Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira & Magarinho, 2004, Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg & Laranjeira, 2007, Simões et al., 2003, Aquino-Cunha, Andrade, Tavares & Andrade, 2002 e Freitas & Botega, 2002), que a maioria das jovens era solteira (95,2%) e 45,2% vivia com o pai do bebé; a situação de gravidez pode levar a uma grande pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo sem oficializar o casamento ou ter uma independência financeira (Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg & Laranjeira, 2007). Neste estudo, a maioria das adolescentes (54,8%) não viviam com o pai do bebé, embora se verificasse uma grande percentagem de

participantes solteiras que afirmavam viver com o companheiro. Figueiredo (2000) e Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Magarinho (2004), salientam o facto de, no seu estudo, grande parte das adolescentes ter comparecido na consulta sozinha (49,4%) e embora algumas tenham entrado acompanhadas pela mãe (25,6%), poucas eram as que compareciam com o companheiro (15,4%). Segundo Xarepe (2001) a experiência dos técnicos de saúde da Maternidade Alfredo da Costa, revela que estas jovens aparecem, geralmente, sozinhas ou com uma amiga, falam da surpresa da gravidez não esperada e, muitas vezes da recusa da assunção da paternidade por parte do parceiro.

Por último, relativamente ao número total de pessoas com quem as participantes deste estudo referem poder contar, a grande maioria (81%) indicou 1 a 2 pessoas, demonstrando aceder a pequenas redes de apoio social, podendo-se no entanto constatar que a maioria das inquiridas está muito satisfeita com o apoio que tem nos vários aspectos referidos nas 6 questões do SSQ6, resultados semelhantes aos descritos por Moreira e Sarriera (2008). Para Sluzki (1996), redes pequenas, porém com alto grau de funcionalidade são comuns, embora tendam a sobrecarregar os seus membros, uma vez que muita confiança e expectativa são depositadas nestas pessoas. Podemos assim considerar que a rede social, apesar de não ser extensa, sustenta satisfatoriamente as necessidades das jovens gestantes; o tamanho pode não ser relevante para as jovens, mas sim, a intensidade do apoio recebido através destas figuras, ou seja, não parece ser tão importante a quantidade de pessoas com quem se possa contar, mas sim, ter a percepção de que se pode contar verdadeiramente com alguma pessoa. Evidentemente, se as redes de apoio social tendem a ser pequenas, a falta de qualquer figura pode representar uma perda muito significativa; se além disso, considerarmos que a satisfação com essas poucas figuras é elevada, provavelmente a frustração será proporcional no caso da falta de algumas delas, já que o apoio social percebido advém de poucas fontes (Moreira e Sarriera, 2008).

Autores como Sarason (1999), salientam a importância das mais variadas formas de apoio social durante a gestação, já que a confiança no apoio social recebido é um provável preditor de saúde tanto antes como depois do parto; o sentimento de satisfação com o apoio social recebido assume grande relevância, quando se considera que a gravidez, o nascimento e os primeiros cuidados com o bebé são eventos stressantes, tenha a gestação sido desejada ou não.

Em síntese, a análise sumária de como o grupo de participantes descreve o seu apoio social, aponta para as adolescentes se revelarem muito satisfeitas, apesar de contarem com uma rede de apoio pequena durante a gestação. Quanto à composição desta rede, a mãe, o

companheiro, o namorado, o irmão/irmã e o amigo/amiga assumiram posições de destaque, destacando-se a ausência da figura paterna.

Memórias de Infância das práticas parentais das adolescentes grávidas

Concluiu-se, através da análise efectuada aos dados obtidos no EMBU, que as inquiridas têm memórias mais positivas relativamente ao suporte emocional dado pela mãe do que aquele que foi dado pelo pai, assim como reconhecem um comportamento de sobreprotecção mais elevado nas mães do que nos pais, não se verificando diferenças significativas entre a escala paterna e materna, na dimensão rejeição; de uma maneira geral, em ambas as escalas (paterna e materna) os resultados foram mais elevados no suporte emocional, seguido da sobreprotecção e por último, com resultados baixos, a rejeição. Por outro lado, verificou-se também, que existe uma associação entre as memórias relativas ao suporte emocional da mãe e do pai e o índice de apoio disponível, no sentido de que, quanto melhor o suporte emocional dado pelos dois progenitores, maior é o índice de apoio disponível.

Relativamente ao facto das inquiridas percepcionarem um menor suporte emocional por parte do pai, os mesmos resultados são também encontrados em estudos de autores como Pereira (2001), Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça (2005) e Pereira, Canavarro, Mendonça e Cardoso (2002); neste último estudo os autores salientam uma menor sobreprotecção da mãe, o que não se verifica no nosso estudo. Este resultado pode dever-se ao facto de no nosso grupo de participantes, apenas 4 adolescentes viverem com o seu pai, algumas acrescentando que “nunca se deram com ele”, em 4 dos casos os pais das inquiridas já tinham falecido, podendo-se inferir que na sua maioria estes pais não intervieram adequadamente na educação das suas filhas, tendo este encargo constituído “responsabilidade” das mães.

Dado somente 9,5% das participantes terem referido viver com o pai, este parece de facto afastado do contexto familiar destas jovens o que pode trazer algumas implicações para a relação entre pais e filhas. Predebon (2002), entre outros autores, afirmam que o desconforto em falar sobre sexo é maior quando a conversa se dá entre a filha adolescente e o seu pai; mesmo numa situação de relacionamento saudável, sentem-se embaraçados e têm maior dificuldade em expressar os seus sentimentos e opiniões, tornando-se por vezes o assunto sexualidade um “tabu”. Grzybowski (2002) afirma que atualmente nem todas as adolescentes contam com a presença da mãe e do pai no seu núcleo familiar, já que são cada vez mais frequentes, principalmente em classes populares, as uniões familiares em que a figura do pai

não está presente. Nestes casos, compete à mulher a educação e cuidado da família, bem como, a responsabilidade pelos filhos, o que provoca significativas mudanças nos papéis que são assumidos pelos membros da família (Wagner, 2002).

Ao revelarem menores níveis de suporte emocional na infância por parte da figura paterna, os resultados do nosso trabalho convergem com os dos estudos que sugerem uma influência de dinâmicas familiares, de onde ressalta algum grau de vulnerabilidade para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001, Figueiredo, 2001, Holden, Nelson, Velasquez & Ritchie, 1993, Kapungu, Holmbeck & Paikoff, 2006, Lourenço, 1998, Miller, Benson & Galbraith, 2001 e Pereira et al., 2005); uma menor percepção de apoio percebido nas práticas educativas paternas incluindo comportamentos parentais de aprovação, encorajamento, ajuda, compreensão, expressão verbal e física de amor e carinho, sugere uma menor qualidade da relação com a figura do pai e maior risco para a ocorrência de uma gravidez precoce. Pereira (2001) salienta que uma jovem que percepcione menor suporte emocional por parte dos progenitores pode procurar esse apoio, ou as suas âncoras afectivas, nas relações românticas.

Rodrigues et al. (2004), McCarty e Taylor (1999) e Wekerle e Wolfe (1998), referem que as memórias de infância sobre as práticas educativas parentais, interferem na qualidade do relacionamento interpessoal atual das grávidas adolescentes, sendo esta, uma relação aparentemente mediada pela qualidade da vinculação, altamente correlacionada com ambas.

Os resultados do nosso estudo corroboram também os de Pires (2009), que observou existirem associações significativas entre as dimensões das práticas educativas parentais na infância e a qualidade percebida do apoio social atual nas grávidas adolescentes, bem como, com a sua capacidade de percepcionar esse apoio como satisfatório; segundo Pires (2009) e Rodrigues et al. (2004), verificaram-se também associações positivas entre os níveis de suporte emocional percepcionados nas interações estabelecidas durante a infância com o pai e com a mãe e a qualidade percebida das relações atuais nas grávidas adolescentes. Por seu lado Canavarro (1999), quando tentava *“conhecer os efeitos das relações afectivas estabelecidas durante a infância, nas relações estabelecidas posteriormente,...”* (p. 288), constatou que é sobretudo por via do suporte emocional prestado pelas figuras parentais na infância e na adolescência, que as primeiras relações afectivas influenciam as relações afectivas subsequentes.

Existe um considerável número de evidências empíricas de que os indivíduos que recordam uma melhor relação com os pais durante a infância, particularmente com a mãe (Bifulco et al., 2004, Canavarro, 1999, Collins & Read, 1990, Feeney & Noller, 1990, Hazan

& Shaver, 1987 e Rothbard & Shaver, 1994), estabelecem relações mais positivas com a sua rede social mais próxima.

Sherman e Donovan (1991), por sua vez, relatam a influência que a aceitação/rejeição materna na infância pode ter na capacidade da grávida adolescente para estabelecer uma rede de apoio social satisfatória e para perceber o apoio futuro de figuras significativas como positivo e adequado, sugerindo-se, tal como no estudo de Soares e Jongenelen (1998), que a influência do apoio social não é linear, sendo as adolescentes não só receptoras como também agentes ativas na obtenção desse apoio; deste modo, os autores concluem que a adolescente grávida ao sentir-se rejeitada na relação com a mãe ao longo da sua infância, tenderá a inibir o seu envolvimento em relações afetivas, não podendo construir uma rede de suporte efetiva e adequada. Nesta perspectiva, as adolescentes, ao perceberem rejeição materna na infância, encontram-se numa desvantagem inquestionável para a obtenção de apoio eficaz.

Donoghue (1992-93), Peterson, Sripada e Barglow (1982) e Tobias e Ricer (1998) referem, por seu lado, que uma menor supervisão por parte dos pais está associada a um início mais precoce da vida sexual e mais comportamentos de risco, incluindo a atividade sexual não protegida. Frequentemente, estas jovens crescem sem terem valores ou limites bem estabelecidos de forma a orientar adequadamente o seu comportamento. Para as adolescentes que habitam em comunidades pobres, com poucos recursos, a supervisão dos pais torna-se um factor de grande relevo para a proteção de percursos desviantes e de comportamentos de risco (Pereira, 2001); também a baixa supervisão e menor acompanhamento por parte dos pais influenciam, de igual modo, o contexto escolar, uma vez que o insucesso e abandono escolar promovem factores de risco como a gravidez precoce. Mendonça, Maia e Ribeiro (2007) e Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gun (1995, citado por Pires, 2009), referem, neste âmbito, que a família pode constituir-se como factor protetor importantíssimo nestas questões, ao promover a autoestima das jovens, dando espaço à expressão de sentimentos, mas mantendo também uma posição firme, estabelecadora de limites e promotora da disciplina. Abdicando destas funções, a família estará a criar condições favoráveis à adopção de comportamentos de risco, nomeadamente os que podem dar origem a uma gravidez precoce. É neste sentido que, segundo Pereira (2001), a intervenção preventiva para gravidezes na adolescência, em famílias de risco, deve passar por ajudar os pais das adolescentes em risco a serem melhores educadores, fornecendo o suporte emocional e a estrutura necessária para o desenvolvimento saudável dos seus filhos. Esta ajuda pode advir de diversas fontes, como a escola, os serviços de saúde ou serviços de aconselhamento e, exige o conhecimento dos aspectos relacionais precoces e atuais que se constituem como risco para uma gravidez adolescente ou para o

desajustamento face à sua vivência, de modo a intervir-se nesses aspectos, potenciando-se o desenvolvimento de competências favoráveis à prossecução de caminhos alternativos.

Embora se tenha vindo a dar uma atenção crescente à importância das experiências precoces com as figuras significativas na determinação do risco de ocorrência de uma gravidez na adolescência, a investigação existente ainda revela insuficiências no que respeita ao impacto destas variáveis relacionais, do contexto familiar, num maior risco de gravidez precoce, nomeadamente no que concerne aos mecanismos pelos quais a sua influência se faz sentir (Pereira et al., 2005); o panorama traçado pelos estudos existentes remete-nos para uma dinâmica familiar que, através de diferentes mecanismos, pode criar vulnerabilidades para uma gravidez adolescente, sendo necessário, para uma compreensão mais aprofundada, estudos empíricos que se centrem diretamente nestas questões.

Será importante salientar que a experiência de práticas parentais disfuncionais tem surgido em vários modelos como possível preditora de desajustamento posterior, quer relativamente a perturbações psicopatológicas (Perris, 1994), quer na influência negativa relativamente ao estabelecimento de relações ao longo da vida (Bowlby, 1978) ou, ainda mais recentemente, à qualidade de vida posterior (Zimmermann, Eismann & Fleck, 2008), tendo estes factores, no contexto do ajustamento da gravidez e maternidade adolescente, sido alvo de análise e interesse crescentes.

Rodrigues et al. (2004) referem que a maternidade implica a revisão das relações com os pais, constituindo por isso, uma oportunidade singular para a revisão e modificação dos *modelos internos dinâmicos* elaborados na sequência das interações na infância, pelo que importa compreender os aspectos dessas interações que mais podem contribuir para o (des)ajustamento das jovens que vivenciam a experiência de ser mãe; assim, parece-nos particularmente importante estudar o impacto das relações precoces no ajustamento das jovens em situação de gravidez na adolescência, dado que: a) os padrões de relação estabelecidos nas interações na infância têm uma importante influência nas relações mantidas ao longo da vida do indivíduo, nomeadamente na adolescência; b) a adolescência é um período particularmente centrado nas relações, constituindo estas, factores determinantes no ajustamento socioemocional dos jovens; c) a adaptação à transição para a maternidade na idade adulta parece ser influenciada pelas relações com a família de origem, durante a infância e adolescência, nomeadamente no que respeita ao ajustamento emocional (Araújo, Oliveira, Ramos, Monteiro & Canavarro, 2005); d) a presença de uma vinculação segura parece beneficiar a adaptação à maternidade, nomeadamente quando esta se verifica em situações de risco, como é o caso da gravidez na adolescência (Pacheco et al., 2003, citado

por Rodrigues et al., 2004) e e) a maternidade constitui-se como uma tarefa desenvolvimental capaz de interferir nos modelos que guiam as relações do indivíduo, constituindo-se como uma oportunidade reestruturadora (Rodrigues et al., 2004).

Têm surgido, neste âmbito, alguns estudos, mesmo no panorama nacional, que tentam esclarecer os mecanismos mediante os quais os cuidados na infância influenciam o ajustamento das grávidas/mães adolescentes; assim, por exemplo, Brophy-Herb e Honing (1999) referem que representações caracterizadas por negatividade ou ambivalência podem comprometer a resposta psicológica da jovem à transição para a parentalidade. Pereira (2001) salienta que a sobreprotecção ou rejeição da mãe, aparecem correlacionadas significativamente com o ajustamento socioemocional, incluindo o ajustamento emocional e satisfação com a vida da jovem grávida. Canavarro (2009), por sua vez, no seu estudo, refere a rejeição por parte do pai como um importante preditor da sintomatologia depressiva das jovens grávidas.

Segundo os modelos transacionais e ecológicos, pode-se compreender o risco da gravidez precoce pelo efeito que as experiências de menor suporte emocional podem ter em características individuais das jovens, nomeadamente a maior probabilidade de desenvolvimento de uma baixa autoestima e instabilidade emocional nas relações atuais (Bowlby, 1978 e Kapungu et al., 2006) – factores referidos também por Lourenço (1998) e Soares et al. (2001) no risco de uma gravidez adolescente – bem como a sua influência negativa em diferentes áreas do desenvolvimento emocional, cognitivo, da personalidade e interpessoal (Rodrigues et al., 2004), podendo resultar, por exemplo, numa ausência de competências pró-sociais, ou menor sentido de competência e valor (Miller, Stage & Winward, 2005). Por outro lado, será também de referir a influência da associação de factores negativos na vida das jovens: assim, muito frequentemente, à disfuncionalidade familiar associam-se contextos como, o escolar, onde não se promove o envolvimento em atividades académicas e pró-sociais, dos pares, ao aumentar a probabilidade de uso de substâncias ou associação com indivíduos sexualmente ativos, ou ainda, as relações românticas (Kapungu et al., 2006) influenciando a escolha dos parceiros e o tipo de relação estabelecida (duradoura vs múltiplos parceiros). Estes aspectos deveriam ser alvo de análise de forma integrada em futuras investigações sobre o tema, pois podem constituir-se como uma mais-valia para a compreensão da ocorrência de uma gravidez na adolescência.

Em suma, parece existir uma estreita associação entre as experiências precoces de interação na infância e o ajustamento socioemocional das jovens grávidas, aparentemente pela influência que tais experiências exercem sobre as relações atuais por si estabelecidas.

Teoricamente, os modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância continuam a ser importantes, mesmo quando o adolescente estabelece novas relações. Soares (1996) relata que esta continuidade pode ocorrer pela assimilação das novas relações às expectativas que são consistentes com o modo como o indivíduo representa as suas relações.

Bowlby (1978), evidenciou que as experiências educativas parentais pautadas por elevados níveis de suporte emocional, se encontravam associadas com a capacidade de estabelecimento de relações positivas e gratificantes ao longo da vida, nomeadamente na adolescência.

Vinculação Pré-Natal

Neste estudo verificámos, tal como no de Schmidt e Argimon (2009), que a esmagadora maioria das adolescentes refere ter sentimentos positivos relativamente à sua gravidez. A média das adolescentes deste estudo, no score total AEAS é de 4,20, estando este valor perto da pontuação máxima possível de atribuir; estes resultados podem também dever-se ao facto de uma grande parte das inquiridas se encontrar com uma idade gestacional superior a 30 semanas, pois vários autores, tais como, Lerum, Major e LoBiondo – Wood (1989), Honjo et al. (2003) e Righetti, Dell'Avanzo, Grigio e Nicolini (2005), referem que o avanço da idade gestacional influencia positivamente a intensidade da vinculação materno fetal. Deutsch (1945) e Bibring (1959), afirmam que em termos psicodinâmicos, com o desenrolar da gravidez, o feto torna-se mais humano, sendo amado como uma extensão do self e como objeto independente (citados por Brandon, 2006); também Honjo et al. (2003) e Righetti, Dell'Avanzo, Grigio e Nicolini (2005) sugerem que a vinculação materna aumenta com o tempo gestacional, em particular depois das primeiras experiências de movimento fetal.

As médias das adolescentes grávidas deste estudo nas duas dimensões da escala de Vinculação Pré-Natal são elevadas (superiores a 4), sendo a média do tempo despendido na vinculação um pouco mais elevada do que a da qualidade da vinculação (4,42 e 4,08 respectivamente), tendo-se revelado esta diferença estatisticamente significativa. Verificou-se também, que existe uma relação negativa significativa entre a qualidade da vinculação e as memórias de infância das adolescentes grávidas quanto à rejeição do pai e da mãe, sendo que, quanto mais baixa é a percepção da rejeição na infância mais elevada é a qualidade da vinculação.

Segundo Rodrigues et al. (2004), a Teoria da Vinculação estruturou-se no pressuposto de que a relação entre a criança e a mãe influencia o funcionamento posterior intra e interpessoal do indivíduo, desde a infância até à idade adulta. Os resultados do estudo destes autores

sugerem a importância do apoio social, designadamente a recordação da adolescente de ter sido apoiada emocionalmente pela sua mãe, na infância, para a construção do modelo maternal e para a qualidade dos cuidados maternos.

Na perspectiva da estabilidade e continuidade do estilo de vinculação ao longo do ciclo vital, a qualidade do relacionamento de vinculação entre os pais e seus progenitores reflete-se no seu estilo de vinculação com a criança; há uma transmissão intergeracional, processo em que, intencionalmente ou não, atitudes e comportamentos de uma geração precedente influenciam comportamentos numa próxima geração (Lebovici, 1987, Kretchmar & Jacobitz, 2002, Wachter, 2002, Holz & Nunes, 2005 e Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006), ou seja, a representação mental do adulto, das suas próprias relações precoces de vinculação, reflete-se nos subseqüentes comportamentos parentais (Koren-Karie, 2000).

De acordo com Lerum, Major e LoBiondo-Wood (1989), Honjo et al. (2003) e Righetti, Dell'Avanzo, Grigio e Nicolini (2005), a história de vinculação da própria mãe influencia positivamente a intensidade da vinculação materno fetal. Num estudo de Mikulincer e Florian (1999), as gestantes continuavam a funcionar como faziam com as suas primeiras figuras de vinculação, recriando o mesmo padrão de trocas que tiveram na sua infância, que, segundo Kretchmar e Jacobitz (2002), Fonagy (1999) e Weber et al., (2006) pode estar na base de um fenómeno de transmissão intergeracional e influenciar as práticas educativas ou relacionamentos parentais. Neste estudo, constatámos uma associação entre a vinculação pré-natal e o tipo de apoio e de satisfação com o suporte social, através da correlação positiva significativa entre o número de entidades de suporte e a qualidade da vinculação pré-natal, ou seja, quanto maior é o número de entidades de suporte, maior a qualidade da vinculação. Estes resultados corroboram em parte os obtidos por autores como Condon e Corkindale (1997), Silva (2012) e Cranley (1981), dado evidenciarem uma associação significativa entre os níveis de vinculação materna e o suporte social, verificando-se que os que reportam menor vinculação apresentam menor suporte social. Jennings, Stagg e Connors (1991), referem também no seu trabalho, que as mães que relataram níveis mais elevados de satisfação com as suas redes de apoio e tinham redes mais extensas, emitiram mais comportamentos maternos considerados adequados; por seu lado Crockenberg (1981), observou a existência de uma associação entre o apoio social e a segurança de vinculação.

Segundo Xarepe (2002) o impacto que a gravidez tem na vida da adolescente, estará naturalmente associado ao contexto social, familiar e cultural em que a jovem está inserida, considerando-se imprescindível um suporte familiar e social adequado, para que a mãe adolescente possa estabelecer uma relação saudável mãe-filho, tornando-se autónoma, uma

unidade própria dentro da estrutura familiar.

A percepção do apoio social é uma das variáveis mais consensualmente estudadas, surgindo como mediadora no ajustamento socioemocional das adolescentes grávidas ou mães, em particular. É teoricamente previsível e está bem apoiado, por diferentes estudos, a relação entre disponibilidade e eficácia de apoio social e o aumento das probabilidades de uma transição bem sucedida para a parentalidade, nomeadamente na adolescência (Pereira, 2001, Sieger & Renk, 2007 e Soares et al., 2001); Pereira (2001) concluiu que o apoio social exerce diversas influências no ajustamento das adolescentes grávidas e de outras jovens sem história de gravidez, sendo o apoio percebido mais relevante no das últimas e o apoio prestado no ajustamento das primeiras. Soares et al. (2001) e Soares e Jongenelen (1998), ao reverem vários estudos neste âmbito, referem que uma boa rede de apoio social parece ter uma ação protetora nestas jovens, nomeadamente na diminuição da ansiedade associada à própria gravidez; Cranley (1984) e Shin, Park e Kim (2006), por seu lado afirmam que o apoio social dos membros da família e pares, influencia positivamente a intensidade da vinculação materno fetal.

Relativamente à relação entre a vinculação pré-natal e variáveis de caracterização sociodemográfica constatou-se, neste grupo de participantes, que a idade não se correlacionava com o nível de vinculação materna, o mesmo se verificando no estudo de Righetti et al. (2005) e de Schmidt e Argimon (2009); também se verificou não haver uma associação significativa entre a idade gestacional e a vinculação pré-natal, resultado que embora idêntico ao do Schmidt e Argimon (2009), se possa justificar pela relativa homogeneidade do grupo, na variável idade gestacional. Por outro lado observa-se a existência de uma correlação positiva entre a reação da adolescente à gravidez não planeada e a vinculação pré-natal, ou seja, quanto mais positiva a reação da mulher à gravidez não planeada, mais elevada é a pontuação obtida na vinculação pré-natal, mais especificamente no tempo despendido na vinculação. Este resultado está de acordo com o que foi verificado por Klaus, Kennell e Klaus (2000) e Mendes (2002) que salientam a importância da aceitação da gravidez como uma tarefa determinante na vinculação materna ao feto; Robson e Moss (1979), verificaram ausência de envolvimento emocional da mãe na sua relação com o bebé no caso de não o ter desejado.

Talvez devido ao facto das participantes deste estudo serem caracterizadas por uma idade gestacional elevada ou pelo factor de desejabilidade social poder ter enviesado as respostas, no sentido da selecção de valores mais elevados da escala de vinculação pré-natal (Gomez & Leal, 2007), verificámos também que não existe uma diferença significativa entre as

adolescentes que planearam a gravidez e as que não planearam, na escala de vinculação pré-natal, sendo a vinculação elevada nos dois grupos, tal como no estudo de Schmidt e Argimon (2009). Klaus, Kennell e Klaus (2000) e Shieh, Kravitz e Wang (2001) salientaram que o planeamento e a aceitação da gravidez constituem factos importantes para a formação do vínculo; também Salisbury, Law, La Gasse e Lester (2003), afirmam que o planeamento da gravidez influencia positivamente a intensidade da vinculação pré-natal.

A gravidez traz importantes repercussões para a vida das adolescentes, que tal como refere Ballone (2003), na maioria das vezes não estão preparadas para assumir eficazmente o papel de mulher, mãe e esposa, pois a ocorrência deste evento, além de ser precoce, é também, em muitos casos, não desejado ou não planeado; mesmo no caso de casamentos e gravidezes ocorridas na adolescência, de forma planeada, por mais preparado que esteja o casal, a adolescente não deixará de enfrentar a somatória das mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez e da adolescência. No caso deste estudo, apenas 19% das jovens grávidas planearam a gravidez, sendo a maior parte dessas adolescentes de etnia cigana, podendo-se inferir que a gravidez numa idade precoce faz parte da cultura e dos costumes desta população.

A grande maioria (81%) das adolescentes participantes neste estudo não planeou a gravidez, tal como foi observado noutros trabalhos (Borges & Schor, 2005, Carvalho, Ximenes, Fontenele & Dodt, 2009, Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005, Xarepe, 2002, Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004 e Spindola & Silva, 2009), podendo-se assim considerar que a questão da gestação na adolescência está diretamente relacionada com o início precoce da atividade sexual desprotegida, com um parceiro igualmente jovem. Segundo Borges e Schor (2005) a primeira relação sexual é considerada um marco na vida da pessoa e, entre os jovens, tem começado cada vez mais precocemente; a antecipação da primeira relação sexual parece estar presente nos diferentes estratos sociais, podendo-se admitir que seja uma tendência generalizada. Em muitas situações observa-se que as jovens desconhecem a dinâmica do seu corpo, hormonas ou perigos de uma gestação não planeada, parecendo este não-planeamento, dever-se a alguma falta de orientação ou de oportunidade de acesso aos métodos contraceptivos. A partir da década de 40 do século XX, as adolescentes têm também vivenciado o início cada vez mais precoce da puberdade (Spindola & Silva, 2009), verificando-se um decréscimo da idade da primeira menstruação e como consequência o início prematuro de relações sexuais, muitas vezes sem a utilização de métodos contraceptivos, o que se traduz numa maior exposição das jovens à maternidade precoce e indesejada (Ministério da Saúde - BR, 2005 e Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004). Borges

(1999) por outro lado, salienta que a questão da gravidez na adolescência não se limita a falta de conhecimentos, pois grande parte das jovens conhece os métodos contraceptivos e os riscos de engravidar, mas à não utilização desses métodos devido ao pensamento mágico de que não irão engravidar simplesmente porque não o desejam. A gravidez não planeada 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 processo educacional das raparigas (e às vezes, também dos rapazes), provocar a desestabilização emocional dos jovens e ser um fator importante na desagregação familiar. Machado e Paula (1996) salientam também que a gravidez não planeada na adolescência tende a estar associada à desorganização familiar, pobreza, desemprego, falta de esperança no futuro e a um ciclo de interrupção da instrução escolar e da não realização profissional, com marginalização social das mães, sendo assim de extrema importância, implementar programas de planeamento familiar, com incentivo a mudanças de comportamento, que visem, segundo Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg e Laranjeira (2007) conhecimentos, dupla proteção, sexo protegido e prevenção da gravidez não desejada.

No caso das jovens que referiram, neste estudo, não terem planeado a gravidez (47,1%), mencionaram contudo, tê-la aceite bem; segundo Xarepe (2002), a aceitação da gravidez pelo contexto social em que a adolescente se insere, pode favorecer a autoaceitação da própria gravidez, tornando-se desejada.

Menezes (1993), refere que a gravidez, especialmente na adolescência, pode evidenciar necessidades inconscientes, constituir uma experiência simbólica de renascimento, o bebé pode preencher uma carência afetiva ou suprir uma relação de insatisfação com a mãe; outros motivos associados incluem, desamparo emocional, ideologia da maternidade, desejo de engravidar, ou a gravidez como estratégia de inserção no mundo adulto. Dadoorian (1998) salienta também que a gravidez para a adolescente pode simbolizar a sua entrada na vida adulta, onde o exercício da sexualidade implica ter filhos.

Neste estudo observámos que não existem diferenças significativas na vinculação pré-natal, entre o grupo de adolescentes que vive com o pai do bebé e o que não vive, verificando-se que, quer as adolescentes que vivem com o pai do bebé quer as que não vivem obtiveram boas médias na AEAS. Por outro lado, constatámos a existência de uma relação positiva entre a reação do pai do bebé e o tempo despendido na vinculação, sendo que, quanto melhor foi a reação do pai do bebé, maior o tempo despendido na vinculação. Figueiredo et al. (2006) encontraram também um papel importante por parte do apoio do companheiro na adaptação

das jovens durante a gravidez. De acordo com Pereira, Santos e Ramalho (1999), a gravidez é indiscutivelmente uma fase que requer uma adaptação, podendo ser afectada pela forma como a mulher e o companheiro reagem à gravidez e pela presença ou ausência de complicações durante a mesma. Relativamente à aceitação da gravidez pelos pais dos bebés deste estudo, a grande maioria (81%), segundo as participantes, reagiu bem, o que corrobora estudos como o de Frizzo, Kahl e Oliveira (2005), Stevenson, Maton e Teti (1999), Xarepe (2002) e Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006); este parece-nos ser um dado importante, porque o apoio recebido do ambiente social imediato parece contribuir para a adaptação da mulher ao papel da maternidade (Maldonado, 2000 e Medrado & Lyra, 1999). Gonçalves, Parada e Bertoncello (2001), referem que o estreito e satisfatório relacionamento da adolescente grávida com o pai do bebé, reflete-se positivamente no comportamento afectivo da mãe para com a criança; a aceitação da gravidez e um bom relacionamento entre a adolescente e o pai do bebé, faz com que se sinta amparada e comece cedo a participar no acompanhamento pré-natal, aspecto de grande importância, pois contribui para que se verifique um período perinatal sem complicações. Isabella (1994), refere também, que as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o bebé. Por seu lado, Hernandez e Hutz (2008) reforçam que, para as mulheres, o ajustamento conjugal e emocional é importante, principalmente no período da gravidez do primeiro filho, sendo este o caso da maioria das adolescentes do nosso estudo. Segundo Figueiredo et al. (2006) no início da gestação, a adaptação da adolescente dependerá do relacionamento com o companheiro, da aceitação da gravidez por parte deste e das famílias (sua e dele), assim como, do facto de estarem empregadas, estudarem ou viverem com a família.

Apesar de se terem obtido resultados pertinentes, tendo em conta os nossos objetivos de investigação, consideramos importante salientar as várias limitações presentes neste estudo; entre as principais, inclui-se a impossibilidade de generalização das conclusões deste trabalho, dada a dimensão e não representatividade do grupo de participantes, devido a ter sido selecionado por conveniência e também o facto de existir um considerável número de *missing values*, principalmente no que respeita a dados referentes ao pai (com quem a maioria das adolescentes não vivia).

Por outro lado será novamente de referir o facto das participantes deste estudo terem idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, não sendo estes resultados aplicáveis a casos de grávidas adolescentes mais novas (até aos quinze anos) que segundo a literatura, apresentam níveis mais baixos de representação da vinculação pré-natal e gravidezes mais

complicadas, do que as adolescentes com mais de 15 anos; a pequena amplitude do número de semanas de gestação das participantes poderá ser considerada uma outra limitação, dado que como foi referido em estudos anteriormente descritos, a vinculação pré-natal vai-se desenvolvendo ao longo da gravidez, não sendo possível analisar claramente relações entre características pouco variáveis numa determinada amostra.

Podemos considerar também as limitações relativas ao tipo de instrumentos de medição utilizados: assim, as respostas podem ter sofrido o efeito da desejabilidade social e terem sido influenciadas de alguma forma pelo estado de humor das participantes. Será também de assinalar que a escala relativa às memórias de cuidados parentais na infância, constitui um instrumento retrospectivo, podendo as respostas das participantes não corresponderem exatamente às suas experiências de infância e serem eventualmente influenciadas pelo seu estilo de vinculação atual com as progenitoras. No entanto, segundo Canavarro (1999), os estudos psicométricos do EMBU, têm revelado bons índices de validade e fiabilidade (alfa de Cronbach entre 0.71 e 0.79 para as dimensões relativas ao pai e mãe, respectivamente).

Apesar das limitações enumeradas, pensamos ser importante continuar a aprofundar algumas das questões que deram origem a este trabalho, numa amostra de maior dimensão e em estudos que possam metodologicamente ultrapassar alguns dos aspectos críticos deste trabalho; assim, parece-nos pertinente conhecer melhor a influência de certas variáveis no estabelecimento da vinculação pré-natal, como a presença de sintomas depressivos, a relação que as grávidas adolescentes estabelecem com o seu pai, quando este faz parte do agregado familiar, o impacto do suporte social durante a gravidez e nos primeiros meses após o nascimento da criança, ou ainda a perspectiva da adolescente relativamente à sua gravidez; parece-nos também de grande relevância investigações sobre a variável suporte social, que abordem as necessidades de apoio específicas durante este período de transição para a maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen I., & Dowling, S. (1998). *Teenage mothers: Decision and outcomes*. Westminster: Policy Studies Institute.
- Almeida, A., André, I., & Almeida, H. (1999). *Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal*. Lisboa: Assembleia da República.
- Aquino-Cunha, M., Andrade, M. Q., Tavares, S., & Andrade, T. (2002). Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(8), 559-65.
- Araújo, A., Oliveira, C., Ramos, M. M., Monteiro, S., & Canavarro, M. C. (2005). O papel das relações com a família de origem e do suporte social na adaptação à transição para a maternidade. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 10(2). Dedicado a: II Congresso Hispano-Português de Psicologia, Lisboa (2004). *Psicología clínica e de salud*.
- Arcanjo, C., Oliveira, V., & Bezerra, A. (2007). Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza-Ceará. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(3), 445-51.
- Arrindell, W. A., Emmel Kamp, P. M. O., Brilman, E., & Monsma, A. (1983). Psychiatric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177.
- Arrindell, W., & Van Der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behavior: further dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 5(6), 671-682.
- Ballone, J. (2003). *PsiquWeb Psiquiatria Geral*. Retirado em 20 de Julho de 2012 de <http://gballone.sites.uol.com.br/>.
- Baptista, N., Baptista, D., & Dias, R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Baraldi, P., Daud, P., Almeida, M., Gomes, A., & Nakano, S. (2007). Gravidez na

adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1-7.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control of child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4 (1, Pt.2), 1-103.

Bergman, A. G. (1989). Informal Support Systems for Pregnant Teenagers. *Journal of Contemporary Social Work*, 70(9), 525-533.

Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Gatigny-Dally, E., Valoriani, V., Kammerer, M., Henshaw, C. & the TCSPND group (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from European/US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184 (Suppl. 46), 31-37.

Borges, I. (1999). Uma delicada travessia. *Teoria e Clínica do Superego - Cadernos Psicanalíticos*, 13(21), 45-53.

Borges, L. & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 499-507.

Bowlby, J. (1969/1984). *Apego – Volume I da Trilogia Apego e Perda*. S.Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. *Vol. II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1978). *La separation: Agnoise et colere*. Paris: Presses Universitaires de France.

Brandon, A. R. (2006). *Maternal and fetal representations dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high risk pregnancy*. Dallas: Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences da University of Texas Southwestern Medical Center.

- Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Ecological systems theory. Em R. Vasta (Org.). *Six theories of child development*, 187-249. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Brophy – Herb, E., & Honig, S. (1999). Reflectivity: Key ingrediente in positive adolescent parenting. *Journal of Primary Prevention*, 3(19), 241-250.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2009). Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final. Manuscrito não publicado, Governos dos Açores, Açores.
- Canavarro, C., & Pereira, I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A., Ximenes, L., Fontenele, F., e Dodt, R. (2009). Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10, 1-165.
- Cavalcanti, S., Zeni, P., Pinheiro, B., Pessoa, S, & Barbosa, S. (2000). Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In F. R. S. Ramos, M. Monticelli, R. G. Nitschke (Ed.), *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro* (112-118). Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S., Ferri, C., Barros, M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 177-186.
- Coard, I., Nitz, K., & Felice, E. (2000). Repeat pregnancy among urban adolescents:

- Sociodemographic, family and health factors. *Adolescence*, 35(137), 193-200.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment style, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: Experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical and Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical and Psychology*, 4, 359-372.
- Contreras, M., Lopez, R., Rivera-Mosquera, T., Raymond, L., & Rothstein, K. (1999). Social support and adjustment among Puerto Rican adolescent mothers: The moderating effect of acculturation. *Journal of Family Psychology*, 13(2), 228-243.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 5(30), 281-284.
- Cranley, S. (1984). Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn. *Birth Defects: Original Articles Series*, 20, 99-124.
- Crockenberg, B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 3(52), 857-865.
- Dadoorian, D. (1998). A gravidez desejada na adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 50(3), 60-70.
- Davis, A., & Rhodes, E. (1994). African-American teenage mothers and their mothers: An analysis of supportive and problematic interactions. *Journal of Community Psychology*, 22(1), 12-20.
- Donoghue, E. (1992-93). Sociopsychological Correlates of Teen-age Pregnancy in the United States Virgin Islands. *International Journal of Mental Health*, 21, 39-49.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H. Roberts, D. F., & Fraleigh, M. J. (1987).

The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257.

Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the Cognitive and Behavioural Aspects of Social Support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, e G. R. Pierce (Ed.), *Social Support: An Interactional View* (267-295). Nova Iorque: Wiley.

European Commission (2000). *Report on the state of young people's health in the European Union*. Retirado em 7 de Julho de 2012 de <http://europa.eu.int/comm/health>.

Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.

Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.

Fávero, H. & Mello, M. (1997). Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 13(1), 131-136.

Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (2), 281-291.

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na Adolescência: Consequências e Trajectórias Desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 485-498.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 221-238.

Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 97-125.

Figueiredo, I., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de Vinculação Pré-Natal. In I. Leal e J. Maroco (Ed.), *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (225-235). Porto: Legis.

Filho, F., Sigrist, R., Souza, L., Mateus, D., & Rassam, E. (2011). Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiaí e sua evolução em 30 anos. *Adolescência e Saúde*, 8, 21-27.

- Fisiloglu, H., & Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214-218.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 3. Retirado em 4 de Agosto de 2012 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias>.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação*. Lisboa: Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda.
- Freitas, S., Botega, J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-9.
- Frizzo, G., Kahl, M., & Oliveira, L. (2005). Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico*, 36(1), 13-20.
- Godinho, A., Schelp, B., Parada, L., & Bertoncello, F. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2), 25-32.
- Goldenberg, P., Figueiredo, M., & Silva, R. (2005). Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1077-1086.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação Parental Durante a Gravidez: Versão Portuguesa da Forma Materna e Paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165.
- Gonçalves, D., Parada, L., & Bertoncello, F. (2001). Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 406-13.
- Gordon, E. (1990). Formal operational thinking: the role of cognitive-developmental processes in adolescence decision-making about pregnancy and contraception. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 346-356.
- Grzybowski, L. S. (2002). Famílias monoparentais: mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Ed.), *Família em Cena: Tramas, dramas e transformações* (39-53). Rio de

Janeiro: Vozes.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hernandes, E., & Hutz, S. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 133-141.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário (2ª Ed.)*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Holden G. W., & Edwards L. A. (1989). Parental attitudes toward child rearing: instruments, issues and implications. *Psychological Bulletin*, 106(1), 29-58.
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J., & Ritchie, K. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 111(28), 323-326.
- Holz, A., & Nunes, L. (2005). Vínculos afetivos maternos e comportamento de seus filhos. In S. Areosa & M. L. Nunes (Ed.), *Psicologia da criança e desenvolvimento humano* (11-25). Santa Cruz do Sul: UNISC.
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., Sasaki, Y., Hatagaki, C., Inagaki, E., Usui, M., Miwa, K., Ishiara, M., Hashimoto, O., Nomura, K., Itakura, A., & Inoko, K. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 36, 304-311.
- Isabella, A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17, 381-387.
- Jennings, K., Stagg, V., & Connors, R. (1991). Social Networks and Mothers' Interactions with Their Preschool Children. *Child Development*, 62(5), 966-978.
- Kapungu, T., Holmbeck, N., & Paikoff, L. (2006). Longitudinal association between parenting practices and early sexual risk behaviors among urban African American adolescents: The moderating role of gender. *Journal Youth Adolescence*, 35, 787-798.
- Kaufmann, N. D., Spitz, A. M., Strauss, L. T., Morris, L., Santelli, J. S., Koonin, L. M., &

- Marks, J. S. (1998). The decline in US teen pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics*, 5(102), 1141-1147.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koren-Karie, N. (2000). Attachment representations in adulthood: Relations with parental behaviors. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 37, 178-189.
- Kretchmar, D., & Jacobitz, B. (2002). Observing mother-child relationships across generations: Boundary patterns, attachment, and the transmission of care giving. *Family Process*, 41, 351-374.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lerum, W., Major, N., & Lobiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16, 13-17.
- Lima, H., & Lima, W. (2010). *Web Artigos*. Retirado em 19 de Julho de 2012 de <http://www.webartigos.com/artigos/gravidez-na-adolescencia-pre-natal/49092/>.
- Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and development change. *Child Development*, 55, 317-328.
- Machado, A. & Paula, G. (1996). Gravidez na adolescência. *Acta Médica*, 6, 257-264.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez – parto e puerpério*, (14ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Manlove, J., Terry-Hume, E., Papilo, A. R., Frazetta, K., Williams, S., & Ryan, S. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school agr pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8(2), 187-220.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas (2ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- McCarthy, G., & Taylor, A. (1999). Avoidant/ambivalent attachment style as a mediator between abusive childhood experiences and adult relationship difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 465-477.
- Medrado, B. & Lyra, J. (1999). A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In M. S. F. T. Mota & V. C. Branco (Ed.), *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Meeus, W. (1993b). Occupational identity development, school performance, and social support in adolescence: Findings of a Dutch study. *Adolescence*, 28, 809-818.
- Mendes, M. (2002). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendonça, L., Maia, A., & Ribeiro, F. (2007). Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde. In *Congresso, Família, Saúde e Doença: Actas* (versão cd-rom). Braga: Universidade do Minho.
- Menezes, B. (1993). *A gravidez e o projeto de vida – uma análise das adolescentes grávidas das camadas populares*. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy: The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 2555-2276.
- Miller, C., Benson, B., & Galbraith, A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38.
- Miller, C., Stage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. In T. P. Gullota, & G. R. Adams (Ed.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment*, (567-587). New York: Springer.
- Ministério da Saúde (BR). (2005). *Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada* (Caderno nº5). Brasília, (DF).
- Monteiro, D. L. M., & Cunha, A. A. (1994). Avaliação da frequência da gravidez na adolescência. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 104(1/2), 23-25.

- Moreira, M., & Sarriera, J. (2008). Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 781-789.
- Nelas, P. (2004). Suporte social na gravidez adolescente. *Interacções*, 6, 170-184.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil – abordagem de Mussen*, (8ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ourô, A., & Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não. O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 441-446.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (1998). *O mundo da criança – da infância à adolescência*, (2ª ed.). São Paulo: Makro Books.
- Pereira, A. I. L. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, D. V., & Cardoso, M. F. (2002). O mundo interpessoal da grávida adolescente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 19-36.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. V. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 159(40), 655-671.
- Pereira, M. G., Santos, A., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo Biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 3(17), 583-590.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parent rearing with manifest of psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Ed.), *Parenting and Psychopathology* (3-32). New York: John Wiley and Sons.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.

- Persona, L., Shimo, A. K. K., & Tarallo, M. C. (2004). Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 745-50.
- Peterson, C., Stripada, B., & Bargalow, P. (1982). Psychiatric aspects of adolescent pregnancy. *Psychosomatics*, 23, 723-733.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2001). Avaliação do suporte social em contexto de ensino superior. *Actas do V seminário de investigação e intervenção psicológica no ensino superior*. Viana do Castelo: IPVC
- Pinheiro, M.R., & Ferreira, J. A. (2002). O Questionário de Suporte Social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Pinto, A. L. R. & Rodrigues, F. M. A. (1986). *A gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Centro Nacional Bertha Lutz de Assistência, Educação e Promoção da Mulher e da Família.
- Pires, A. (2009). *A Possível influência da relação com a figura paterna na representação da vinculação pré-natal, em grávidas adolescentes*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Pires, R. S. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Pratt, L. (1991). The Social Support Functions of the Family. In B. Bandura e I. Kickbush, *Health Promotion Research Towards a New Social Epidemiology* (229-25). Copenhaga: WHO Regional Publications, European Series.
- Predebon, J. C. (2002). Conversando sobre sexo na família com filhos adolescentes. In A. Wagner (Ed.), *Família em Cena – Tramas, dramas e transformações* (159-171). Petrópolis: Vozes.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal

attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.

Robson, K. S. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoa significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 643-665.

Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling, & N. H. Berman (Ed.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (32-40). New York: Guildford.

Sá, E. (org.) (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.

Sabroza, A. R., Leal, M. C., Gama, S. G. N., & Costa, J. V. (2004). Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro – Brasil 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl 1), 112-120.

Salisbury, A., Law, K., Lagasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal fetal attachment. *The Journal of the American Medical Association*, 289(13),1701.

Sampaio, D. (2002). Funções parentais hoje. *IV Encontro Anual dos Serviços de Psicologia e Orientação da Casa Pia de Lisboa: Comunicações*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, 19-34.

Sarason, B. R. (1999). Familia, apoyo social y salud. In J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud* (19-42). Madrid: Pirámide.

Sarason, B. R., Sarason, F. G., & Pierce, G. R. (1990). Tradition View of Social Support and their Impact on Assessment. In B. R. Sarason, F. G. Sarason, e G. R. Pierce (Ed.), *Social Support* (9-21). New York: John Wiley & Sons.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- Saranson, I. G., Saranson, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, A. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Schmidt, E., & Argimon, I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19(43), 211-220.
- Sherman, B. R., & Donovan, B. R. (1991). Relationship of perceived maternal acceptance – rejection in childhood and social support networks of pregnant adolescents. *Orthopsychiat*, 61(1), 103-113.
- Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *The Kaohsiung Journal of Medicinal Sciences*, 17, 448-454.
- Shin, H., Park, Y. J., & Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 425-34.
- Sieger, K., & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567-581.
- Silva, S. M. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Simões, V. M. F., Silva, A. A. M., Bettiol, H., Lamy, F. F., Tonial, S. R., & Moche, E. G. (2003). Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 559-65.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Serviço de Publicações do Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na Adolescência: contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(16), 373-384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidades na adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro

- (Ed.), *Psicopatologia da gravidez e da maternidade* (359-407). Coimbra: Quarteto.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, & M. Soulé (Ed.), *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spindola, T., & Silva, L. (2009). Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 99-107.
- Stevenson, W., Maton, K. I., & Teti, D. M. (1999). Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 22(1), 109-121.
- Szigethy, E. M., & Ruíz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: An integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 22-27.
- Teixeira, A., Knauth, D., Fachel, J., & Leal, A. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396.
- Tobias, B. B. & Ricer, R. E. (1998). Counseling adolescents about sexuality. *Primary Care*, 25 (1), 49-70.
- Traballi, A. L. M., Suguita, F. M., Amaral, G. F., Tamashiro, L. H., Hiratsuka, M. S., Caldeira, R. M., Amaral, P. G. T., & Souza, L. R. (2002). Gravidez na adolescência: descrição dos aspectos comportamentais e sociais de uma população atendida em assistência primária. *Revista de Saúde do Distrito Federal de Brasília*, 13(3/4), 55-62.
- Trad, P. (1999). Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence*, 34(133), 221-240.
- Wagner, A. (2002). Possibilidades e potencialidade da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Ed.), *Família em Cena – Tramas, dramas e transformações*, (23-38). Petrópolis: Vozes.
- Watcher, M. P. K. (2002). Psychological distress and dyadic satisfaction as predictors of maternal fetal attachment. *Dissertation Illinois Institute of Technology*, 63, 2080.
- Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade

dos estilos parentais através das gerações: Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paideia (Ribeirão Preto)*, 16, 407-414.

Wekerle, C., & Wolfe, D. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology*, 10 (3), 571-586.

Xarepe, F. (2001). Apoio Multidisciplinar numa adolescente grávida. *IV Encontro Anual dos Serviços de Psicologia e Orientação da Casa Pia de Lisboa: Comunicações*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, 107-126.

Xarepe, M. F. (2002). *Um olhar sobre a gravidez e maternidade adolescente – estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Zagury, T. (1996). *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro: Record.

Zimmerman, J. J., Eisemann, M. R. & Fleck, M. P. (2008). Is parental rearing an associated of quality of life in adulthood? *Quality of Life Research*, 17, 249-255.

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados Pessoais

Data de Nascimento:.....

Idade:.....

Idade Gestacional:

Nacionalidade:.....

Naturalidade:.....

Estado Conjugal: Solteira Casada Divorciada Viúva União de Facto

Outro Qual?

Vive com o Pai do Bebê? Sim Não

Mora com um Companheiro, que não é o Pai do Bebê? Sim Não

Se Mora, há Quanto Tempo?.....

Tem Filhos? Sim Não Quantos

Escolaridade:

De momento está a estudar? Sim Não

Se não está a estudar, há quanto tempo abandonou os estudos? Porquê?

.....

Está empregada? Sim Não

Profissão:

Se não trabalha atualmente, alguma vez trabalhou? Sim Não

Se já trabalhou, porque deixou?

Esta gravidez foi planeada? Sim Não

Se não foi, como a aceitou? Mal Bem Muito bem

Dados Familiares

Pai

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Mãe

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Estatuto conjugal dos pais: Solteiros Casados Divorciados/Separados

União de facto Outro Qual?

Algun dos pais já faleceu? Sim Não

Se sim, qual, e há quanto tempo?

Agregado Familiar

Com quem vive?

Se for o caso, há quanto tempo está na instituição?

Recebe algum tipo de apoio de alguma instituição?

Pai do Bebê

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil: Solteiro Casado União de facto Divorciado/Separado Outro Qual?

Tem conhecimento desta sua gravidez? Sim Não

Se tem conhecimento, como reagiu? Rejeitou Mal Bem Muito bem

ANEXO B: QUESTIONÁRIO DE MEMÓRIAS DE INFÂNCIA

EMBU

(C. Perris, L. Jacobsson; H. Lindstrom; L. Von Knorring & H. Perris; 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health); Groningen University (Department of Psychology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Educação Especial e Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

Memórias de Infância

INSTRUÇÕES: Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência.

É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil lembrar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, um X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente de Mãe, para avaliar o comportamento, da sua mãe.

Por exemplo:

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai	☐	☐	☒	☐
	Mãe	☐	☒	☐	☐

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porque	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
9. Os meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
10. Através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
11. Eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
12. Se as coisas me corressem mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
13. Eu era tratado(a) como a «ovelha ranhosa» ou como o «bode expiatório» da família	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐

ANEXO C: ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

(Condon, 1993; Figueiredo, Leal & Maroco, 2008).

Versão Materna

Este instrumento permite avaliar os níveis de vinculação da mãe ao feto.

Responda, por favor, às seguintes perguntas, assinalando (com um x) uma das cinco alternativas.

1. <u>Nas últimas 2 semanas</u> , tenho pensado ou tenho estado preocupada com o bebé:
☐ quase sempre
☐ muito frequentemente
☐ frequentemente
☐ ocasionalmente
☐ nunca
2. <u>Nas últimas 2 semanas</u> , quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:
☐ muito fracas ou inexistentes
☐ moderadamente fracas
☐ entre fortes e fracas
☐ moderadamente fortes
☐ muito fortes
3. <u>Nas últimas 2 semanas</u> , os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:
☐ muito positivos
☐ sobretudo positivos
☐ um misto de positivo e negativo
☐ sobretudo negativos
☐ muito negativos
4. <u>Nas últimas 2 semanas</u> , tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:
☐ muito fraco ou inexistente
☐ moderadamente fraco
☐ nem forte nem fraco
☐ moderadamente forte
☐ muito forte
5. <u>Nas últimas 2 semanas</u> , tenho tentado imaginar como é o bebé na minha barriga:
☐ quase sempre
☐ muito frequentemente
☐ frequentemente

☐ ocasionalmente
☐ nunca
6. Nas últimas 2 semanas, penso no bebé sobretudo como:
☐ uma pessoa pequena e real com características especiais
☐ um bebé como qualquer outro
☐ um ser humano
☐ um ser vivo
☐ um ser que ainda não está realmente vivo
8. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha:
☐ nunca
☐ ocasionalmente
☐ frequentemente
☐ muito frequentemente
☐ quase todo o tempo em que estou sozinha
9. Nas últimas 2 semanas, quando penso sobre (ou falo com) o meu bebé, os meus pensamentos:
☐ são sempre de amor e carinho
☐ são principalmente de amor e carinho
☐ são uma mistura de carinho e irritação
☐ contêm um pouco de irritação
☐ contêm muita irritação
10. A imagem que tenho sobre como é o bebé na minha barriga nesta fase é:
☐ muito clara
☐ bastante clara
☐ bastante vaga
☐ muito vaga
☐ ainda não tenho nenhuma ideia
11. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé tenho sentimentos que são de:
☐ muita tristeza
☐ tristeza moderada
☐ uma mistura de alegria e tristeza
☐ alegria moderada
☐ muita alegria
12. Por vezes, algumas mulheres grávidas ficam tão irritadas com o bebé que têm dentro delas que chegam a sentir que o querem magoar ou punir.
☐ não consigo imaginar que alguma vez me sentisse assim
☐ consigo imaginar que pudesse talvez sentir-me assim, mas nunca o senti realmente
☐ eu senti-me assim uma ou duas vezes
☐ eu senti-me assim ocasionalmente
☐ eu tenho me sentido assim frequentemente
13. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:
☐ emocionalmente muito distante do bebé
☐ moderadamente distante do bebé a nível emocional
☐ não muito próxima do bebé a nível emocional
☐ moderadamente próxima do bebé a nível emocional

☐ emocionalmente muito próxima do bebé
14. Nas últimas 2 semanas, tenho tido cuidado com o que como para me assegurar de que o bebé faz uma boa dieta:
☐ nunca
☐ uma ou duas vezes quando comi
☐ ocasionalmente quando comi
☐ quase sempre quando comi
☐ sempre que comi qualquer coisa
15. Quando eu vir o meu bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:
☐ carinho intenso
☐ muito carinho
☐ desgosto relativamente a um ou dois aspectos do bebé
☐ desgosto relativamente alguns aspectos do bebé
☐ muito desgosto
16. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:
☐ imediatamente
☐ após ter sido enrolado num lençol
☐ após ter sido lavado
☐ depois de algumas horas, para as coisas assentarem
☐ no dia seguinte
17. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:
☐ nunca
☐ ocasionalmente
☐ frequentemente
☐ muito frequentemente
☐ quase todas as noites
18. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na minha barriga:
☐ muitas vezes por dia
☐ no mínimo uma vez por dia
☐ ocasionalmente
☐ uma única vez
☐ nunca
19. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para mim, eu sentir-me-ia:
☐ muito satisfeita
☐ moderadamente satisfeita
☐ neutra (i.e. nem triste nem satisfeita ou uma mistura destes sentimentos)
☐ moderadamente triste
☐ muito triste

ANEXO D: QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ-6)

SSQ-6

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio, lhe disponibilizaram ajuda ou apoio. São 6 questões. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, *assinale*, preenchendo os círculos correspondentes, em relação, às **pessoas que conhece e com quem pode contar para o ajudar ou apoiar nas situações que lhe são apresentadas**. Caso queira indicar alguém que não se encontre mencionado, pode fazê-lo na opção “outra pessoa”, (Veja o exemplo, por favor).

Na segunda parte, indique e preencha a **opção** (desde muito insatisfeito até muito satisfeito) que **melhor traduz o seu grau de satisfação** em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem, (Veja o exemplo, por favor).

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou de apoio para referir, preencha o círculo respectivo à categoria “Ninguém”, mas seleccione sempre o seu nível de satisfação.

Exemplo:

- Com quem é que se pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

- ☐ Ninguém ☒ Mãe ☒ Namorada/o ☐ Colega de Curso
☐ Pai ☐ Companheira(o) / Cônjuge ☐ Outro Colega
☐ Irmã/irmão ☐ Amiga/amigo ☒ Outra pessoa (especifique) AVÓ

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Insatisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☒ Satisfeito
☐ Muito Satisfeito

1- Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

2- Com quem é que pode realmente contar para o / a ajudar a sentir-se mais relaxado(a) quando está tenso(a) ou sob pressão?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

3- Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

4- Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

5-Com quem é que pode realmente contar para o / a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

6-Com quem é que pode realmente contar para o / a consolar quando está muito preocupado/ a?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ninguém | ☐ Companheira (o) / Cônjuge |
| ☐ Mãe | ☐ Amigo / Amiga |
| ☐ Pai | ☐ Colega de Curso |
| ☐ Irmão / Irmã | ☐ Outro Colega |
| ☐ Namorada (o) | ☐ Outra Pessoa (especifique)_____ |

- Qual o seu grau de satisfação?

- ☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Algo Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

ANEXO E: AUTORIZAÇÕES DOS AUTORES PARA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Boa noite professora Cristina Canavarro.

O meu nome é Irina Fonseca e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA.

Venho por este meio pedir-lhe, se é possível, enviar-me o questionário "Memórias de Infância" e pedir-lhe autorização para o aplicar na minha dissertação de mestrado.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente

Irina Fonseca

RE: Pedido do Questionário “Memórias de Infância”

Cara Irina,

Está autorizada a utilizar a versão Portuguesa do EMBU, da qual sou autora e que envio em anexo.

Para conhecer dados relativos aos procedimentos de passagem e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/embumi.htm>.

Cumprimentos da

Maria Cristina Canavarro

**ANEXO F: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE
RECOLHA DE DADOS**

Exmo/a. Senhor/a Diretor/a da Instituição

O meu nome é Irina Isabel da Mata Fonseca e sou aluna do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário.

No presente momento, encontro-me na fase de elaboração da Dissertação de Mestrado do referido curso. Com o meu trabalho pretendo estudar a influência das memórias de infância e o suporte social, na vinculação pré-natal em grávidas adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos.

Neste sentido, venho solicitar a V. Ex.^a autorização para a participação das adolescentes utentes da instituição que dirige, no estudo que pretendo desenvolver.

A recolha de dados envolve a aplicação de questionários, nomeadamente de caracterização sociodemográfica, suporte social, memórias de infância e de vinculação pré-natal.

Toda a informação que venha a obter será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação das adolescentes ou da instituição que as apoia. Toda a informação que permita qualquer identificação será codificada, para posterior tratamento estatístico.

Agradecendo antecipadamente a disponibilidade e interesse.

Com os melhores cumprimentos,

Irina Fonseca

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2012

Declaração de Consentimento para Projeto de Investigação

No âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário, que visa estudar a influência das memórias de infância e o suporte social na vinculação pré-natal em grávidas adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a sua autorização para a realização do referido estudo.

Toda a informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação das inquiridas e instituição que as apoia. Toda a informação que permita qualquer identificação dos participantes será codificada, para posterior tratamento estatístico.

Declaro que tomei conhecimento do projeto de investigação acima mencionado, bem como dos procedimentos nele implicados, e consinto a recolha dos dados.

-----, ----- de ----- de -----

(Assinatura)

**ANEXO G: PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS E
AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

Folha de Consentimento

Estes questionários destinam-se à realização de um estudo académico sobre a influência das memórias de infância e do suporte social na vinculação pré-natal. Todos os seus dados serão confidenciais. Agradeço desde já a sua colaboração.

Tomou conhecimento e consentiu em colaborar:

Nº Questionário	Instituição	Assinatura	Data

Declaração de Consentimento para Participação em Projeto de Investigação

No âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário, que visa estudar a influência das memórias de infância e o suporte social na vinculação pré-natal em grávidas adolescentes, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a sua autorização para a participação da sua educanda no referido estudo e para posterior utilização dos dados.

Toda a informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação da inquirida.

Declaro que tomei conhecimento do projeto de investigação acima mencionado, bem como dos procedimentos nele implicados, e consinto a participação da minha educanda.

-----, ----- de ----- de -----

(Assinatura)

ANEXO H: ANÁLISE DE FREQUÊNCIAS DOS ITENS DA ESCALA DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

		Freq.	%
	Quase Sempre	26	61,9
Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupada com o bebé:	Muito Frequentemente	5	11,9
	Frequentemente	10	23,8
	Ocasionalmente	1	2,4
	Muito Fracas ou Inexistentes	1	2,4
Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:	Moderadamente Fracas	2	4,8
	Entre Fortes e Fracas	5	11,9
	Moderadamente Fortes	11	26,2
	Muito Fortes	23	54,8
	Muito Positivos	35	83,3
Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido	Sobretudo Positivos	4	9,5
	Um misto de Positivo e Negativo	2	4,8
	Muito Negativos	1	2,4
	Moderadamente Fraco	2	4,8
	Nem Forte nem Fraco	10	23,8
Nas últimas 2 semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:	Moderadamente Forte	9	21,4
	Muito Forte	21	50,0
	Quase Sempre	28	66,7
Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na minha barriga:	Muito Frequentemente	6	14,3
	Frequentemente	8	19,0

		Freq.	%
Nas últimas 2 semanas, penso no bebê sobretudo como:	Uma pessoa pequena e real com características especiais	28	66,7
	Um bebê como qualquer outro	3	7,1
	Um ser humano	6	14,3
	Um ser vivo	3	7,1
	Um ser que ainda não está realmente vivo	1	2,4
	Não Responde	1	2,4
Nas últimas 2 semanas, dei por mim a falar com o meu bebê quando estou sozinha:	Nunca	6	14,3
	Ocasionalmente	8	19,0
	Frequentemente	12	28,6
	Quase todo o tempo em que estou sozinha	16	38,1
Nas últimas 2 semanas, quando penso sobre (ou falo com) o meu bebê, os meus pensamentos:	São sempre de amor e carinho	29	69,0
	São principalmente de amor e carinho	12	28,6
	Contêm muita irritação	1	2,4
A imagem que tenho sobre como é o bebê na minha barriga nesta fase é:	Muito Clara	11	26,2
	Bastante Clara	13	31,0
	Bastante Vaga	4	9,5
	Muito Vaga	2	4,8
	Ainda não tenho nenhuma ideia	12	28,6
Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebê tenho sentimentos que são de:	Muita Tristeza	1	2,4
	Uma mistura de alegria e tristeza	9	21,4
	Alegria moderada	6	14,3
	Muita Alegria	26	61,9
Por vezes, algumas mulheres grávidas ficam tão irritadas com o bebê que têm dentro delas que chegam a sentir que o querem magoar ou punir.	Não consigo imaginar que alguma vez me sentisse assim	33	78,6
	Consigo imaginar que pudesse talvez sentir-me assim, mas ..	2	4,8
	Eu senti-me assim uma ou duas vezes	3	7,1
	Eu tenho-me sentido assim frequentemente	3	7,1
	Não Responde	1	2,4

		Freq.	%
Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:	Emocionalmente muito distante do bebé	1	2,4
	Não muito próxima do bebé a nível emocional	1	2,4
	Moderadamente próxima do bebé a nível emocional	14	33,3
	Emocionalmente muito próxima do bebé	26	61,9
	Nunca	3	7,1
Nas últimas 2 semanas, tenho tido cuidado com o que como para me assegurar de que o bebé faz uma boa dieta:	Uma ou duas vezes quando comi	4	9,5
	Ocasionalmente quando comi	4	9,5
	Quase sempre quando comi	17	40,5
	Sempre que comi qualquer coisa	14	33,3
Quando eu vir o meu bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:	Carinho Intenso	14	33,3
	Muito Carinho	28	66,7
Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:	Imediatamente	39	92,9
	Após ter sido lavado	2	4,8
	No dia seguinte	1	2,4
	Nunca	11	26,2
Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:	Ocasionalmente	11	26,2
	Frequentemente	12	28,6
	Muito Frequentemente	6	14,3
	Quase todas as noites	2	4,8
Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na minha barriga:	Muitas vezes por dia	37	88,1
	Ocasionalmente	4	9,5
	Nunca	1	2,4
Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para mim, eu sentir-me-ia:	Muito Satisfeita	2	4,8
	Moderadamente Triste	2	4,8
	Muito Triste	38	90,5