

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NA ÁREA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

UM OLHAR SOBRE A GRAVIDEZ E MATERNIDADE ADOLESCENTE – ESTUDO COMPARATIVO

ORIENTADORA: Profª Doutora Isabel Leal

TESE APRESENTADA POR: Maria de Fátima Xarepe

	
ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Centro de Investigação em Psicologia	
Registo:	15686
Data:	/ /
Tel.: 21 681 17 50 - 1111111111111111	

Outubro/2002

Aos meus queridos:
Hilmi, Ana, Nuno e João

AGRADECIMENTOS:

À Profª Drª Isabel Leal, por todo o apoio, confiança e desafio, que tornaram possível a realização desta investigação.

Ao Prof. Dr. Daniel Sampaio, pelo que aprendi sobre adolescentes e famílias.

À Maternidade Alfredo da Costa, pela oportunidade na frequência da Mestrado de Psicologia da Saúde.

Às minhas colegas de equipa do Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa, por tudo.

À equipa de adolescentes/grávidas da Maternidade Alfredo da Costa, pela partilha nas situações com que nos deparamos todos os dias.

Às estagiárias do Serviço Social, Sofia Eduardo, Cristina e Teresa, pela ajuda de recolha de amostra.

Ao Pedro e à Ana, pela ajuda tão preciosa nos aspectos logísticos, ao longo da investigação.

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

RESUMO

A presente investigação pretende, através de um estudo comparativo, entre: 125 grávidas e 125 mães adolescentes saber se o desejo de um filho varia e como em função do suporte social percebido.

Foram utilizados três instrumentos:

- Questionário de Caracterização Social; do Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa;
- Questionário do Desejo de Maternidade de Leal (1990);
- Escala de Satisfação Social de Ribeiro (1999).

Verificou-se que o desejo de maternidade não tem diferenças significativas em função do suporte social percebido. Em ambos os grupos verificou-se que tanto as grávidas como as mães adolescentes, possuem um desejo grande em “receber algo que lhes satisfaça o seu ego” (necessidades egóicas), assumindo o segundo lugar a parentalidade (necessidade de cuidar da criança ... constituir família).

Igualmente na escala de satisfação social a população estudada não apresenta diferenças significativas. Ambos os grupos valorizam em primeiro lugar a satisfação com os amigos; seguindo-se a necessidade de ter alguém com quem possam “desabafar” sobre a sua intimidade.

Ao analisarmos e compararmos o estado civil de cada um dos grupos com o desejo de maternidade constata-se que: são as casadas e as que vivem em união de facto, quer grávidas quer mães onde se verificam valores mais elevados.

Face às necessidades egóicas é no grupo das mães que se verificam os valores mais significativos; bem como na dimensão o desejo de maternidade relacionado com o tipo de família de origem, que se observa também uma diferença muito significativa. As mães que têm origem em famílias monoparentais têm um maior desejo de maternidade/paternidade.

ÍNDICE:

RESUMO.....	3
INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – GRAVIDEZ E MATERNIDADE.....	13
1.1 Gravidez	13
1.2 Maternidade	18
CAPÍTULO II – GRAVIDEZ E MATERNIDADE ADOLESCENTE.....	21
2.1 Adolescência.....	24
2.2 Factores clínicos associados.....	29
2.3 Aspectos Psicossociais.....	32
2.3.1 A Família	35
2.3.2 O Namorado/O Companheiro/O Pai da Criança.....	37
2.4 Longe de Um Desejo.....	39
2.4.1 A Interrupção Voluntária da Gravidez.....	39
2.4.2 A Entrega da Criança para Adopção.....	43
CAPÍTULO III – SUPORTE SOCIAL.....	45
3.1 Conceptualização do Suporte Social.....	47
3.2 Suporte Social e sua Mensuração.....	50
3.3 Suporte Social na Gravidez e Maternidade Adolescente.....	52
CAPÍTULO IV – O ESTUDO COMPARATIVO.....	55
4.1 Planificação.....	55
4.2 Material.....	55
4.3 Questionário de Caracterização Social.....	56
4.4 Questionário do Desejo de Maternidade.....	57

4.5 Escala de Satisfação Social.....	58
4.6 Procedimento.....	59
4.6.1 Participantes.....	59
4.6.2 A Amostra.....	59
4.7 Caracterização da Amostra.....	60
4.5 Resultados.....	72

- DISCUSSÃO

-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Índice de Figuras

Figura 1 - Grupo Etário

Figura 2 - Raça

Figura 3 - Estado Civil

Figura 4 - Situação Profissional

Figura 5 - Escolaridade

Figura 6 - Abandono Escolar

Figura 7 - Situação Económica

Figura 8 - Composição do Agregado Familiar

Figura 9 - Relações Familiares

Figura 10 - Hábitos Aditivos

Figura 11 - Com Quem Vive

Figura 12 - Família de Origem

Figura 13 - Abordagens Familiares

Figura 14 - Desejo de Gravidez

Figura 15 - Número de Gravidezes

Figura 16 - Número de Abortos

Figura 17 - Crianças de Risco

Figura 18 - Planeamento Familiar

Figura 19 - Idade dos Pais

Figura 20 - Assume Paternidade

Figura 21 - Profissão dos Pais

Figura 22 - Tempo de Namoro

Figura 23 - Apoio Social

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Valores médios relativamente ao Desejo de Maternidade

Gráfico 2 - Desejo de Maternidade - Grávidas/Mães

Gráfico 3 - Valores médios Satisfação Social: Grávidas/Mães

Gráfico 4 – Valores Médios de Desvio Padrão Grávidas/Mães

Gráfico 5 – Valores Médios para a Variável Pressões Externas de Acordo com o Estado Civil das Inquiridas

Gráfico 6 – Valores Médios para a Variável Desejo da Maternidade/Paternidade de Acordo com o Estado Civil das Inquiridas

Gráfico 7 – Valores Médios para a Variável Necessidades Egóicas de Acordo com o Tipo de Família de Origem

Gráfico 8 – Valores Médios para a Variável Desejo de Maternidade/Paternidade de Acordo com o tipo de Família de Origem

Gráfico 9 – Valores Médios para a Variável Intimidade de Acordo com o Estado Civil dos Inquiridos

Índice de Quadros

Quadro 1 - Valores médios relativamente ao Desejo de Maternidade

Quadro 2 - Valores médios Satisfação Social/ Grávidas/Mães

Quadro 3 – Valores Médios para a Variável Pressões Externas de Acordo com o Estado Civil dos Inquiridos

Quadro 4 - Valores Médios para a Variável Desejo da Maternidade/Paternidade de Acordo com o Estado Civil das Inquiridas

Quadro 5 - Valores Médios para a Variável Necessidades Egóicas de Acordo com o Tipo de Família de Origem

Quadro 6 - Valores Médios para a Variável Desejo de Maternidade/Paternidade de acordo com o tipo de Família de Origem

Quadro 7 - Valores Médios para a Variável Intimidade de acordo com o Estado Civil das Inquiridas

ANEXOS:

ANEXO 1 – Tabelas relativas aos dados estatísticos das grávidas e mães adolescentes

ANEXO 2 – Questionário de caracterização Social do Serviço Social da MAC

ANEXO 3 – Questionário de Desejo de Maternidade e Escala de Satisfação Social

ANEXO 4 – Classificação da avaliação do nível sócio-económico (Almeida, 1988)

ANEXO 5 – Pedido de autorização para a recolha da Amostra

INTRODUÇÃO

Nas actuais sociedades ocidentais a gravidez e a maternidade na adolescência surge como um grave problema. O que torna preocupante é que, enquanto nas sociedades ditas primitivas se encoraja, precocemente o processo de autonomia e independência, nas nossas sociedades a tendência é prolongar cada vez mais a dependência económica dos filhos relativamente à sua família de origem; a gravidez e maternidade na adolescência vem agravar as suas já desfavoráveis condições de marginalização familiar, escolar e de trabalho. Portugal é o segundo país da Comunidade Europeia com a maior taxa de gravidez e maternidade adolescente, apesar destes números tenderem a baixar; e, onde não é alheia uma educação sexual incipiente, e um difícil acesso à utilização dos métodos contraceptivos.

A gravidez e maternidade precoce tem sido e é uma preocupação dos profissionais de saúde e educadores, no entanto os programas de educação sexual existentes possuem uma actuação, 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 da sexualidade. A sociedade, por sua vez, é cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens; estes iniciam a sua vida sexual mais cedo, no entanto o sistema social (saúde, educação...) rejeita o facto de os adolescentes poderem ser sexualmente activos. O comportamento sexual dos jovens adquire na nossa sociedade um carácter praticamente clandestino. Estamos perante uma realidade que é simultaneamente permitida e negada; nem as famílias, nem o contexto educativo ou de saúde oferecem ou permitem condições aos nossos adolescentes para que vivam uma sexualidade sem riscos; pelo que a adolescência se converte num grupo de risco devido à impossibilidade de os jovens possuírem experiências sexuais e de relacionamento, gratificantes e adequadas, pelos riscos de uma gravidez indesejada e pelo risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo o inquérito à Fecundidade e à Família, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 1998 e, observando os taxas de fecundidade dos diversos grupos etários, observa-se que o aumento, destes, foi suportado por mães entre os 15 - 24 anos

de idade, uma vez que em todas as outras faixas etárias a tendência foi decrescente, apesar de a gravidez adolescente (15 - 19 anos) estar igualmente a baixar.

A gravidez e maternidade adolescente acarreta situações de grande preocupação e ansiedade, problemas de ordem psicossocial e cultural, para além de riscos clínicos quer para a jovem quer para o filho. Entre os fenómenos relacionados com a baixa idade materna que concorrem para aspectos como: o atraso do crescimento intra-uterino, prematuridade, baixo peso ao nascer, hipertensão induzida pela gravidez, parto-pré-termo e condicionantes ao crescimento da rapariga, é de salientar a imaturidade fisiológica materna e a 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 Silva, (1992).

Ao se analisar o comportamento e o conhecimento das adolescentes que engravidaram sem planear e sem desejar, encontram-se incoerências que no parecer de alguns autores (Byrne, 1983; Xarepe, 1990) poderão explicar-se apenas do ponto de vista cognitivo. Para além das características pessoais e relacionais associadas à má utilização dos métodos contraceptivos, destacam-se os seguintes: ausência de uma correcta informação acerca de sexualidade e de contracepção; não reconhecimento de que se é sexualmente activo; não associar o acto sexual a uma possível gravidez; ausência de projectos pessoais no futuro; atitudes negativas em relação à sexualidade e contracepção; sentimentos de culpa no que se refere à vida sexual; difícil acesso à consulta de Planeamento Familiar; insuficientes habilidades de comunicação para poder falar e reflectir sobre o tema com o parceiro.

A gravidez e maternidade na adolescência surge numa fase vital do ciclo em que os processos de estruturação da identidade feminina estão em pleno desenvolvimento, acompanhados de processos de identidade e autonomia face à família.

Na maioria das vezes, as gravidezes são resultado de "acidentes" de relação e envolvimento amoroso, (características dessa faixa etária) predominando o fraco envolvimento emocional não se antecipando as consequências. Constituem, como é referido pela maioria dos autores consultados, um violar de regras, num amplo sentido de acontecerem fora de uma união de facto ou dum casamento e, numa idade já fértil biologicamente mas psicologicamente precoce (Leal, 2000).

A gravidez e maternidade adolescente aparece-nos num contexto sócio-familiar fragilizado: abandono escolar precoce, acesso a trabalhos de baixa qualificação profissional, rupturas afectivas precoces e grandes dificuldades sócio-económicas.

Situação igualmente encontrada, num estudo realizado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre os anos de 1992 e 1994, a 728 mães adolescentes, em que se verificou que 70% dessas jovens não possuía escolaridade obrigatória, 53% pertenciam a agregados numerosos e, apenas 35% tinham actividade laboral. Este estudo constatou, igualmente, que a gravidez adolescente não constitui risco obstétrico ou pediátrico. O risco foi sobretudo psicossocial, eram jovens, na maioria dos casos, de meios carenciados socialmente, que não tinham concluído a escolaridade obrigatória, possuíam dificuldades na obtenção de ocupação profissional, provinham de famílias disfuncionais, com frequência abandonada pelo pai da criança após notícia da gravidez.

Salienta ainda, a mesma investigação que a maioria das complicações obstétricas relacionava-se não com a idade biológica da jovem, mas sim com os comportamentos inerentes à adolescência sendo possíveis de corrigir com a adesão a cuidados pré-natais adequados e diferenciados para melhor evolução e vigilância da grávida (Matos, Garcia, Ferreira, Baptista, Xarepe, Alves e Machado, 1999).

Gravidez e maternidade adolescente constituiu para nós um desafio profissional, desde 1989, altura em que passou a ser da nossa responsabilidade o estudo, acompanhamento e encaminhamento social de todas as adolescentes grávidas que vinham procurar apoio à Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Cedo nos apercebemos que estávamos perante um grupo de risco psicossocial em que seria indispensável uma abordagem multidisciplinar e, em que se garantisse à adolescente grávida um atendimento que lhe merecesse confiança, onde seria possível receber apoio clínico, social e emocional através de uma relação com importância também formativa e securizante (Correia e Alves, 1990).

Face ao exposto, ao longo da nossa investigação propomo-nos abordar a consequente interligação entre os diferentes conceitos: Gravidez, Maternidade Adolescente, Desejo de Maternidade e Suporte Social Percebido.

O grau de risco para a jovem varia com o grau de rejeição/aceitação familiar e a sua condição social. Para uma adolescente que se depare com uma total rejeição da família e que se vê "obrigada" a acolher-se numa instituição, existe um real risco de exclusão social e com um percurso sócio-afectivo cheio de dificuldades, pelo que se torna indispensável uma boa rede de suporte social. Estudos em que as mães adolescentes são reavaliadas anos após o parto (5 anos), verificou-se que, em ambientes rurais, onde as jovens geralmente têm apoio familiar e aceitação por parte do meio social, as repercussões negativas foram minimizadas. Nos meios urbanos adolescentes

que tiveram suporte emocional e económico, puderam continuar os seus estudos, obter ocupações profissionais satisfatórias e receber aconselhamento sobre planeamento familiar. Matos, 1998). O suporte social assume-se, assim, como um conceito de extrema importância no âmbito da problemática que é a gravidez e maternidade adolescente, apesar de a investigação nesta área ser ainda reduzida.

De acordo com os estudos de Barrera (1986) o suporte social compreenderá três grandes categorias:

1) a integração social que evidencia as ligações que o indivíduo estabelece com os outros significativos, no seu meio social quantificável no número de prestadores de suporte social ou na qualidade de suporte social; permitindo o acesso aos indivíduos possíveis de promover suporte social mas não o suporte por eles prestado. O suporte social prestado, que corresponde às acções que os outros tomam no sentido de dar assistência ao sujeito, o que permitirá aceder ao suporte social de facto providenciado. E, por último o suporte social percebido, que remete para a avaliação cognitiva que o sujeito faz do seu suporte social, ou seja, trata-se de confiança do sujeito na disponibilidade de um suporte social adequado quando necessário, e de adequação percebida e satisfação do suporte social que é prestado. O suporte social percebido é antecipatório, enquanto o suporte recebido envolve comportamentos que de facto ocorreram. E, onde se esperava encontrar as duas formas de suporte muito associadas, observou-se que surgiam, muitas vezes como constructos largamente independentes. Os investigadores começaram a concluir que a percepção do suporte disponível está mais ligado a diferenças individuais do que a provisões do meio que existem exteriormente ao indivíduo.

A investigação que concerne ao suporte social rege-se fundamentalmente, por três grandes questões: quem são os prestadores de suporte social, quais os indivíduos envolvidos na prestação do suporte social e qual a avaliação subjectiva do sujeito em relação ao suporte social que dispõe e que recebeu, sendo esta terceira questão a que nos parece ressaltar no âmbito do nosso estudo sobre a vivência da gravidez e maternidade adolescente, relacionando-se com o desejo de maternidade. As razões inconscientes e conscientes, que levam uma mulher, numa determinada altura da sua vida, a engravidar e a ter um filho, prendem-se com uma enorme variedade de aspectos: físicos, emocionais, sociais..., sendo por vezes difícil identificá-los, dada a sua complexidade e interligações.

O Desejo de Maternidade em toda a sua complexidade, parece-nos ser, em qualquer contexto, uma peça fundamental para a compreensão da gravidez e da maternidade enquanto fenómenos psicossociais. No entender de Leal (1997) Gravidez e Maternidade são dois conceitos diferentes em que o *"desejo de estar grávida e o desejo de ter um filho não correspondem muitas vezes"*. A gravidez será o período que vai desde a concepção, até ao parto que para além das transformações físicas internas requer, do ponto de vista psicológico, ajustamentos e recursos a mecanismos adaptativos à própria situação. A maternidade será um projecto a longo prazo e requer: responsabilizações, cuidados básicos necessários ao bem-estar e desenvolvimento harmonioso da criança, bem como afecto e amor. Portanto tal como Leal (1990) afirma *"antes de se desejar ter um filho se deseje ser mãe"*.

O desejo de ser completa e onipotente encontra-se entre os motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho, em que se anseia manter um conceito idealizado de nós próprios e de nos duplicarmos, vendo-nos no espelho e atingindo os nossos ideais.

Nalgumas mulheres o desejo de engravidar predomina, anulando a gravidez sentimentos de vazio e preocupações sobre a imperfeição do corpo. O desejo de nos completarmos através de um filho é mais diferenciado, começando a mulher por encarar o filho desejado como uma extensão de si própria; outras discussões estão inerentes ao desejo de maternidade tais como: necessidades egóicas, necessidades do casal, pressões externas e parentalidade. Estas dimensões não esgotam de forma alguma, as várias pressões e factores sociais que se cruzam no desejo de ter um filho. No entanto, consideramos que poderão ser o suficiente para dar uma visão sobre a complexidade do desejo de maternidade e de importância que serão no tipo relação que a mulher estabelecerá mais tarde com o filho, no nosso caso concreto de adolescente grávida.

O trabalho empírico consiste num estudo comparativo de adolescentes respectivamente em período de gravidez e, já mães, tentando perceber se o desejo de maternidade é efectivo ou não, qual a sua tipologia e variância em função do suporte social percebido, através de aplicação do questionário "Desejo de Maternidade" de Leal (1990) e da Escala de Satisfação Social de Ribeiro (1999).

CAPÍTULO I – GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Para que se possa entender e contextualizar a gravidez e maternidade adolescente tema, principal do nosso estudo tentaremos definir estes dois conceitos que, considerados como sinónimos, revelam duas realidades e vivências diferentes oriundas de imaginários também diferentes, segundo a literatura consultada. Leal, (1990).

1.1 GRAVIDEZ

Na investigação de Colman e Colman, (1994), a gravidez é considerada um estágio de desenvolvimento com curta duração que, inicia um estágio mais longo: que será a condição de ser mãe ou pai. É um período de transição em que o nascimento pode ser usado para que as pessoas se preparem para as tarefas da maternidade que, são consideradas complexas e desafiantes.

A gravidez será o período de quarenta semanas entre o momento da concepção e o parto, definida no tempo e, que se caracteriza essencialmente por modificações físicas acompanhadas das consequentes vivências psicológicas.

Tentar compreender a gravidez do ponto de vista psicossocial implica o reconhecimento de que este momento tão importante do ciclo da vida, é vivido pela mulher como um período de crise/transição.

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 grávida como um período de crise/transição.

Para alguns autores o desenvolvimento psicológico é um contínuo que se prolonga muito para além da adolescência , e que para além da adolescência , é marcado por vários períodos de crise que constituem verdadeiros pontos decisivos no crescimento emocional. Segundo esta perspectiva, o indivíduo nunca pára de crescer e tem sempre possibilidades de se reintegrar, reestruturar e modificar a sua personalidade .

No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade, e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas,

estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos do papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e mudança de identidade. (Maldonado,1976).

Segundo G. Pedro (1985), esperar um filho, e quando se trata especialmente do primeiro, é um dos acontecimentos mais importantes da vida da 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.

Para Leal,(1997), parece indiscutível que o episódio gravítico se reveste de uma valoração particular. Enquanto a adolescência e o climatério vividos no singular são importantes para os próprios, a gravidez, enquanto fase de reprodução do indivíduo singular-a mulher- mas também, da própria espécie merece, ou pelo menos tem, outros níveis discursivos e normativos.

No episódio gravítico entram em linha de conta a criança a nascer, um pai também autor material (ou moral) do processo e "*the last but not the least*" a sociedade que necessita assegurar a própria continuidade.

Para Correia (1998), a atitude perante a concepção e perante a gravidez varia no mundo. Numas sociedades, a gravidez é festejada como prova de fertilidade, noutras nem tanto mas, em todas é importante que a criança seja aceite por um homem enquanto filha.

Em muitas sociedades a gravidez é um estado ritual, a futura mãe tem uma relação especial com toda a sociedade. Existem cerimónias de gravidez, para proclamação, com função de ligação do presente ao passado, do mundo ao divino.

Outras civilizações consideram a grávida numa condição ritual especial que liga as mulheres e as crianças que vão nascer à terra e aos deuses.

Estudos e análises citados por Kitzinger (1978), demonstram que em diferentes civilizações é comum a aproximação emocional da grávida à sua mãe, identificando-se com ela, como se a gravidez unisse gerações; a grávida, revive através do seu corpo uma experiência universal e partilhada pela maioria das mulheres. A mãe, mulher mais velha, revive através da recordação as emoções da gravidez e do parto.

Durante a gravidez ocorre uma reconciliação da mulher com a sua própria mãe. Esta reconciliação passa por aceitar a mãe como alguém bom e dador de cuidados, assim

como confrontá-la com um adulto igual a si. Por outro lado ao estabelecer a independência da sua mãe , ao abandonar o papel de criança, filha, a futura mãe está melhor preparada para assumir a responsabilidade do seu bebé.

Nos casos em que há uma grande dependência da grávida relativamente á sua mãe, observa-se muitas vezes a cedência do seu "bébé" a esta.

Bibring (1961), considera a crise da gravidez um período essencial ao crescimento e integração maturativa da mulher, existindo, contudo, variações individuais de acordo com a estrutura de personalidade, grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e, ainda com a constelação familiar e seu enquadramento. Esta crise, da gravidez, é no entanto, um acontecimento normal no desenvolvimento, podendo mesmo afirmar-se que é essencial e deve preceder e preparar a integração maturacional.

Alguns autores constataam que as alterações na imagem corporal, modificações hormonais e perturbação do contexto habitual de vida quotidiana, associado aos factores culturais, são tão significativos que não podem deixar de ser um reflexo importante na vida psíquica da mulher grávida.

Igualmente Cordeiro (1987), partilha de idêntica opinião, afirmando que a gravidez representa para a mulher um grande esforço quer físico, quer psicológico. Ela tem que se ajustar ás mudanças físicas, à criança em gestação, ao aumento de vulnerabilidade resultante do processo de regressão psicológica e á ansiedade pela expectativa que envolve o nascimento do bebé.

Situar a gravidez como período de crise ou transição não quer dizer que ele termine com o parto, uma vez que a maior parte das mudanças maturacionais ocorrem após o parto e, portanto, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, pois implica novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filhos, modificações da rotina e do relacionamento familiar.

No entender de Maldonado (1976), é de realçar a importância de que o nascimento de um filho é uma experiência familiar e, que, portanto, ao reflectirmos em termos de prevenção pré-natal, teremos de pensar em termos de "mulher grávida".

A família como um organismo completo, que possui uma unidade própria; assim como o indivíduo, a família é um sistema organizado, com uma estrutura peculiar, canais de comunicação e elementos característicos. Portanto, qualquer evento que ocorre com uma das partes deste sistema atinge o sistema inteiro; sendo a gravidez uma experiência que pertence á família como um todo.

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões : em primeiro lugar, verifica-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis – a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. A grávida além de filha passa a ser mãe. Maldonado(1976).

O mesmo processo de mudança de identidade e de papel se verifica no homem e também a paternidade deve ser considerada como uma transição no desenvolvimento emocional do homem.

Muitas vezes também , a redefinição de papéis poderá contribuir para o "reavivar" de antigos conflitos relacionais:

- a mulher ou o homem podem querer ser melhores do que os próprios pais, ou se sentem incapazes de competir com eles, ou encaram o bebé como um irmão mais novo, rivalizando pelo afecto do pai ou da mãe.

Maldonado(1976), refere que, ao se tentar compreender as complexas vivências da mulher ao longo da sua gravidez é importante ter em conta a interacção entre diversos factores :

- história pessoal da grávida, (que inclui não só a sua história psicosssexual, o seu passado ginecológico-obstétrico, como também o de sua mãe e irmãs).
- contexto existencial da gravidez (se dentro ou fora de um vínculo estável como um homem, se a mulher já passa dos trinta ou ainda é adolescente, se esta gravidez veio após muitos anos de esterilidade ou de episódios de aborto, espontâneos ou provocados);
- características de devolução ou de risco, com ameaça de perda do feto ou perigo de vida para a mulher;
- contexto sócio-económico da gravidez-possibilidade de dispôr de um mínimo de dinheiro e de condições de higiene para criar o filho ou uma situação tão desfavorável que motiva a doacção da criança;

- contexto assistencial-se a mulher recebe assistência adequada de profissionais nos quais confia ou se é atendida de modo precário e insatisfatório.

A adaptação psicológica da grávida ao longo dos nove meses não é igual.

Durante a gravidez surgem os medos, as ansiedades, as queixas e toda uma série de outros sintomas aos quais a mulher se tem de adaptar. Em paralelo às alterações a nível fisiológico são visíveis alterações a nível psicológico. No parecer de Justo (1982) estas alterações são encadeadas teóricamente como fazendo parte de uma sequência de tarefas de adaptação interna e emocional, que devem permitir o desenrolar normal e integrado da experiência biofisiológica, mas também da vivência única de uma mulher se aceitar como um ser que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente diferente e autónomo e do qual se vai separar.

Segundo Colman & Colman (1994) a mulher passa por três fases emocionais durante a gravidez:

- Integração - a mulher começa por aceitar a presença do feto dentro de si, ou seja, tem que assumir a gravidez (1º trimestre);
- Diferenciação - a grávida começa a vivenciar a autonomia do feto, (2º trimestre).
- Separação - a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez, "o trabalho de parto", (3º trimestre).

Para Justo (1990), as características destas fases correspondem à reacção que acontece na personalidade feminina à medida que a gravidez, o feto, se desenvolvem.

Na fase da integração a mulher, tem que aceitar que está grávida : integrar a gravidez dentro de si significa, entre outras coisas, mudar hábitos de vida, preparar a sua pessoa, o seu organismo e a sua família para a chegada do novo ser. Na fase da diferenciação (cujo início, supõe-se, coincide com o início dos primeiros movimentos fetais), "(...) a grávida apercebe-se de que o desenvolvimento do feto segue ritmos e regras próprias e, portanto, é um processo que a futura mãe não pode controlar".

Na fase da separação (cujo início deve acontecer perto do fim do 6º mês, princípio do 7º)" (.....), *associa-se a fantasia acerca das dores e sofrimento que poderão ocorrer durante o nascimento do futuro bebé. Paralelamente ao desenvolvimento psicológico característico da gravidez ocorrem modificações importantes na vida da mulher, e na sua relação conjugal.*"

Muito mais do que valorar o acontecimento gravítico em si mesmo e, a sua importância no equilíbrio e devir da identidade feminina, põe-se a tónica na dimensão existencial da própria continuidade do indivíduo, das sociedades ou da espécie, como pano de fundo da construção de um conceito diádico mãe-criança ; *que antes de o ser , já o era.* Leal, (1997).

1.2. MATERNIDADE

A Maternidade: aparece-nos como um quadro demasiado complexo, não existindo um consenso na literatura consultada. No entanto é necessário recorrermos a diferentes manifestações do papel de mãe noutras civilizações para que se possa entender que a maternidade também é uma actividade multidimensional. Kitzinger,(1978).

Ter um filho é considerado em cada civilização de um modo diferente, ser mãe pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização. A forma de a vivenciar associa-se quer às suas características individuais quer à atmosfera cultural que a circunda (Correia, 1998).

No decurso da História tem-se assistido a várias atitudes ou atributos, relativamente à maternidade.

De início, vivencia-se a égide do Matriarcado; valoriza-se a fertilidade, cujo o seu símbolo servia a Vénus, expressão simbólica da Fecundidade, sendo nestes casos a mulher a exclusiva detentora do segredo da continuidade da espécie humana.

Mais tarde a mulher assume um papel subalterno em que o Homem detém todo o poder e dita as regras.

Durante o século passado o homem continua a ser o mais valorizado, pela via do trabalho-operariado – sector industrial.

O movimento feminino, é também apontado por alguns autores, como um sector que contribuiu para a desvalorização do papel de Mãe – como a emancipação da Mulher implicasse a renúncia de ser Mãe.

Nos nossos dias assiste-se a um significativo regresso a valores e regras ditas tradicionais, assumindo-se a maternidade como um projecto cultural do ser mulher, entendendo homens e mulheres, que a construção do feminino passa pelo materno Alvarez,(1995).

A decisão de ter filhos é algo pensado e repensado; com a proliferação dos anticoncepcionais a/o mulher/casal tem filhos se o quer e quando quer; a maternidade acontece predominantemente num contexto de projecto em conjunto com outros projectos (profissionais, económicos,...).

Paralelamente e após anos de “Planeamento Familiar” a mentalidade relativamente à maternidade/paternidade passou a inscrever-se no seguinte conceito “*um filho se o quiser, quando o quiser*” Faria (1995).

Maternidade não corresponde a um acontecimento biológico, mas a uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica. Envolve prestação de cuidados, envolvimento afectivo... medidas várias. (Correia, 1998).

A maternidade, tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento historicamente determinado. Inscreve-se, deste modo, em padrões de cultura nos quais concepções como “*infância*”, “*qualidade de vida*”, “*direitos e deveres dos cidadãos*” *têm uma importância primordial*. Leal (1990).

Para Badinter, 1980– o amor maternal é algo intimamente complexo e imperfeito, longe de ser instinto é condicionado por múltiplos factores independentes de “boa natureza” ou “boa vontade” de mãe. Seria preciso um milagre para que este amor fosse como se tem escrito. Segundo a mesma autora, defende não só de história pessoal de cada mulher, de oportunidade de gravidez, do seu desejo de criança, de relação com o pai mas também de factores sociais, culturais e profissionais.

Na opinião de Dolto (1981) o sentimento materno, por mais atento e amoroso que seja só é vivificante para a criança quando coexiste na sua mãe com sentimentos conjugais e com interesses culturais e sociais; na sua opinião isto só é possível numa mulher tornada adulta no plano narcísico.

O estilo de maternidade, é uma expressão da cultura e engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e, também com o que é o filho; as atitudes para com ela variam de acordo com as classes sociais. (Kitzinger, 1978).

De uma forma geral, podemos dizer que as expectativas e as atitudes maternas estão relacionadas com dois níveis de factores nem sempre considerados. O primeiro reporta-se, obviamente, à situação da mulher anterior à gravidez e nesse sentido dá conta de expectativas inerentes à sua vivência relacional. A mulher vai preparar-se para ser mãe, projectar os seus sonhos, defesas e ansiedades. O projecto de engravidar, o desejo ou não de ficar grávida, a própria gravidez, envolvem uma necessidade de reajustamento em várias dimensões: mudança de identidade, nova definição de papéis, novos níveis de integração e amadurecimento. (Teixeira; Leal, 1995).

O modo como a mulher vive a gravidez e a maternidade pode relacionar-se com duas ordens de factores. Por um lado uma componente cultural que influencia o sentir e o agir da mulher nesses períodos; por outro lado, os componentes intrínsecos da própria mulher que têm a ver com as suas características de personalidade.

A exigência de uma integração interna harmoniosa entre satisfação profissional, satisfação amorosa e satisfação maternal nem sempre é fácil de conseguir. (Correia, 1998).

Capítulo II- Gravidez e Maternidade Adolescente

A gravidez e maternidade adolescente não é uma questão exactamente nova. Sem recuar a épocas mais longínquas, muitas de nós tiveram avós que foram mães adolescentes e tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos de idade. O que torna a questão mais preocupante e inquietante, hoje em dia, é a inserção sócio-cultural que a adolescente grávida possui; a gravidez, na maioria das vezes não desejada e longe de um planeamento familiar, vem interferir com os projectos da rapariga (muitas vezes, também com o do rapaz), encontrando-a na completa dependência (pelo menos sócio-económico) dos pais. Por outro lado, nas classes sociais mais desfavorecidas, onde a gravidez precoce é frequente, esta vem perpetuar as condições de pobreza e dificultar ou mesmo impossibilitar a diferenciação profissional da adolescente. É o exemplo vivo de fragilidade social do sistema, das suas contradições e incapacidades no plano moral, educativo, designadamente da sua vertente de educação sexual. Almeida (1987).

Em Portugal têm surgido trabalhos de investigação e estudos sobre esta problemática, desde a década de 80; as conclusões dizem-nos que as adolescentes que engravidam e decidem prosseguir com a gravidez pertencem a grupos sociais desfavorecidos e com uma sub-cultura própria, em que os padrões de comportamento e organização familiar diferente da norma social estabelecida (Alves; Fernandes; Nunes e Vasconcelos, 1998).

Portugal ocupa o segundo lugar da Comunidade Europeia em relação à percentagem anual de mães adolescentes, apesar de o número ter tendência a diminuir como se observa pelas Estatísticas da Saúde (INE, 1998) no ano de 1997 o número de partos (de primeiro filho) de mulheres com menos de 20 anos foi de 7,2% do total e destes 22,1% envolveram mulheres abaixo dos 17 anos; 7,403 (6,5%) dos nados-vivos nasceram de mulheres com menos de 20 anos e destes 1,3% tinham menos de 15 anos de idade. Nos anos de 1999 e 2000 nasceram, respectivamente, 7,36% de crianças filhos de mães adolescentes e 7,492, o que equivale a uma percentagem de 6,1% do total de natalidade nacional. Números igualmente confirmados pela Direcção Geral de Saúde. (1999; 2000)

Segundo o estudo de (Almeida, André e Almeida, 1999) - a percentagem de parturientes adolescentes nalgumas regiões portuguesas é mais alta do que a média

nacional. Assim, no Alentejo 9% destas raparigas tiveram o primeiro filho antes dos 16 anos e 14% antes dos 20. No Algarve 6% antes dos 16 anos (tiveram o primeiro filho) e 15% antes dos 20; destaca-se ainda que 17% dos nascimentos ocorridos nos Açores foram antes dos 20 anos da mãe. No Litoral Norte 15% das mulheres teve o primeiro filho igualmente antes dos 20 anos de idade.

No entanto, consideramos importante ressaltar que, as taxas de partos na adolescência, reveladas pelas estatísticas oficiais, escondem o total de gravidezes em jovens, uma vez que não incluem o número de adolescentes que recorre ao aborto. Nos países do Norte da Europa, nomeadamente na Dinamarca, onde o aborto está legalizado, sabe-se que 16% das mulheres que solicitam Interrupção Voluntária da Gravidez (i.v.g.) são adolescentes. Em Portugal, onde a lei não contempla razões sociais. Sabe-se apenas que as adolescentes abortam clandestinamente, com frequência em alturas avançadas da gravidez e em más condições psicossociais e físicas.

Para a diminuição das taxas de percentagem da natalidade resultado de gravidezes precoces, alguns estudos atribuem tal facto a um decréscimo na idade média na vida sexual activa e a uma melhor adesão aos métodos contraceptivos; maior eficácia sobre educação sexual e tal vez maior recurso ao aborto. (Ministério da Saúde, 1997; Canavarro, 2001).

A gravidez e maternidade adolescente é vivenciada e aceite conforme as diferentes culturas em que se integra: há culturas em que a maternidade precoce é não só bem aceite, como desejada, conferindo à rapariga um estatuto de adulta e uma valorização perante o seu companheiro e os seus congéneres; outras terão justificações psicológicas mais ou menos complexas: o desejo de desafiar a família, a necessidade de afecto, ternura e o fantasiar que o conseguirão através da gravidez ou da criança.

Frequentemente a gravidez surge abruptamente, simples resultado da aprendizagem sexual da adolescência que, à falta informação e dialogo se fará á custa de cada um. O acontecimento gravídico irá introduzir um factor de perturbação no quotidiano da jovem acrescido do conflito familiar em que surgem sentimentos de culpa, decepção e acusações mútuas, em que se torna urgente a redefinição de papeis entre pais e filhos.

Ser adolescente e descobrir-se grávida é um choque emocional ou momento de perplexidade que constituem uma sobrecarga psíquica, que por isso mesmo se torna impensável. Oliveira (2000).

É um período que obriga a grandes reorganizações internas e nas relações com os outros. Elas têm que lidar concomitantemente, não só com os desafios das tarefas desenvolvimentais típicos da adolescência, mas também com os stressores associados à gravidez e às tarefas da maternidade que se advinha. (Soares, Marques, Martins, Figueiredo, Jongenelen & Matos, 2001).

À semelhança da gravidez, a maternidade na adolescência é igualmente considerada na literatura especializada, como um acontecimento não normativo que vai exigir ajustamentos psicológicos e familiares, difíceis de serem elaborados e aceites. (Canavarro 2001). A idealização da maternidade e da organização de vida que, nos aparece muitas vezes em raparigas grávidas ou recém mães rapidamente aparecerá transformada numa responsabilidade excessiva em que brevemente a jovem mãe verificará a necessidade de conciliar as exigências de uma criança com as competências características de ser adolescente, (Correia e Alves, 1990), ou dito de outra forma o sonho de ser adulto por vezes transforma-se, quando constata que as responsabilidades a ela inerentes são incompatíveis com as suas necessidades de ser adolescente. No entender dos investigadores, nesta área, a maternidade na adolescência, embora não impossibilite limita as possibilidades de desenvolvimento da mãe e da criança pelo que, se considera a necessidade de prevenir as gravidezes não desejadas, entre os jovens, através da promoção da educação sexual desde cedo, ou sempre, para que seja mais fácil às raparigas e aos rapazes utilizarem contracepção desde o início das relações sexuais, sabendo desde já que os jovens mais esclarecidos beneficiam mais de um contexto afectivo-sexual mais gratificante.

Vasconcelos, (1999) constata igualmente um duplo padrão social, pois quanto mais se avança de um eixo socialmente desfavorecido para um eixo socialmente favorecido, mais se avança de posições tradicionalistas para posições modernistas.

Na eventualidade de uma gravidez a jovem necessita de autonomia que lhe permita formular as questões que lhe surgem em termos não só das definições corporais, mas também das mudanças de vida. Precisa nesta idade ambivalente em que está de encontrar quem a ajude, mas que não interfira no seu pensamento e que possa livremente fazer as escolhas que deseja. E, quantas vezes, não é ela própria a opôr-se em relação a um casamento que sabe condenado ao insucesso e que a família deseja forçar. O casamento não é apenas uma carreira honrosa, no entender de Beauvoir (1981) e menos cansativa do que muitas outras: só ele permite à adolescente atingir a sua dignidade social e integral, e realizar-se sexualmente como amante e mãe. Admite-se,

unânimemente, que a conquista de um marido, em certos casos, de um protector - é para ela o mais importante dos empreendimentos.

O impacto que a gravidez tem em cada uma das adolescentes é diferente consoante a idade, a personalidade, o meio sócio-cultural, o envolvimento afectivo e o suporte social que percebe. Por razões socioculturais, emocionais ou pessoais, gravidez adolescente nunca deixará de existir. Deseja-se, assim que, a própria possa decidir, surgindo a gravidez como uma escolha responsável e não como um acidente percurso.

Leal, (2000) adverte para o comprometimento existente em algumas adolescentes, *"em que a confirmação da feminilidade facilita uma gravidez a que não corresponde depois nenhum projecto de vida, nenhum projecto de ser mãe"*.

Com o presente capítulo propomos abordar o tema adolescência, gravidez/maternidade adolescente numa perspectiva bio-psicossocial.

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência como conceito tem sido objecto de controvérsia.

Como outros conceitos importantes, a mudança da época histórica altera-lhe a perspectiva, enriquece a análise, recria a discussão...

Na sociedade actual a adolescência, (do latim *adolescencia*, ad: para, em direcção a *olescere*: forma incoactiva de *olere*, crescer) é conceituada como um período de transição durante o qual o jovem terá que buscar uma identidade ao mesmo que se adresta para o exercício de funções adultas (reprodução e produção).

Independentemente disto a adolescência é sempre um período de profunda mudança. Até há alguns anos era considerada meramente uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, confundida com as mudanças físicas e psicológicas da puberdade.

A puberdade (do *pubertas* de *puber-adulto* com capacidade de procriar) era recebida pelos povos primitivos com rituais de iniciação que marcavam o ingresso dos indivíduos no mundo adulto, possibilitando e favorecendo modelos de identificação sólidos e incontestáveis. Uma vez "iniciados" os jovens adquiriam deveres, direitos e responsabilidades. A puberdade era definidora de uma identidade sexual e social.

Nos últimos anos vem sendo considerada uma etapa crucial do desenvolvimento humano, por ser a que marca não só a aquisição de imagens corporal definitiva mas também porque nela ocorre estruturação final da personalidade.

Na rapariga, o início da menarca é marcado pela primeira menstruação. Já o seu fim é bastante mais difícil de definir, dependendo da estrutura de personalidade e dos aspectos sócio-culturais em que a adolescente se insere. Correia Alves (1990).

É importante salientar que estamos em presença de modificações biológicas, e isto porque ainda é vulgar confundir puberdade com adolescência. A primeira marca a transição biológica entre criança e o homem maduro, capaz de procriação; a Segunda traduz o processo psicológico de adaptação a essas modificações biológicas e de integração na sociedade adulta a todos os níveis. Vaz,(1991)

Sampaio, (1993), diz-nos que esta época de vida inicia-se pelos acontecimentos biológicos que caracterizam a puberdade e termina com a formação de valores e a identidade que caracterizam a idade adulta.

Os rituais de iniciação no limiar da puberdade nas sociedades mais antigas, marcavam a passagem abrupta da infância à idade adulta.

Hoje, as sociedades industrializadas, associa-se o aparecimento mais precoce da menarca com uma maior dificuldade de obter autonomia social para aumentar os anos vividos na adolescência. Entre estes dois pólos existem cambiantes de comportamento e de papéis desempenhados pela adolescente, de acordo com os padrões de pessoais familiares, sócio-económicos, educativos e culturais que absorveu.

De certa forma, parte-se da turbulência causada pelas modificações físicas para a tentativa de resolução de uma série de problemas psicossociais que caracterizam a passagem para adulto. Em todo este processo há necessidades internas que exigem resposta e tarefas a realizar; ambas estão em interacção com o ambiente e precisam de respostas adaptativas, que podem ser mais ou menos flexíveis.

Os fenómenos biológicos, sociológicos e psicológicos que ocorrem na adolescência são indissociáveis e é o conjunto da sua interacção que confere unidade à transformação adolescente.

Situar o início da adolescência na puberdade é consensual, sendo já bastante controverso o seu término que obedece a factores sócio-culturais, mas que deve ter como adquiridos os valores e a identidade que caracterizam a idade adulta.

É evidente o embaraço dos autores quando se trata em estabelecer, em termo etários um ponto de “início” e de “fecho” desta etapa específica, sendo variáveis os critérios que encontramos na literatura.

A esse respeito alguns autores dizem-nos que: entre a infância e a idade adulta, a adolescência caracteriza-se por um processo de maturação que dá ao indivíduo a possibilidade de adquirir um conjunto de elementos da ordem: psicológica, social, económica e cultural que lhe permitem autonomizar-se em relação à família de origem.

A adolescência representa assim, uma etapa da vida cuja a importância não cessa de crescer. Nesta idade assiste-se a uma interação entre o social e o psicológico, entre a intra história e a exostória, a partir do qual é possível a formação da identidade.

No entender de Leal, (2000), na adolescência, entretanto existe uma triologia bio-psico-social em que tudo é importante e qualquer aspecto pode ser exercitado de tal forma que se transforma em desencadeante de verdadeiras crises.

Na concepção de Maldonado, (1984), a adolescência tal como o climatério e a gravidez, são três períodos de transição biológica determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, receptividade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais intrapsíquicos e mudança de identidade.

Quer isto dizer que podendo nada de especial acontecer em relação a outros momentos da vida, é mais provável que aconteça alguma coisa que mereça menção e atenção especiais, sendo dado que as modificações vividas comprometem todos os aspectos desenvolvimentais do ser.

Algumas questões curiosas sobre a adolescência hoje se levantam; como pista de reflexão: dependência dos pais, super protecção familiar que, se estende até ao término dos estudos, dificuldade de entrada no mundo do trabalho, da chegada plena à autonomia – quando termina a adolescência presentemente?

Agarra e reforma a história de um passado de infância protegida, segura, que embora se soubesse que o não era, parecia definitiva e que, agora, de forma inadiável se transforma de perplexa para um futuro adulto, desconhecido, incontrolável. É esta perda de inocência e descoberta da inevitabilidade do *“segredo da vida que coloca o jovem numa profunda vulnerabilidade e vai fazer dele um ser problemático para o adulto. Por isso, para evitar esta luta, a Bela Adormecida vai entrar em sono profundo, como que por “cem anos” e o menino parte para a floresta para aprender a matar dragões, por “cem*

anos” *para voltar príncipe e poder despertá-la com um beijo*. Santos (1994). Voltando à realidade: esta transformação está intimamente ligada à capacidade de dar resposta às necessidades internas e às novas readaptações externas e dos meios e ajudas do contexto afectivo, familiar e escolar.

Algo deve ficar, de imediato claro: os adolescentes escrevem as suas narrativas de vida sem homogeneidade que só existe nas nossas cabeças, amantes de generalizações, falar de adolescência é cada vez mais um projecto etnográfico – *a quem considera a frase um pico outonal da febre pós-modernista, aconselharia uma viagem pela adultícia dos nossos tempos, transformada em muitas áreas, e nomeadamente na da sexualidade emaranhado de trajectórias individuais; em busca de “el dorados” tão diferentes como a felicidade absoluta, o repouso possível ou a conquista fácil que apaga o narcisismo sem riscos inerentes à intimidade*” ... Vaz,(1996).

É na adolescência que o objecto e os objectos mudam; inicia-se o caminho para a escolha do parceiro sexual como futuro objecto da sexualidade adulta.

Ao ir aceitando a sua genitalidade a adolescente inicia a busca do parceiro dum modo tímido mas intenso; começam os contactos superficiais, os carinhos cada vez mais profundos e mais íntimos – vai-se enchendo a vida sexual do adolescente. Correia e Alves (1990).

-Subitamente, o adolescente sente-se invadido por uma intensa necessidade de amar e ser amado. Intensifica-se o auto-erotismo mas percebe-se que se precisa de outro para amar, partilhar e ter prazer. Iniciam-se as relações sexuais episódicas e passageiras, deseja-se e receia-se a relação estável. Vai-se percebendo a diferença entre “curtir” e “amar”. Reclama-se o direito à liberdade mas receia-se a perda da família protectora.

Esta sucessão de escolhas faz-se de forma flutuante que se ilustra a si própria através da multiplicidade e diversidade de condutas sexuais e comportamentos.

È que a distância que existe entre possibilidades fisiológicas e responsabilização social é de tal forma acentuada, que embora se reconheça que os adolescentes têm uma sexualidade organizada já sob o primado da genitalidade se desconfia sistematicamente das capacidades críticas e do uso adequado dessa sexualidade na relação partilhada com outros. Leal (2000).

A organização estável da identidade sexual é adquirida quando o jovem conseguiu identificar-se de modo permanente com os seus objectivos, ambições, com a sua sexualidade estável e os suas relações com o sexo posto tanto no plano social como individual. Santos,(1994).

A grande mudança do nosso tempo para alguns autores foi a libertação do corpo em relação aos juízes de valor morais, de “pecado” do tabu da sexualidade como algo proibido, feio e culpabilizante. Assume-se o corpo como categoria do belo e do prazer. Esta modificação permitiu aos adolescentes mudar significativamente o seu comportamento sexual e conquistarem níveis mais satisfatórios de relacionamento. Consideramos estas alterações como positivas outras há que, dificultam e confundem os adolescentes nos seus questionamentos internos.

Na década de oitenta o aparecimento da sida surgiu como um grave problema da sexualidade por esta ser a principal via de transmissão de infecção VIH, colocando os jovens numa situação difícil perante aquilo que aparentava uma conquista e um direito definitivo. A SIDA tornou-se assim uma área privilegiada da discussão, sugere uma ética que assume a dependência mútua entre os indivíduos e questiona a competição feroz disfarçada de respeito pelas garantias individuais. Respeito que não é propriamente uma característica da nossa sociedade, ela nega-o por razões de cor da pele, sexo e idade e, os adolescentes sabem-no bem que, certamente é uma dificuldade acrescida aos problemas juvenis.

Acabou-se o sossego no dia em que a sida e a súbita descoberta pública das outras doenças sexualmente transmissíveis obrigaram a que se fizessem campanhas de prevenção em que obrigatoriamente se tinha que introduzir o palavão sexo. O sossego acabou-se nas escolas para os professores, mas também em cada família para os pais e é certo para os técnicos de saúde. Mas para lá dos desenvolvimentos deixam muito a desejar os princípios motivadores que não foram os melhores. A obrigação que sentimos para falar das questões da sexualidade tem a ver com o medo das doenças, com o medo das gravidezes não desejadas com o medo dos projectos de vida ficarem por terra, com o medo...

Com tanto medo até nos esquecemos que os riscos não são aqueles. O perigo é também iniciar um relacionamento sexual vazio de afectividade pressionado pelo parceiro/parceira e iludido por conceitos de sucesso/insucesso que não comprometem a auto-estima e mais tarde uma relação a dois.

2.2 FACTORES CLINICOS ASSOCIADOS

Da revisão bibliográfica realizada, observamos que a maioria dos autores são unânimes em que o fenómeno da gravidez adolescente é acima de tudo um problema social. No entanto, não deixa de ser também preocupação dos técnicos de saúde os factores clínicos que estão associados a uma gravidez adolescente.

Encontrando-se a adolescente numa fase activa do seu desenvolvimento físico, a gravidez poderá contribuir para alterações significativas. Para o mesmo momento convergem duas fases do crescimento com dois tipos de alterações: as próprias da adolescência e as próprias da gravidez. Situação que terá repercussões no bem estar físico e psíquico da jovem. Enquanto grávida sofre pelas transformações corporais a que está sujeita *“aumento de depósitos de gordura nas ancas e coxas e uma alteração da substância fundamental do tecido conectivo que leva ao aparecimento das estrias gravídicas. Também o aumento da secreção de estrogénios provoca, por seu turno, um aumento de produção da hormona estimulante dos beta-melanócitos, de que resulta uma hiperpigmentação das aréolas mamárias e das zonas descobertas da pele, especialmente da face – a máscara gravídica o “pano” da gravidez.....*

O período crítico é o salto do crescimento , salto tão importante que vai contribuir para cerca de 25% da estatura definitiva. Almeida,(1987).

Não existindo sempre uma correlação rigorosa entre a menarca e o salto de crescimento. As raparigas que têm a menarca mais cedo ficam com uma estatura definitiva inferior às que amadurecem mais tarde e estão aptas a conceber mais cedo, sendo situações de maior risco. A gravidez eleva o nível de esteróides o que vai provocar um precoce encerramento das metáfises e redução da estatura geneticamente determinada.

Silva, (1992), defende que a questão do compromisso estatural destas raparigas permanece completamente em aberto uma vez que a literatura sobre a matéria é ainda contraditória. Para este obstetra a gravidez antes dos 16 anos poderá contribuir apenas para a prevenção da neoplasia da mama. Indica como consequências negativas da sexualidade adolescente e, a nível ginecológico, as doenças de transmissão sexual e as displasias cervicais (devido á imaturidade do epitélio e da citologia cervical) uma vez que o epitélio cervical só atinge a maturidade dois anos após a menarca.

Fruto de um conjunto de factores, dos quais sobressaem o abaixamento progressivo da idade fértil e o início mais precoce da actividade sexual, a gravidez na adolescência foge com frequência à vigilância e acarreta maiores riscos para a mãe e filho.

A vigilância, quando é feita, é em regra mais tardia e nem sempre com a eficiência da praticada na grávida adulta.

Os défices nutritivos, a hipertensão gravídica, o parto prematuro e o baixo peso dos R.N. com consequente aumento da morbilidade materna e fetal, são alguns dos problemas mais frequentemente encontrados nas adolescentes. Aroso(1988).

A este propósito diz-nos (Correia e Alves, 1990) que independentemente do contexto sócio-cultural de que provém a jovem, e dos aspectos psicológicos implicados na situação, considera-se que se trata sempre de um grupo com risco-pré-natal acrescido por:

- o número elevado de raparigas que recorre ao aborto clandestino;
- a quase totalidade das gravidezes serem não planeadas sem ter sido feita prevenção de concepção de factores de risco para a mãe ou para o feto;
- a grande maioria das adolescentes iniciaram cuidados pré-natais tardios, impossibilitando a detecção e correcção precoce de estados patológicos e por vezes impedindo a determinação precisa de idade gestacional;
- a existência de défices nutricionais acentuados pelas maiores necessidades na adolescência e maus hábitos alimentares;
- a frequência de doenças de transmissão sexual, sendo a adolescente renitente à efectivação do tratamento;
- enfim, ao desconhecimento da jovem em relação às alterações de gravidez normal ou patológica, neste caso não procurando a tempo intervenção médica adequada;

Entre os fenómenos inerentes à idade materna que concorrerem para desfechos com o atraso de crescimento intra-uterino, baixo-peso ao nascer e parto pré-termo, salientam-se a imaturidade fisiológica materna, e a competição materno-fetal de nutrientes (Silva, 1992). Igualmente se discute em que medida factores quase sempre desfavoráveis associados à gravidez na adolescência (meio económico desfavorecido, maus cuidados pré-natais) poderão condicionar ou mesmo agravar o crescimento materno.

Um estudo envolvendo 681 jovens, com idades iguais ou inferiores a 19 anos, que tiveram o parto no Hospital Geral de Santo António (HGSA) durante um período de 5 anos, correspondendo a 7,6% do total de partos, revelou, em relação à população/controlo, um aumento de casos de eclampsia, (1,32%) de partos prematuros (7,19%) e de RN com baixo peso (8,9%). Aroso,(1988).

Também para Correia & Alves (1990) o risco obstétrico prende-se com um aumento de incidência de parto pré-termo, hipertensão gestacional e risco de baixo peso detectando e corrigindo as causas possíveis de prevenção ou correcção e/ou iniciando tratamento precoce.

Num estudo retrospectivo realizado por Viseu e Nóbrega (1983) em 252 mães adolescentes, concluíram que entre elas existiu taxas altas de hipertensão durante a gravidez – 35% - e de partos pré-termo - 10,3%.

Alguns investigadores nesta área mencionam que as mães adolescentes têm um risco maior que as mães com mais de 20 anos de problemas com a gravidez, tais como trabalho de parto prematuro, anemia e hipertensão. Estes riscos são ainda maiores se tiverem menos de 15 anos de idade.

Gravidezes ocasionais, abandono escolar precoce, problemas familiares, abandono por parte dos namorados, responsabilizações excessivas para a idade, são factores que favorecem um estado depressivo e de conflito que se vai repercutir na evolução da gravidez como a dificuldade em procurar um serviço de saúde onde mais uma vez é preciso explicar e ouvir o que nem sempre se quer ouvir- são alguns aspectos que poderão contribuir para o início tardio da adesão a cuidados pré-natais e, ao elevado número de gravidezes não vigiadas nesta faixa etária.

As adolescentes têm frequentemente maus hábitos alimentares, dificuldade a aderir à medicação prescrita acrescido de muitas vezes fumarem e terem hábitos alcoólicos, agravando os riscos e a possibilidade de a criança nascer com problemas de saúde. Aliado ao facto de as mães mais novas necessitarem de um número elevado de calorias e nutrientes .Esta restrição de alimentos conduz a problemas de desenvolvimento para o feto que se induzem em recém-nascidos de peso insuficiente.

Parece-nos ser uma questão consensual e partilhada pelos autores que a partir do momento em que os técnicos de saúde se confrontam com uma adolescente grávida nada mais lhes resta senão tentar conseguir que os cuidados pré-natais sejam o mais precoces e regulares possíveis, porque como o afirma (Silva 1992) *"como é óbvio, a situação pré-concepcional não é susceptível de qualquer modificação clínica"*.

2.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

“Estávamos perante uma adolescente de 12 anos de idade, grávida de 10 semanas ..., a gravidez foi resultado de uma relação ocasional, com um indivíduo de 19 anos de quem desconhece o paradeiro...

Evidencia grande preocupação e ansiedade pelo facto de estar grávida, ...

A gravidez traz-lhe grande inquietude e grande repercussão na dinâmica familiar ... filha de pais separados, reside com os irmãos, a mãe e o padrasto num bairro de lata nos subúrbios de Lisboa. Frequenta o 5º ano de escolaridade...

Não mostra qualquer indício de um projecto de maternidade... a sexualidade é vivida de um modo imaturo, sem capacidade de antecipação das consequências – um modo característico dos 12 anos de idade.

Estamos perante um situação psico-social de grande carência socio-económica e de fracos recursos familiares agudizada com o aparecimento da gravidez”. (Xarepe, Lavinha, Correia e Alves, 1998)

É posição unânime entre os investigadores sobre a gravidez e maternidade na adolescência que estamos perante um problema iminentemente psicossocial: sendo mais frequente nas classes sociais mais desfavorecidas. Opinião partilhada nos estudos de Vasconcelos (1998), que constata na sua investigação que a situação de gravidez indesejada se verifica mais nos escalões sociais desfavorecidos e/ou junto das jovens detentoras de níveis de escolaridade mais baixos. A probabilidade de uma jovem de status alto ter uma gravidez indesejada é quatro vezes menor do que a probabilidade de tal acontecer a uma jovem de status baixo. Por outro lado e, relativamente à escolaridade, a discriminação ainda mais se acentua. Uma rapariga com apenas o ensino básico tem sete vezes mais probabilidades de ficar grávida sem o desejar do que uma outra que tenha alcançado graus de escolaridade pós-secundários.

Durante os anos de 1997/98 das trezentas adolescentes que foram acompanhadas pelo Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa 48,7% eram raparigas com grandes carências económicas e 46,4% possuía apenas o mínimo para viver. Sómente 4,7% da amostra usufruía de uma boa condição sócio-económica. 54% das adolescentes, não possuía qualquer tipo de ocupação e 90,4% das grávidas que fizeram parte do estudo solicitaram apoio social durante e após a gravidez. Xarepe (2001).

Os problemas da gravidez na adolescência para além de envolverem certos riscos para a saúde da mãe e do filho, traduzem-se por desvantagens sociais e de educação do passado e para o futuro da jovem mãe.

A ausência de uma educação sexual adequada; a desestruturação familiar; os problemas sociais e económicos, bem como o duplo esforço de ter que conciliar as tarefas da adolescência com as exigências de uma gravidez são alguns factores que contribuem para que a gravidez na adolescência seja um problema social, não se vislumbrando num futuro próximo uma melhoria, devido à ineficácia e escassez das políticas orientadoras de intervenção dirigidas essencialmente aos jovens e suas famílias. Sampaio (1997), chama a atenção para o facto de que só uma alteração qualitativa do nosso quotidiano poderá mudar várias questões tal como a exclusão social. A indefinição familiar de pobreza e marginalidade, sobretudo nos meios suburbanos contribui em grande medida para uma sociedade virada para uma economia de consumo juvenil, insegurança no ambiente, escolas vazias de conteúdos educativos e famílias cada vez mais disfuncionais à qual a gravidez precoce não escapa. A prevenção jamais poderá se esquecer, tornando-se a melhoria dos cuidados pré-natais cada vez mais premente.

A maioria das adolescentes grávidas atendidas em 1993, no Hospital de S. João no Porto, não trabalhava e somente 10% delas se mantinha na escola. Verificou-se também que 10% das adolescentes eram analfabetas. A grande maioria apenas possuía a escolaridade básica (Ferreira, Costa, Bragança, Leite, 1998).

Nos estudos de Cidrais, Gomes, Araújo, Areias e Rocha, entre 1983 e 1984, na Maternidade Júlio Dinis, no Porto, 62,7% das grávidas adolescentes não tinham qualquer ocupação profissional. Estas jovens frequentam, muitas vezes, escolas com menos recursos, pertencem a turmas de alunas com menos aptidões, estão sujeitas a menor estimulação e/ou mesmo catalogação negativa, por parte dos professores (Canavarro, 2000).

Mesmo nos casos que se apresentam emocional e socialmente como aparentemente mais favoráveis – sub-grupos em que a gravidez é tolerada ou mesmo aceite e/ou em que o casal decidiu voluntariamente o momento da gestação- a gravidez e maternidade na adolescência constituem fenómenos que, no seu cômputo geral, não facilitam à jovem mãe e ao jovem casal uma possibilidade de realização individual e social. (Silva, 1992).

Na investigação de Lourenço (1998), constata-se que nos E.U.A. as taxas de gravidez adolescente são superiores entre as raparigas de cor, classes sociais baixas. Sendo a pobreza um preditor especialmente forte da gravidez na adolescência. Muitas adolescentes pobres têm um sentimento de fatalismo, passividade e mesmo prazer em virem a ser mães. As adolescentes afro-americanas e hispano-americanas, muitas delas pobres, têm duas vezes mais do que as brancas a probabilidade de ficarem grávidas. *Fala-se amiúde e com razão, de falta de informação e da dificuldade ou inacessibilidade aos métodos contraceptivos. Fala-se amiúde, e, com razão, de falta de educação sexual, de baixos níveis de comunicação pais-filhos e de famílias disfuncionais. Fala-se pouco, mas com óbvia razão, do facto de a pobreza constituir como factor de risco para tudo, incluindo a gravidez e maternidade na adolescência.* Leal (2000).

A gravidez e a maternidade na adolescência, nos meios sócio-culturais desfavorecidos, surge como forte potencial de maior satisfação do que os classe mais favorecidas. Dir-se-ia que, por mais precocemente iniciarem as incursões na vida adulta (através de coabitação, do abandono escolar e de inserção no mundo do trabalho), estas adolescentes anseiam pela maternidade que definitivamente lhes conferirá o estatuto de adultas (Vilar, Gaspar, 1999).

O contexto de existência muitas vezes associado à maternidade na adolescência é desfavorável sob diversos pontos de vista, sendo particularmente nefasto o efeito as seguintes circunstâncias adversas: baixo nível sócio-económico; baixo nível educativo e monoparentalidade. Estas condições de desvantagens podem contribuir para os efeitos adversos que se observam nas crianças em consequência da maternidade na adolescência.

Alguns autores, no entanto, alertam-nos para o facto de que algumas mães adolescentes possam ser capazes de lidar adequadamente com a situação de a maternidade acontecer na adolescência.

A vivência de maternidade adolescente, na adolescência, não determinaria mais dificuldades psicológicas para além das dificuldades psicológicas que a vivência de gravidez e do pós-parto pode acarretar por outras mulheres que vivem em condições psicossociais desfavoráveis. Figueiredo (2000).

2.3.1 A FAMÍLIA

É importante salientar que a adolescente não é a única pessoa para quem a gravidez não desejada é problema.

Para a família também esta gravidez constitui uma grande “fonte” de tensões sociais, culturais e económicas.

Principalmente no início da gravidez, a dificuldade de aceitação/adaptação à nova situação, por parte da família pode levar a jovem e um certo descontrolo emocional e à vivência de um sentimento de abandono (Xarepe, 2001).

Considera-se de extrema importância o apoio familiar, estas situações de gravidez e maternidade adolescente, uma vez que as dificuldades vão persistindo, acentuando-se a necessidade de apoio com o nascimento da criança .

Mesmo quando parece existir uma aceitação de gravidez por parte das famílias das adolescentes, a notícia é, na maioria das vezes, recebida com tristeza. É o desgosto, a surpresa e a expressão de moral sexual reprovada. A preocupação parece residir mais do que na gravidez em si, na situação que dela decorre idealmente: o perfilhar da criança que vai nascer e as condições económicas de sobrevivência. De facto, o que parece preocupar as famílias das adolescentes é a situação social em que a adolescente ... até depois de o bebé nascer, tanto no que diz respeito à sobrevivência económica, como em relação à sua honra e reputação (Vilar & Gaspar, 1999).

Muitas destas famílias possuem dificuldades de vária ordem tais como: materiais, afectivas e sociais.

É também visível a dificuldade de comunicação entre os pais e as adolescentes; ausência ou rigidificação de regras familiares. Falta de definição de papéis, flexibilidade de adaptabilidade à nova situação (gravidez) o que vai levar no momento a que a família entre em ruptura e crise.

Daí o facto de muitas vezes pais e filhos pedirem ajuda.

Os pais das adolescentes, mesmo que não aceitem de início a gravidez, acabam por, ainda que a prazo, ingerir o neto na lógica e nas afectividades familiares (Vilar & Gaspar, 1999).

A gravidez e maternidade adolescente apresenta-se na maioria das situações, como um quadro de desequilíbrio individual e familiar que apela à necessidade de apoio do

exterior com vista à promoção de um novo equilíbrio; será necessário promover um reajustamento psicossocial quer na adolescente quer na sua família.

Nos anos de 1997/98 das trezentas adolescentes acompanhadas em 30% das famílias das grávidas/ mães adolescentes houve necessidade da intervenção psicossocial. Não tendo apoio familiar 26,8% das grávidas estudadas.

Em 10,9% existiam hábitos aditivos na família; 45,7% das famílias possuíam agregados familiares numerosos e 45,4% das famílias eram monoparentais (Xarepe, 20001).

Para alguns sistemas familiares, acontecimentos de impacto sócio-emocional marcado, como por exemplo: o desemprego, a imigração, a gravidez numa adolescente, podem implicar o confronto com uma situação crítica para a qual a família não possui recursos suficientes que lhe permitam enfrentá-la; isto porque nem todos os indivíduos, nem todas as famílias têm uma mesma flexibilidade, uma mesma capacidade de adaptação à mudança que lhes permita evitar a ruptura face a uma “ameaça grave” (Correia, 1995).

O movimento centrífugo de maior afastamento e autonomização característico da adolescência, é limitado pela situação de gravidez. Para além da dependência e responsabilidade por tomar conta de terceiros, isto é, do bebé, a jovem torna-se habitualmente mais dependente do apoio emocional e instrumental da família (Canavarro, 2000)

Se não existir um bom suporte-sócio-familiar neste período (gravidez/maternidade adolescente) a adolescente encontra-se em risco de falhar nas sua “funções” de adolescente, ou constituir família estável, de auto-estruturar-se e estabelecer boa relação mãe/filho .

Vários estudos referem que a maior parte da vida relacional da adolescente, durante e após a gravidez continuar a decorrer no ambiente familiar de origem. Após o parto, 58% das situações estudadas, de grávidas adolescentes na MAC, continuaram a viver em casa da família de origem (Xarepe, 2001).

Apesar de trazer algumas vantagens para a jovem a mãe, este envolvimento e dependência familiar poderá dificultar a resolução das tarefas desenvolvimentais e de autonomização que como todas as mães a adolescente terá que realizar .

Alguns autores consideram que a família labirintos *é o porto de abrigo onde se pode sempre reabastecer os depósitos de confiança, de serenidade e de energia para continuar. Por isso, sem o apoio e encorajamento da família o caminho é mais penoso, com mais labirintos e pode mesmo não se encontrar saída.* Bouça, (1997).

2.3.2 O NAMORADO/O COMPANHEIRO/O PAI DA CRIANÇA

Como já afirmámos a gravidez/maternidade adolescente, contribui para um abandono escolar precoce, baixa qualificação profissional e muitas vezes para uma ausência de um projecto de vida definido.

O único objectivo que parecem possuir é o de autonomar-se através de o aparecimento de uma gravidez e o contrair casamento de forma prematura com grandes possibilidades de insucesso.

Vários estudos parecem confirmar que, igualmente os namorados ou companheiros das mães adolescentes : têm tendência para serem mais pobres e provenientes de famílias onde já houve grávidas adolescentes; - estes rapazes abandonam ou atrasam os estudos. Entram precocemente no mercado do trabalho e, são mais velhos que as raparigas. (Palma,2000; Xarepe,2001).

Palma (2000) num estudo efectuado a 31 rapazes, que acompanhou a sua namorada ou companheira à consulta de adolescentes grávidas da Maternidade Alfredo da Costa; verificou, também, que a maioria destes rapazes eram adultos jovens, possuindo profissões indiferenciadas na área da construção civil.

Quanto à escolaridade 16% possuem o 4º ano de escolaridade e, apenas 29% tinha a escolaridade obrigatória.

A investigação empírica tem demonstrado a importância da relação interpessoal da adolescente com o companheiro.

As mães adolescentes que têm uma boa relação com o seu companheiro ou cônjuge , demonstram mais consistência emocional, maior prazer na tarefa parental e uma interacção mais adequada ao bebé. As raparigas com bom apoio por parte do companheiro são significativamente menos rejeitantes e punitivas nas suas práticas educativas, do que aquelas que não têm apoio. Soares & Jongenelen (1998).

No entanto a experiência dos técnicos de saúde da Maternidade Alfredo da Costa, refere que: aparecem geralmente, sózinhas ou com uma amiga, são lacónicas,... 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 assumpção da paternidade pelo parceiro (Xarepe (2001).

Para os que não conseguem uma união de facto ou casamento a gravidez torna-se mais difícil de aceitar, isto porque a gravidez extra-matrimonial, ainda é, actualmente, motivo de marginalização e estigmatização da nossa cultura; constituindo um forte factor de pressão sobre a adolescente, promovendo desajustes graves, em termos emocionais e sociais.

Apesar de o direito à paternidade estar legislado Xarepe (2001) observa que que 15% dos indivíduos que mantiveram relações com as adolescentes, não assumiram a paternidade e 13% estava indeciso.

Os rapazes crescem actualmente num vazio no que diz respeito á intimidade e à sexualidade. Os meios de comunicação tendem a criar imagens irrealistas ou bastante negativas da sexualidade masculina, não contribuindo para o desenvolvimento da identidade masculina e auto-estima do rapaz. Os pais não constituem sempre uma fonte de apoio, em parte por não terem aprendido a discutir assuntos íntimos ou porque os pais não são sempre a pessoa indicada a quem recorrer. Evertt Ketting (2000).

As pressões familiares por parte das famílias dos jovens futuros pais, podem, no entanto, não ser explícitas ou sequer verbalizadas.

A interiorização dos valores transmitidos pelo seu processo de socialização pode orientar as suas decisões.

A decisão de assumir a paternidade parece ter, para os rapazes a condição social elevada, consequências mais dramáticas: aqui equacionam-se perdas e ganhos em termos de liberdade de escolha, amizades, diversidades afectivas, investimento escolar.

Surge o medo e a vontade de alheamento da situação (traduzida em afastamento) em virtude, não só das já referidas estratégias de vida que temem goradas como o nascimento do filho, como também de pressões familiares. Este alheamento é facilitado pela impossibilidade de ser o pai a carregar o bebé. (Vilar & Gaspar, 1998).

O afastamento do pai da criança parece-nos ser legitimado pelo esteriótipo vingente relativo à paternidade: às mulheres/mães compete os cuidados às crianças, que se iniciam na gestação e, ao homem compete mandar e impôr respeito. Ciente disto, pode ser mais fácil ao pai da criança afastar-se ou porque não se sente envolvido afectivamente ou, porque o que lhe acenam do outro lado (os amigos, um curso, o futuro...) o “empurram” para uma escolha desigual.

Os medos de assumpção da paternidade podem traduzir-se quer, numa fuga às responsabilidades inerentes à paternidade, quer na ruptura afectiva com mãe do bebé o que poderá tornar, a gravidez mais pesada de suportar.

2.4 LONGE DE UM DESEJO

Independentemente das causas ou “motivações” que levam ao surgimento de algum modo inesperado de uma gravidez precoce, ela implica sempre a tomada de uma decisão por parte da jovem grávida:

- prosseguir a gravidez e ficar com a criança;
- prosseguir com a gravidez e dar a criança para adopção;
- interromper a gravidez.

Segundo Correia (1995) qualquer das decisões implica uma decisão para a qual a adolescente não está preparada.

Das trezentas grávidas adolescentes que foram acompanhadas na Maternidade Alfredo da Costa, durante os anos de 1997/ 98, 78% das grávidas não desejou nem planeou a gravidez. Em 8% das situações, as adolescentes rejeitaram a gravidez; 4% desejou ser mãe, mas não planeou a gravidez para o momento e 10% desejou e planeou a sua gravidez. Xarepe (2001).

Face ao exposto propomos abordar os dois últimos pontos, mencionados anteriormente que “obriga” a adolescente grávida a tomar uma decisão face ao projecto da gravidez e maternidade, que são a interrupção voluntária de gravidez e a adopção.

2.4.1 INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Durante muito tempo na Europa, as legislações relativas ao aborto promulgaram anos a sua interdição.

No entanto, as consequências humanas, sanitárias, económicas dos abortos clandestinos desencadeados por gravidezes não intencionais ou indesejadas, obrigaram a uma progressiva necessidade de legislar a prática do aborto sob determinadas condições e a promover o planeamento familiar bem como a divulgação dos métodos contraceptivos, tentando assim fazer baixar as taxas de interrupção voluntária de gravidez.

Após uma onda de liberalização do aborto na Europa Oriental, iniciada na Rússia que autoriza em 1920 o recurso ao aborto a simples pedido da mulher, restringindo-se entre 1936 e 1955, projecta-se então pelos países vizinhos, segue-se um

período de algumas, restrições, variáveis de país para país. Os países da Europa Ocidental iniciam este processo em finais de década de 60 e durante os anos 70. Assim, se na Europa do Norte e Ocidental, no pós II Guerra Mundial, o aborto legal era muito raro; actualmente o aborto sistematicamente proibido é uma excepção, embora nenhum país da Europa autorize o recurso ao aborto sem condições.

Em Portugal, a legislação data de Maio de 1984, revogada mais tarde pela Lei n.º 90/97 de 30 Julho, onde exclui a maior parte dos posicionamentos favoráveis à possibilidade de recurso à Interrupção Voluntária de Gravidez (i.v.g.), só aceitando a sua realização por motivos graves de doença da mulher grávida ou do feto e, nos casos de violação e outros crimes contra a autodeterminação sexual. É desconhecido o número de interrupções de gravidezes realizados, não só pelo seu carácter clandestino da maioria destas mas relativamente às situações previstas na legislação em Portugal, por não existir registo permanente de abortos, ainda que a O.M.S. tinha recomendado em 1971 aos países que pretendiam legalizar o recurso ao aborto, a inclusão na lei da obrigatoriedade de declaração das intervenções. Contudo sabe-se que em Portugal, mais de vinte mil mulheres abortam, por ano, sendo a segunda causa de morte materna e a primeira em adolescentes, Santos (2001).

Será que haverá uma relação directa entre a legislação adoptada nos vários países e a incidência do aborto? Tem-se verificado que a sua proibição não é acompanhada por uma descida significativa da taxa de abortamentos e ao mesmo tempo observa-se que elevado número deles originam alterações na situação da saúde da mulher: infertilidade e morte.

Na Suécia em que a lei vigora desde 1975 (Lindahal, 2001), e que permite à mulher que tome a sua decisão até à 18ª semana, não tendo que invocar razão para o efeito. A última mulher a morrer (por i.v.g.) foi em 1975 (Lindahl, 2001). O número total de abortos realizados em 1999 foi aproximadamente entre 30 a 700, este número mostra uma baixa de interrupções de gravidez 1% (por 1000 ,mulheres) relativamente ao ano de 1998.

No entanto, as adolescentes mais novas têm um resultado diferente que equivale a uma taxa de 3%. Antes dos anos de 1970, na Suécia, calcula-se que o recurso ao aborto por parte das adolescentes era frequente, mas devido ao facto de serem ilegais, não havia registos, no entanto as consequências observavam-se nas enfermarias de ginecologia dos hospitais. Por exemplo, um grande hospital de Estocolmo usava 50%

dos seus recursos de enfermagem de ginecologia para tratar complicações resultantes de abortos não seguros (Lindahl, 2001).

A partir de 1975, com a legalização do aborto a taxa de i.v.g. começou a descer em adolescentes, bem como de nascimento devido muito provavelmente ao programa de prevenção.

Adolescentes de todos os níveis de rendimento- têm acesso ao aborto seguro. Actualmente, assiste-se também a uma subida de idade dos pais, relativamente ao nascimento do primeiro filho, e após projectos de vida definidos (finalização dos estudos e entrada no mercado de trabalho).

Em Portugal, a lei portuguesa não reconhece a nenhuma mulher autonomia ou direito de escolher livremente, numa questão tão importante como é a sua fecundidade ou maternidade responsável.

A prática do aborto não discrimina classes sociais nem crenças religiosas, no entender de Alves (2001) *"as portuguesas maioritariamente católicas, fazem abortos há centos de anos: a fé não as demove frente a uma gravidez intolerável"*. Considera-se que não se pode julgar o direito de planejar e decidir a vida, de se ter filhos que se desejam ou ainda a decisão de não ter filhos que se desejam mas que não se tem condições de ter. Não se aborta de ânimo leve. Num estudo realizado em 103 situações internamento em ginecologia, por i.v.g. no Hospital de St. António, no ano de 1987, verificou-se que em 59,6% das situações as mulheres não desejavam ter mais filhos por razões diversas: 35,4% por práticas inadequadas de métodos contraceptivos; 17,3% devido a dificuldades sócio-económicas (más condições habitacionais, instabilidade profissional; viverem sozinhas...)

Nas restantes situações foram apresentados como motivos: alteração na relação com o companheiro (7,6%); espaço de tempo reduzido relativamente à gravidez anterior (5,7%); razões médicas não esclarecidas (7,5%); gravidez extra conjugal (1,9 %).

Quanto à idade destacou-se o grupo etário entre os 14 – 19 anos de idade. Quanto à ocupação profissional são maioritariamente trabalhadoras não diferenciadas (54%) e operárias (27,1%). Na sua maioria as situações estudadas eram provenientes de estratos sócio-económicos baixos. Miranda, (1995).

Facto que é igualmente comprovado na investigação Vasconcelos (1998) em que se observa que as interrupções voluntárias de gravidez (i.v.g.) na adolescência se verificam nos grupos sociais mais desfavorecidos, quer em termos de "status sociais" quer de detenção de "capitais escolares". Uma jovem de "status" baixo tem

probabilidade de vir a abortar três vezes mais do que uma jovem de “status” alto. Da mesma maneira, uma jovem apenas com o ensino básico tem quatro a sete mais hipóteses de abortar que uma jovem com qualquer outro nível de ensino superior ao básico. O repúdio da possibilidade de vir a abortar, por parte das mulheres que nunca o fizeram, não está homogeneamente distribuído pelas diferentes categorias sociais. Verifica-se no estudo de Vasconcelos (1998) que apesar de existirem sempre mulheres que contemplam essa possibilidade, a percentagem das que o fazem é mais elevada nos grupos etários dos 15 – 17 anos de idade. Igualmente se constata que quem mais está disposto a admitir tal possibilidade (i.v.g.) é quem menos declara praticá-la, sendo as mulheres com escolaridade pós-secundária ou de classe social alta, quem mais afirma admitir que uma i.v.g. possa acontecer no seu caso pessoa. No entanto, são as mulheres de classe baixa que têm mais necessidade de recorrer frequentemente ao aborto, porque mais frequentemente engravidam sem o desejar; o que indica dificuldades, por parte destas mulheres em controlar e programar a sua reprodução, o que por sua vez contribui para a exclusão social.

Igualmente num estudo realizado no ano de 1997, pela Associação para o Planeamento da Família (A.P.F.) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa, a 150 mulheres que recorreram ao aborto, conclui que:

Em todos os casos, as gravidezes foram indesejadas e ocorreram devido à má utilização de métodos inseguros (coito interrompido, calendário, espumas...); ou ao não uso de método contraceptivo; amamentação; descanso de pílula.... Os motivos porque abortaram foram:

- * a falta de condições
- * o ter um filho recentemente
- * motivos de saúde da mulher ou do cônjuge
- * instabilidade conjugal
- * serem muito jovens

Para todas as mulheres que constituíram a amostra o recurso ao aborto é considerado um acto negativo, que no entanto é aceitável pela maioria das circunstâncias precisas. Apenas numa única situação o aborto foi encarado como uma forma natural de controle de fecundidade (Vilar, 2001).

A actual lei portuguesa relativamente à questão da i.v.g. é ineficaz enquanto instrumento de dissuasão para muitas e muitas mulheres que o praticam, por razões que só a elas diz respeito. A lei atenta- contra a dignidade de todas aquelas que o praticam e

não desejam naquele momento da sua vida ser mãe, ou se vêem impossibilitadas por várias razões (sociais, económicas, emocionais...).

É fundamental lembrar que o aborto clandestino é um problema de saúde pública pondo em risco aqueles que o praticam, porque se vêem obrigadas a realizá-los clandestinamente em más condições sanitárias...

Para Cosme e Leal (1998) *são inúmeros os motivos que levam uma mulher a não desejar engravidar, assim como são inúmeros os motivos que a levam a desejá-la.*

Na generalidade a i.v.g. é considerada como uma resposta possível a uma gravidez indesejada pela mulher, situação que se constitui também como um acontecimento de vida importante e que acarreta quadros sintomáticos de: ansiedade persistente; insónias; sentimentos de culpa; depressão....

Os estudos revelam que a maioria das mulheres que decidiu fazer i.v.g. apresenta no pós-aborto uma maior intensidade de emoções positivas como o alívio e bem-estar.

2.4.2 A ENTREGA DA CRIANÇA PARA A ADOPÇÃO

As histórias que se cruzam com uma gravidez adolescente podem ter “finais” muito diferentes; real abandono, adopção, violência, morte. Afinal, só amamos quando o podemos fazer. Ter um filho é senti-lo, é ter dentro de nós um lugar para ele. (Lourenço, 1998).

Em geral, estar grávida representa para a mulher um grande esforço físico e psicossocial. Esperar um filho é, para cada uma, um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade.

Entregar uma criança para adopção não é um acto isolado de adolescente, envolve toda a constelação familiar, num longo e complexo processo de desinvestimento e desinteresse .

Num estudo realizado entre os anos 1990 e 2000, no serviço social da MAC com 2100 raparigas grávidas entre os 12 e os 18 anos de idade; 32 destas adolescentes tinham durante a gravidez como projecto para a futura criança que iria nascer – a adopção. No entanto após o parto 20 adolescentes concretizaram o seu pedido inicial (adopção) e doze assumiram o filho. Xarepe (2001). O que nos parece que, raramente as adolescentes grávidas tomam a decisão em consideração – a adopção

A baixa proporção de grávidas adolescentes que entregam o seu bebé para a adopção é muitas vezes atribuída á maior acessibilidade ao aborto, no entender de alguns autores.

Assumir uma criança na adolescência significa para as adolescentes grávidas, queimar etapas fundamentais que nunca mais poderiam retomar.

A descoberta do prazer e da troca de afecto com os seus pares desvanece o desejo único e antigo do carinho recebido até aí; para dar lugar à experiência única e intransmissível de entender e viver o amor.

No seu estudo, sobre mães adolescentes que tiveram como projecto entregar o filho para adopção, Xarepe (2001) diz-nos que as que decidiram entregar a criança para adopção, eram raparigas, na sua maioria, com o projecto de vida definido, escolaridade adequada à idade e pertenciam a um meio social não carenciado.

Nesta altura da sua vida, as adolescentes que consentiram na adopção sabiam que esse passo devia ser de crescimento e adaptação à transformação.

Começam a definir-se motivações para a escolha de uma profissão, que em princípio se prolongará para toda a vida.

Esta decisão mesmo que com clara motivação, não exclui o sofrimento, é sempre um momento difícil de separação e forte emocionalmente, que não põe em causa a decisão já tomada, nem deve indiciar qualquer recuo; constatamos que a adopção é muitas vezes o único meio de quebrar uma cadeia geracional de famílias díssociadas. (Seabra Diniz, 1993).

A entrega de uma criança para a adopção está consagrada no Decreto Lei nº 185/93 de 22 de Maio em que no artigo 1981 alínea c) refere que: os pais do adoptante, ainda que menores, e mesmo que não exerçam o poder paternal poderão dar o seu consentimento para a adopção. No entanto a sociedade dificilmente reconhece a uma mulher o direito de não querer ser mãe ou quando grávida, afirmar que não se sente capaz de assumir a paternidade e, deseja delegar noutros a sua autoridade parental.

Há que ter em consideração que o amor maternal não se encontra inscrito na profundidade da natureza feminina. As atitudes maternas, o interesse e a dedicação à criança ora se manifesta ora não.

Assim, será em função das exigências e dos valores dominantes de uma determinada sociedade que são determinados os papéis respectivos, de pai, de mãe e de criança.(Badinter,1992).

CAPÍTULO III – SUPORTE SOCIAL

Historicamente o suporte social e os conceitos a ele associados, de acordo com Rios, Torres e Diaz (1992), poderá considerar-se relativamente recente, possuindo 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.

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), permitiu 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). Tanto Cassel (1974) como Cobb (1976) realizam as suas investigações, nesta temática (suporte social) - no sentido de procurarem pôr em evidência a natureza e os efeitos protectores do suporte social, e das quais se inferiu a necessidade de desenvolver programas adequados de intervenção para melhorar e reforçar este conceito quando, não é possível reduzir uma exposição a situações de stress.

Cassel (1974) estava fundamentalmente interessado no processo pelo qual as condições ambientais (aglomeração populacional, habitação adequada, bairros degradados...) exerciam um efeito prejudicial nas pessoas. Este efeito foi demonstrado por um conjunto de trabalhos realizados por Cassel e que correlacionavam 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, quer com isto dizer que, a falta de saúde se poderá 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. Tal levou o investigador a identificar uma segunda categoria de processos psicossociais que designou como protectores de saúde, e que envolviam *"a força dos sistemas de suporte*

fornecidos pelos grupos primários de maior importância para o indivíduo", Cassel (1974).

O estudo de Cobb (1976), constitui também uma base de referência para a conceptualização e investigação do suporte social. Assim, este autor refere-se ao suporte social como sendo *"a informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte integrante de uma rede social"*. Este tipo de informação desempenharia a função de preenchimento das necessidades sociais e de protecção do indivíduo de consequências adversas relacionadas com uma situação de crise ou de stress. A sua principal ideia foi a de considerar o suporte social como um amortecedor do stress, concluindo que este desempenha a função de facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise.

A terminologia *"sistema de suporte"* é desenvolvida por Caplan (1974) que tenta produzir não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais tais como: a vizinhança, como o apoio passando pelos recursos de comunidade (ex.: centros paroquiais, associações, clubes, voluntários...).

Face ao exposto propõe, três grupos de actividades que podem ser proporcionados pelo "sistema de suporte" 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, e protecção de apoio material e a partilha de actividades (ex.: ajuda económica, ensino de competências de aconselhamento e orientação em determinadas situações).

Caplan 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.

Estudos, cada vez mais numerosos, indicam 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.

3.1 Conceptualização do Suporte Social

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, apesar de revisões literárias reconhecerem relações entre os vários estudos sobre o suporte social e outras variáveis (como a doença, o stress, perturbações emocionais...) é também um facto que há pouco consenso sobre a definição deste conceito.

Rios, Torres e Diaz (1992) referem este facto, enquanto Barrera (1986) menciona que *"co-definições de suporte social são frequentemente tão extensas entre si que o conceito corre o risco de perder a sua distinção"*. House e Kahn (1985) assinalam uma escassez de especificidade não só a nível da mensuração do suporte social, mas também ao nível da sua própria conceptualização, enquanto Bells (1981) afirma que não há uma conceptualização clara deste conceito.

Diversos autores, como anteriormente afirmámos, têm-se dedicado ao estudo deste conceito e, apesar da ambiguidade do mesmo, definem-no a partir da satisfação de necessidades básicas de um indivíduo quando em interacção com os outros. Existindo, assim, diversas definições de suporte social. Para alguns autores o suporte social é essencialmente a informação que leva um indivíduo a acreditar que é amado, estimado, parte de uma rede de comunicações e obrigações mútuas. Para Rowland (1990), o suporte social é o suporte acessível a um indivíduo através de redes sociais constituídas por outros indivíduos, grupos e comunidade em geral. Para outros e, segundo a revisão bibliográfica, o suporte social será o contacto, assistência e/ou informação que alguém recebe através de contactos formais ou informais com indivíduos ou grupos.

Bells (1991) apesar de atribuir ambiguidade ao conceito, apresenta no entanto, o suporte social como sendo constituído por todos os factores que estão no ambiente e, que promovem um favorável percurso à doença.

McIntosh (1981), considera que o suporte social se define como *"os recursos (actuais ou percebidos por uma dada pessoa) disponíveis de um ou mais sujeitos de modo a dar assistência a uma determinada pessoa para lidar com experiências stressantes de forma a aumentar a sensação de bem estar"*.

Outros autores, como House (1981), refere-se ao suporte social como uma parte cônjuge/parceiro, amigos, familiares, recursos da comunidade, colegas de trabalho, profissionais de saúde ...; que ajudam o indivíduo a lidar com situações de stress resultando no esquecimento dos efeitos deste. Assim o mesmo autor propõe que o

suporte social seja um conjunto de transações pessoais que envolvem: os preocupações a nível emocional (gostar, simpatizar...); a ajuda instrumental (serviços e bens); a informação sobre o meio envolvente e o reconhecimento (informação relevante para uma outra avaliação).

Barrera e Airlay (1983) consideraram o suporte social nas seguintes categorias: ajuda material, que, proporciona bens materiais ou ajuda económica (dinheiro); assistência que seria a partilha de actividades; orientação que visa dar informações/orientações e conselhos; feedback em relação aos pensamentos, comportamentos e sentimentos e, por último a interacção positiva, relacionada com situações de socialização e bem-estar.

Ao longo dos tempos e, de acordo com Ornelas (1994) tem-se assistido ao aparecimento de várias abordagens sobre o suporte social em que alguns se centralizam nos aspectos estruturais das redes sociais, no suporte percebido, na comparação das fontes de suporte ou nas diferenças entre os vários tipos de suporte; contudo é na maioria das situações considerado em termos do conteúdo funcional das relacionamentos, abrangendo o grau de envolvimento emocional-afectivo, de apoio, informação ou instrumental.

A abrangência do termo, para Ornelas (1994) bem como as inúmeras tipologias têm contribuído para a criação de algumas dificuldades e aceitação generalizada da definição. No entanto, o suporte social deverá ter em linha de conta os seguintes factores: 1) a quantidade de relações sociais; 2) a que estrutura formal; e 3) o conteúdo destas relações no que diz respeito ao suporte social.

Barrera (1986) numa tentativa de clarificar o conceito de suporte social, propõe que se abandonem as referências globais em torno do conceito em favor de uma terminologia mais específica.

Barrera (1986) organizou os conceitos de suporte social bem como as suas operacionalizações, em três categorias gerais: integração social, suporte social percebido e suporte social prestado. Deste modo, a intervenção social corresponde ao conceito de suporte social "que se refere às ligações que os indivíduos mantêm como críticos significativos nos seus ambientes sociais". O suporte social percebido, surge como um conceito proeminente que, caracteriza o suporte social como uma edição cognitiva de estar normalmente ligado a outros; enquanto o suporte prestado pode ser conceptualizado através das acções que os outros desempenham quando prestam assistência a uma determinada pessoa.

O suporte social também tem sido estudado como um recurso de "coping" que pode diminuir os efeitos psicológicos adversos dos agentes ambientais de stress. A percepção ou crença de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência em momentos de necessidade, parece ser particularmente benéfico para a saúde mental, segundo alguns autores.

Os indivíduos com níveis elevados de suporte percebido e, de acordo com os estudos de Wills, (1985), parecem ser mais persistentes aos efeitos psicológicos negativos dos agentes de stress do que os indivíduos com níveis mais baixos de suporte percebido, isto é, o suporte social percebido pode diminuir as consequências psicológicas adversas face aos agentes de stress.

Têm sido descritos vários mecanismos para explicar os efeitos moderadores ou "amortecedores" do suporte social. Por exemplo, os benefícios psicológicos do suporte podem advir do seu efeito nas apreciações subjectivas dos agentes de stress, na escolha das estratégias de "coping", ou nos sentimentos de auto-estima e no domínio pessoal, isto na opinião de Lepore (1991). No entanto, é fundamental examinar os caminhos através dos quais, o suporte pode influenciar o processo de stress que no entender de Barrera (1986) é impossível estudar com grande detalhe a inter-relação entre agentes de stress e de suporte.

Brugha (1993) definiu suporte social *como "aqueles aspectos das funções sociais que conferem um efeito benéfico à saúde física e psicológica do indivíduo"*. O autor confirma que a dificuldade na definição de suporte social se deve em parte à utilização da palavra "suporte", pois esta pressupõe indubitavelmente a sua existência e os seus benefícios. Este autor salienta ainda que, o mais importante não é a satisfação das necessidades pessoais específicas das relações e, em particular dos seus componentes mais subjectivos, ou seja, confiança, intensidade e reciprocidade da interacção e reafirmação pessoal.

Independentemente das abordagens usadas pelos diferentes investigadores para definirem o conceito de suporte social, parece que a sua definição mantém, como confirma Brugha (1993) um estatuto hipotético, encontrando-se em aberto e susceptível de ser validado pelo trabalho de investigação a desenvolver permanentemente.

3.2 Suporte social e sua mensuração

No respeitante à mensuração do suporte social são adoptados vários métodos - uns incidem nos prestadores de suporte, outros na avaliação subjectiva do suporte percebido e outros ainda nas actividades envolvidas no fornecimento de apoio, o que segundo Barrera (1981), vem demonstrar a natureza multifacetada do conceito.

Sarason et. al. (1990) defendeu que as medidas avaliativas do suporte social se podem dividir em três categorias:

- 1) Modelo de rede, que incide sobre a integração social dos indivíduos num grupo e a sua interacção dentro dele;
- 2) o modelo de suporte percebido que se centra no suporte que a pessoa recebe ou diz ser recebido;
- 3) o modelo de suporte percebido, que lhe cai sobre o suporte que a pessoa acredite estar disponível, caso venha a necessitar.

Apesar de existir uma multiplicidade nas metodologias para avaliar o suporte social, para Barrera (1981); (1986), parece haver pouca relação entre elas, pelo que a mensuração do conceito tem sido descrita como encontrando-se num nível elementar, segundo opinião de House & Kahn (1985). Tal facto pode dever-se, em parte a uma carência de clarificação conceptual sobre o que é o suporte social, quais os seus componentes e qual o seu impacto no bem-estar físico e psicossocial do indivíduo.

House & Kahn (1985) fornecem relativamente a este ponto, alguma clarificação uma vez que, e de acordo com Dunkel - Scheher & Benneh (1990), distinguem integração social de rede social e de suporte social, referindo-se a eles como a existência, estrutura e junções das relações sociais. Estes autores sugerem pois, que, o mesmo suporte social seja reservado para funções das relações e interacções sociais.

Uma faceta do suporte e, de acordo com Barrera (1981), é frequentemente avaliada o seu contexto social, ou seja, os indivíduos que são fontes efectivas ou potenciais de suporte. A avaliação desta faceta envolve frequentemente uma análise de rede social através de uma técnica que fornece métodos de quantificação de estrutura e das funções do suporte social num conjunto de pessoas que constituem um sistema de trocas significativas.

Uma segunda abordagem que se destina a medir o conceito e que se distingue de análise de rede social, incide sobre os métodos que realçam a avaliação cognitiva ou subjectiva feita pelos indivíduos das dimensões relevantes do suporte social, e, que na opinião de Barrera (1981), esta abordagem recorre a indicadores qualitativos como a satisfação com o suporte, satisfação com as relações relevantes ou a adequação dos "attachements" sociais.

Uma terceira abordagem é mencionada na investigação de Barrera (1981) para avaliar o suporte social. Esta está direccionada para uma outra faceta deste conceito que diz respeito às actividades comportamentais específicas envolvidas na expressão de formas naturais de prestar assistência, ou seja, comportamentos de ajuda naturais.

Relativamente a indicadores qualitativos e medidas quantitativas de presença de relações sociais significativas pode designar-se que são raras as tentativas que se têm realizado para avaliar esta última faceta.

Em relação aos instrumentos que avaliam o suporte social, House & Kanh (1985), constataam que muitos investigadores desenvolvem as suas próprias escalas. Afirmam que existem quase tantas medidas como os estudos publicados sobre a matéria. Estes autores vêem-se incapazes de encontrar um único instrumento que seja preferível a todos os outros. Isto porque vários instrumentos poderão ser apropriados para os mesmos objectivos e circunstâncias.

Sarason, Shearin, Pierce & Sarason (1987), conscientes da multiplicidade de instrumentos, ao investigarem sobre as possíveis interacções existentes entre as várias medidas de suporte social, concluíram que as diferentes escalas avaliam realmente é a aceitação de um indivíduo ou seja, se ele é amado ou se está implicado em relações sociais nas quais a comunicação é aberta. Constatam também que ausência de uma definição consensual do suporte social dificulta a comparação dos diversos instrumentos. Estes autores argumentam a maior utilidade de uma conceptualização que considere o indivíduo como fazendo parte de uma série de cuidados, diferente quer em qualidade quer em profundidade.

Coken & Syme (1985) consideram que os instrumentos diferem incluindo se avaliam: 1) estrutura ou função;

2) suporte objectivo ou subjectivo;

3) disponibilidade ou adequação do suporte;

4) estruturas ou funções individuais Versus uma só;

5) o papel dos indivíduos prestadores de suporte ou simplesmente qual o suporte disponível e,

6) o número de pessoas disponíveis para prestar apoio ou simplesmente a disponibilidade do suporte, não tendo em consideração o número de pessoas.

A técnica de mensuração do suporte social dependerá da melhor consideração possível entre o instrumento de medida e a questão que é colocada. Antes de se seleccionar uma escala será importante que o investigador conceptualize claramente o que é que pretende apreender ao nível do processo de suporte e qual a sua finalidade ou objectivos.

3.3 O suporte social na gravidez e maternidade adolescente

Quanto à função do suporte social na gravidez adolescente, o tema ainda, continua a constituir um desafio para aqueles que pretendem investigar esta área.

A gravidez e o nascimento de uma criança são na maioria das vezes um motivo de alegria, apesar de serem naturalmente experiências stressantes, caracterizadas por motivações/ mudança física e psicológica. 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 proporcionar as mudanças da gravidez com menos stress. Para Cobb (1976) o suporte informativo poderá funcionar como providenciador de orientação no que respeita aos cuidados pré-natais adequados e preparação para o parto; o apoio nas tarefas do quotidiano: como a vida de casa, cuidar das crianças; pode providenciar a ajuda necessária nas exigências físicas que poderão ter um efeito adverso para grávida, principalmente no final da gestação.

A gravidez não é stressante da mesma forma para todas as mulheres que a experienciam, existindo uma evidência cada vez maior de que, as mulheres com maior stress pré-natal correm maior risco de insucessos de gravidez. Consequentemente, os efeitos do suporte social, em saúde materno-infantil e, de acordo com Collins, Dunkel-Schelter, Label e Scrimshaw (1993), podem ser mais acentuadas entre mulheres que experimentam maiores níveis de stress e, daí que, embora o suporte social seja importante para todas as mulheres grávidas, circunstâncias de vida possam colocar algumas mulheres em maiores necessidades do que outras.

O suporte social é um facto psicossocial de grande importância em qualquer contexto. Contudo, também quando existem eventos que requerem a contínua regulação das exigências emocionais e ambientais torna-se necessário procurar o apoio dos outros, o que está de acordo com os trabalhos de Gottlieb (1981) sobre o suporte social, o bem-estar pessoal depende largamente da quantidade e qualidade do suporte percebido e da sua vida social.

Quanto ao grupo etário da população vários estudos têm constatado que o impacto do suporte social, as suas dimensões e componentes difere conforme a faixa etária. A família será a influência mais decisiva na ajuda e apoio para os jovens (Sampaio, 2002), seguindo-se o grupo de amigos que, assume particular influência, para os adolescentes, aos níveis de: suporte instrumental e emocional; apoio na resolução de tarefas desenvolvimentais e na construção da identidade. O grupo proporciona, assim, experiências emocionais positivas através da aquisição e reconhecimento do indivíduo como alguém que contribui para as finalidades de existência do próprio grupo e, em contrapartida o indivíduo ganha no sentido da pertença, de solidariedade entre os membros do grupo, confirmando assim a parte do auto-conceito que deriva da partilha de uma identidade grupal. Esta importância é comprovada ao longo de vários estudos que mostra a adesão da maioria dos adolescentes ao grupo quer informal quer formal. (Seda Nunes, Machado Pais e Schmidt 1989; Sampaio 1997).

Relativamente ao grupo das grávidas e mães adolescentes, a investigação de Barrera (1981) chama a atenção para as constatações encontradas nos diversos estudos realizados a este grupo, ou seja, o maior risco de morte e distúrbios físicos encontrados em crianças filhas de adolescentes; como também riscos físicos das mães; interrupção escolar; fraco poder económico; taxas de divórcio elevadas...Constituindo a gravidez um acontecimento cujo impacto no bem-estar é mediado pela presença ou ausência de suporte social.

O suporte social tem demonstrado ser um factor protector eficaz, podendo minorar os efeitos adversos da gravidez e maternidade adolescente. No entanto o efeito do suporte social terá que ser circunstanciado relativamente ao estilo de vida da grávida/mãe adolescente nomeadamente se esta viver com a família de origem, com o companheiro/pai da criança ou sozinha.

Na investigação de Spieker e Bensley (1994) observou-se que grávidas adolescentes que viviam sozinhas mostravam-se mais competentes nos cuidados à criança, os autores atribuem este facto a uma maior responsabilização por parte das

jovens e à ausência de conflitos e disputa nos cuidados ao recém-nascido. O estudo verificou, também, o facto de os filhos de mães adolescentes viverem com as avós ou estas assumirem os papéis de mães não contribui para um factor protector no desenvolvimento da criança, o que de facto demonstrou ser um factor de protecção foi a grávida/mãe adolescente viver com o pai da criança e ambos possuírem apoio por parte da sua família de origem; será também condição necessária que o pai da criança esteja envolvido afectivamente e emocionalmente nos cuidados a prestar ao filho, caso contrário o padrão de vinculação da criança é inseguro, fraco e muito inferior à situação em que a adolescente vive sozinha, com a criança.

O suporte social poderá ser uma fonte de vantagens para a grávida/mãe adolescente no entanto, poderá também ser uma fonte de dificuldades tais como: confusão de papéis; presença de conflitos e disputa da criança. A investigação de Spiekens Bensley (1994) chama a tenção para o facto de se ter de considerar o tipo de agregado familiar da adolescente, a influência do suporte social que, poderá vir a ser confundido com a influência de outras variáveis. Outros estudos põem em causa estas conclusões e, chamam a atenção para o facto de a mãe adolescente necessitar de suporte familiar para poder estabelecer uma relação estável com a criança. No entanto, caso não exista um bom suporte sócio-familiar a adolescente encontra-se em risco de falhar nas suas "funções" de adolescente, de constituir família estável e de auto-estruturar-se. (Apfel e Seitz, 1991; Crockenberg, 1981; Xarepe, 1990).

O impacto que a gravidez e maternidade adolescente poderá ter na vida da adolescente, estará naturalmente associado ao contexto social, familiar e cultural em que a jovem está inserida, considerando-se imprescindível um suporte social e familiar adequado para que a mãe adolescente possa estabelecer uma saudável relação mãe-filho tornando-se autónoma, como uma unidade própria dentro da estrutura familiar.

CAPÍTULO IV – O ESTUDO COMPARATIVO

4.1 PLANIFICAÇÃO

O desenho do estudo è descritivo, de comparação entre dois grupos (grávidas adolescentes e mães adolescentes) e, a amostra é de conveniência a partir de uma consulta hospitalar de acompanhamento a grávidas e mães adolescentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

As variáveis consideradas foram:

Variáveis dependentes

- desejo de maternidade;
- suporte social percebido.

Variáveis Independentes

- grávidas adolescentes;
- mães adolescentes.

4.2 MATERIAL

Na recolha do material necessário para a realização do nosso estudo, foram três os instrumentos utilizados:

- Questionário de caracterização social (anexo 1), utilizado no Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa, desde 1980;
- Questionário de desejo de um filho; Leal (1999); Instrumento Clinicométrico (anexo 2);
- Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) de Ribeiro (1999). (anexo 3).

4.3 QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL DA MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA

Pretende fazer uma caracterização social da grávida adolescente/mãe adolescente; tendo em conta as seguintes variáveis:

Variáveis demográficas: idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão.

Dados relativos à gravidez e/ou maternidade: desejo de gravidez; número de gravidez; número de abortos; conhecimentos sobre planeamento familiar; número de crianças consideradas em risco.

Dados relativos à família:

- composição do agregado familiar;
- tipo de família de origem;
- com quem vive actualmente;
- hábitos aditivos na família;
- apoio familiar;
- necessidade de abordagens familiares.

Dados relativos ao namorado/companheiro ou pai da criança:

- idade;
- profissão;
- posição face à assumpção da paternidade;
- tempo de namoro.

Dados relativos à situação social:

- apoios sociais;
- situação sócio-económica;
- área de proveniência.

Serão ainda analisados os projectos de vida das jovens grávidas e mães.

4.4 QUESTIONÁRIO DO DESEJO DE MATERNIDADE

Para avaliar o desejo da maternidade foi utilizado um questionário construído por Leal (1999). Este questionário é constituído por 32 afirmações, a que os sujeitos respondem segundo uma Escala de Likert; (Discordo completamente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo e Concordo completamente). Os itens são divididos pelas cinco dimensões consideradas: necessidades do casal; estilo de vida; pressões externas; parentalidade e necessidades egóticas.

1- Necessidades do Casal (itens 4,18,22 e 25) – esta dimensão pretende averiguar em que medida o desejo de maternidade surge na sequência de crenças que associam a existência de filhos ao sucesso de um relação e/ou de um casamento.

Quanto mais elevados forem os valores para esta dimensão, maior será a relação entre o desejo de maternidade e as necessidades do casal.

2- Estilo de Vida (itens 12, 13, 15, 16, 20, e 24) – esta dimensão pretende averiguar em que medida as questões associadas ao estilo de vida (e.g. económicas, profissionais, sociais) estão subjacentes ao desejo de maternidade.

Valores elevado para esta dimensão implicam uma maior probabilidade do ter filhos ser encardo como um indicador de estilo de vida.

3 - Pressões Externas (itens 5, 6, 8, 29 e 31) – esta dimensão pretende perceber em que medida é que a pressão de outras pessoas significativas e do meio envolvente vai estar na base do desejo de maternidade/paternidade de um sujeito.

Quanto maior forem os valores encontrados para esta dimensão, maior será a probabilidade do desejo de ter um filho estar associado à preocupação de corresponder às necessidades e expectativas de terceiros.

4 - Parentalidade (itens 2, 3, 19, 21, 26 e 27) – as afirmações envolvidas nesta dimensão remetem para os sentimentos dos sujeitos face às crianças, pretendendo assim averiguar em que medida a disponibilidade e desejo de cuidar de uma criança está relacionado com o desejo de Ter um filho.

Valores elevados nesta dimensão revelam uma atitude positiva no que concerne à parentalidade, enquanto acto de cuidar de uma criança.

5 - Necessidades Egóticas (ítems 1, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 23, 28, 30 e 32) – esta dimensão remete para as necessidades internas do sujeito, ou seja, pretende averiguar em que medida o desejo de ter um filho surge para cumprir uma função em termos de funcionamento do ego. Quanto mais elevados forem os valores nesta dimensão, maior será a probabilidade do desejo de ter um filho surgir na sequência de necessidades egóticas.

4.5 A ESCALA DE SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A “Escala de Satisfação com o Suporte Social” é constituída por 15 ítems que se distribuem por quatro dimensões ou factores:

O primeiro factor, “satisfação com amigos” (AS), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco ítems (ítems 3, 12, 13, 14, 15) que têm uma consistência interna de 0,83.

O segundo factor, baptizado “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro ítems (ítems 1, 4, 5, 6) que têm uma consistência interna de 0,74.

O terceiro factor, baptizado “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três ítems (ítems 9, 10, 11) que têm uma consistência interna de 0,74.

O quarto factor, baptizado “actividades sociais”(AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três ítems (ítems 2, 7, 8) que têm uma consistência interna de 0,64.

A escala total mostra uma consistência interna de 0,85.

A nota total da escala resulta de uma soma da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. São excepção os itens invertidos que são os seguintes: itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15.

A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

4.6 PROCEDIMENTO

4.6.1 PARTICIPANTES:

Face aos objectivos de investigação, os critérios de inclusão da amostra foram: ser adolescente, entre os 12-18 anos de idade, critério estabelecido pela consulta de adolescentes grávidas da Maternidade Alfredo da Costa, no entanto no nosso estudo não tivemos nenhuma adolescente grávida ou mãe abaixo dos 13 anos de idade, pelo que a nossa investigação compreende a faixa etária dos 13 aos 18 anos de idade.

4.6.2. A AMOSTRA

O presente trabalho é constituído por uma amostra de 250 adolescentes, dos quais: 125 grávidas e 125 são mães; com idades compreendidas entre os 13/18 anos de idade.

A recolha foi efectuada no Serviço Social da Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre Janeiro/2002 e Julho/2002; com raparigas que recorreram a este serviço no âmbito da consulta de adolescentes grávidas, (no caso das grávidas) e na aquelas que após o parto continuam a recorrer aos serviços de saúde, nomeadamente à consulta de pediatria e

Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa, ou seja, o grupo das mães adolescentes.

Os protocolos de investigação eram constituídos pelos 3 questionários anteriormente descritos; sendo estes passados pela seguinte ordem: Questionário de Caracterização Social; Questionário do Desejo de Maternidade; Escala de Satisfação Social.

Em todas as situações os questionários foram preenchidos pela Assistente Social ou Estagiária do Serviço Social; tendo os participantes respondido oralmente, após leitura das questões, assinalando-se de imediato, nos questionários as respostas por elas indicadas. Todos os indivíduos responderam individualmente, sendo dados instruções ou esclarecidas as dúvidas que, eventualmente, poderiam ter aparecido.

Relembramos que estávamos perante uma população muito jovem (13-18anos), com baixa literácia .No entanto pareceu-nos que todos os indivíduos aparentavam grande interesse e empenho nas questões colocadas ao longo dos questionários.

4.7 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Relativamente ao grupo etário verificamos que a maior percentagem de grávidas se situa na faixa etária nos 15-16 anos, e, as mães adolescentes entre os 17-18 anos. (ver fig. 1).

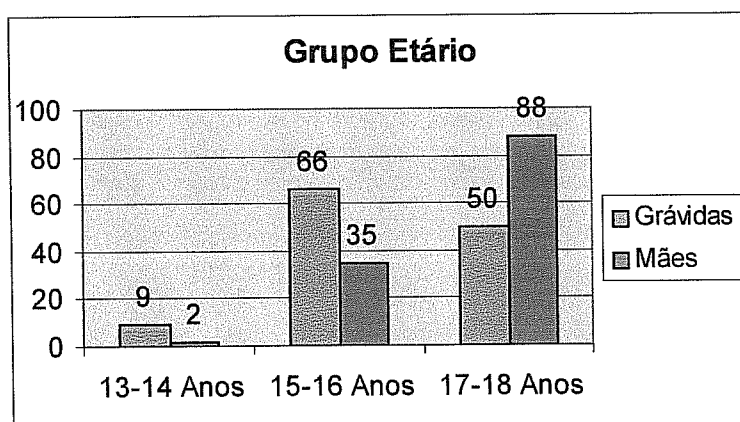


Fig. 1 – Grupo Etário.

- Quanto à raça (ver fig.2) observa-se que, quer no grupo das grávidas quer no grupo das mães adolescentes a maior percentagem são caucasianas; grávidas (71,2%); mães (74,4%). 24,8% são de raça negra nas grávidas, e 23,2 nas mães.

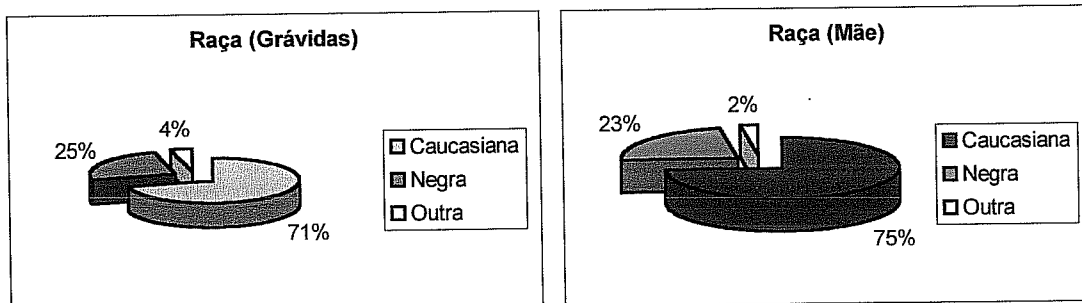


Fig. 2 – Raça.

Entende-se por outras as adolescentes de raça ciganas e indianas, que no grupo as grávidas representam 4% de amostra e nas mães corresponde a 3%. Nesta variável não existem diferenças significativas entre as grávidas e mães adolescentes.

Na variável correspondente ao estado civil (fig. 3) existem diferenças consideráveis: enquanto que no grupo das grávidas predomina o estado de solteira com 62,4%; nas mães são as uniões (casamento mais união de facto) que têm mais expressão. 43,2% das mães adolescentes vivem em união de facto e 8% estão casadas o que perfaz 51,2% do total da amostra.

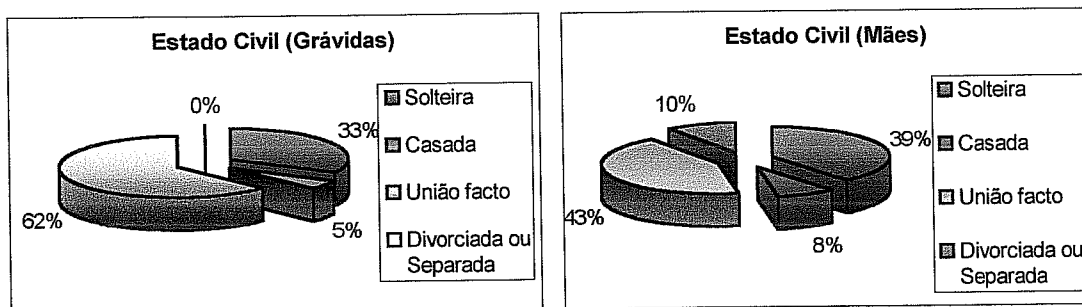


Fig. 3 – Estado Civil.

Nas grávidas, ainda não existe nenhuma rapariga divorciada ou separada, no entanto no grupo das mães 12, ou seja 9,6% encontram-se neste estado civil.

O que condiz com Lourenço (1998): algumas respostas possíveis são o casamento prematuro e forçado, pelo sociedade em geral e pela família em particular, quase sempre votado ao insucesso.

- Face à situação profissional (fig. 4), da população que constituiu o nosso estudo, nas grávidas é de destacar que a maioria não possui ocupação profissional – 45,6% são domésticas e 10,4% estão desempregadas.

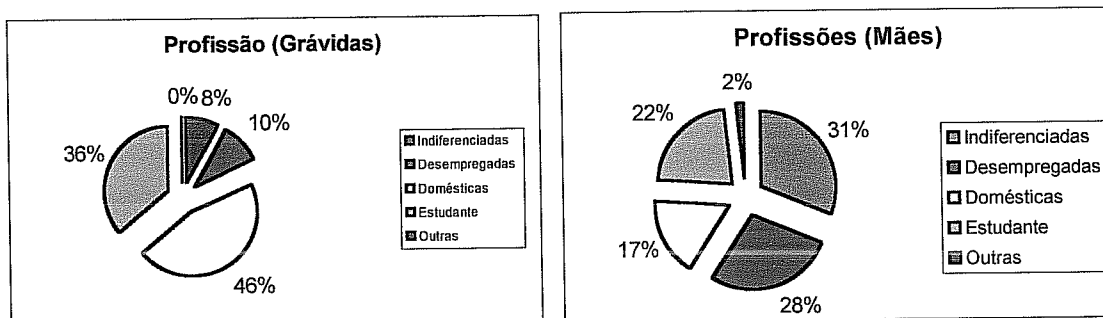


Fig. 4 – Situação Profissional.

Nas mães 28% encontram-se desempregadas e 16,8 são domésticas. Existindo aqui uma redução do número relativamente às grávidas.

Todas as que possuem uma profissão estão na categoria das indiferenciadas, entendendo-se por isso – empregadas de limpeza; aprendizes de cabeleireiro; empregadas de balcão; empregadas de mesa -; profissões que na classificação sócio-económica, de Almeida (1988) corresponde a um nível sócio-económico baixo; o que representa nas grávidas 8% da amostra e nas mães 31,2%.

No grupo das mães na categoria de outra, duas jovens praticam prostituição.

As estudantes grávidas são representadas por um número superior 36% contra 22,4% nas mães. Número que no nosso entender, estará aliado ao que os vários autores defendem que existe um abandono escolar precoce, e, consequentemente um acesso a trabalhos de baixa qualificação profissional. Lourenço (1998); Canavarro (2000); Xarepe (2001).

Observando-se a figura 5, que representa a escolaridade, nas grávidas a maioria das raparigas possui o 3º ciclo incompleto, bem como as mães. Igualmente no ensino secundário, todas as adolescentes, enquanto grávidas, e enquanto mães não possuem diferenças significativas – 8,8%, o que equivale a 11 raparigas que possuem o ensino secundário incompleto. Chamamos a atenção para o facto de na nossa amostra existirem 3 adolescentes (1 grávida e 2 mães) ainda analfabetas.

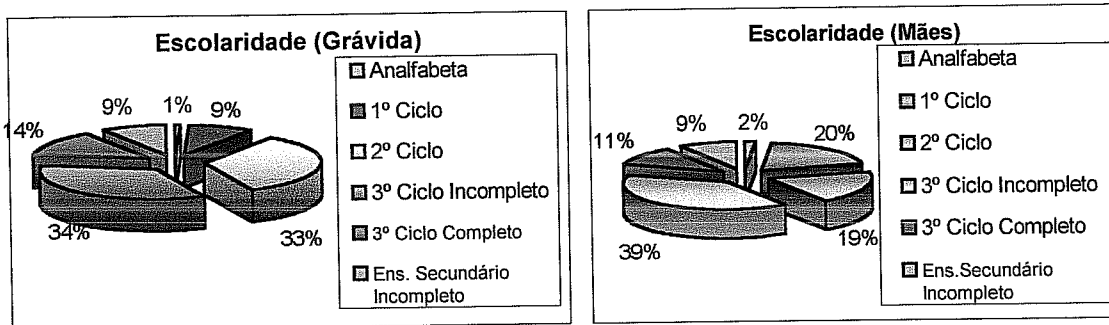


Fig. 5 – Escolaridade.

- Quanto ao abandono escolar, (fig. 6) não existem diferenças significativas quanto ao abandono escolar devido à gravidez e à maternidade. 46 (36,8%) raparigas grávidas abandonaram a escola devido à gravidez e 61 (48,8%) das mães fê-lo da mesma maneira. E, outras raparigas já o teria feito antes da gravidez e da maternidade.

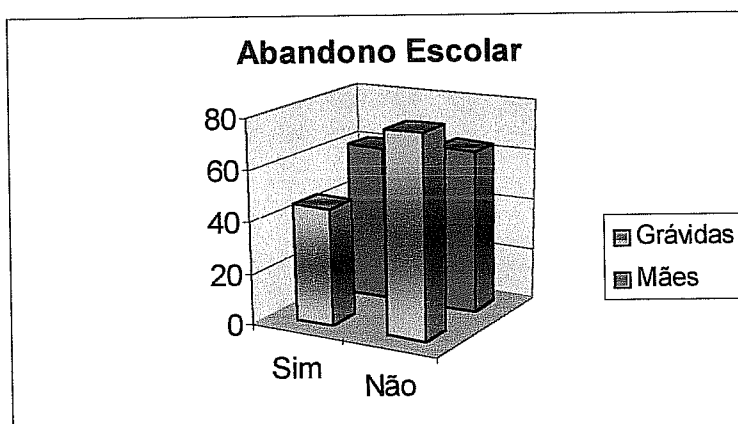


Fig. 6 – Abandono Escolar.

Face à situação económica (fig. 7) e seguindo o critério, do Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa, em que carência se consideram todas as situações em que a rapariga necessita de apoio social – devido a más condições de habitabilidades, dificuldades económicas, situações de desemprego, famílias dependentes do Rendimento Mínimo Garantido. Verifica-se que a maioria das grávidas se situa na situação de carência social, 72 - adolescentes – 57,6% e apenas uma grávida tem uma boa situação económica.

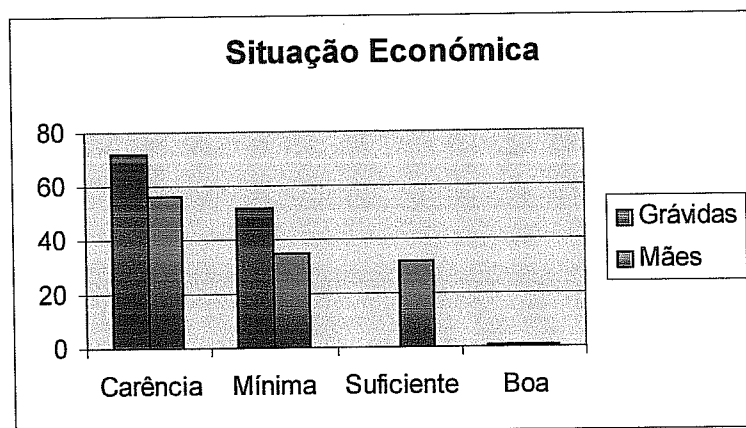


Fig. 7 – Situação Económica.

Comparativamente com o grupo das mães a situação não se altera. No entanto neste mesmo grupo, verifica-se que 32 adolescentes têm uma situação económica suficiente, o que significa que não dependem de apoios sociais; apontamos para esta situação a hipótese de possuírem um razoável suporte social, o que poderá condizer com Figueredo (2000) – o suporte social poderá minorar os efeitos adversos da maternidade na adolescência. Situação que não é evidenciada nas grávidas.

Face à composição do agregado familiar (fig. 8) das grávidas e mães adolescentes, observamos, respectivamente que em ambos os grupos, pertencem a agregados familiares considerados numerosos, acima de 5 elementos. Nas grávidas – 81 (54,8%); mães – 63 (50,4%). Facto que condiz com a literatura consultada, em que Xarepe, (1990) no seu estudo encontrou que 57,4% das jovens grávidas faziam parte de famílias numerosas.

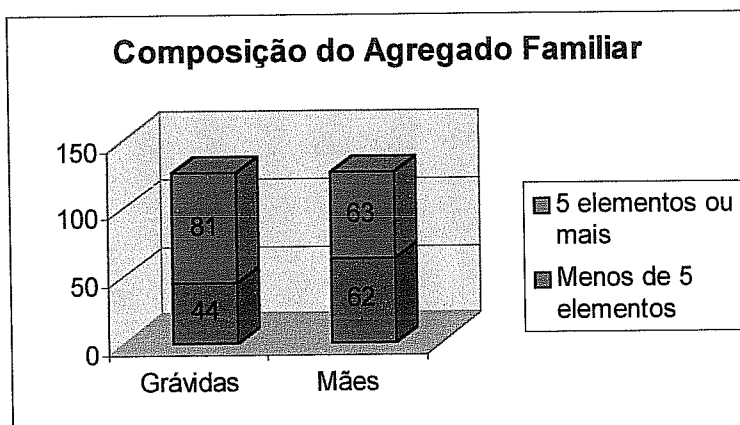


Fig. 8 – Composição do Agregado Familiar.

Quanto às relações familiares (fig. 9), nos dois grupos (grávidas/mães adolescentes) não se verificaram diferenças significativas. 40 grávidas adolescentes (32%) não possuem apoio familiar e 49 mães adolescentes (39,5%) encontram-se em igual circunstância. No entanto a maioria da população estudada tem apoio da família, face à situação da gravidez e maternidade.

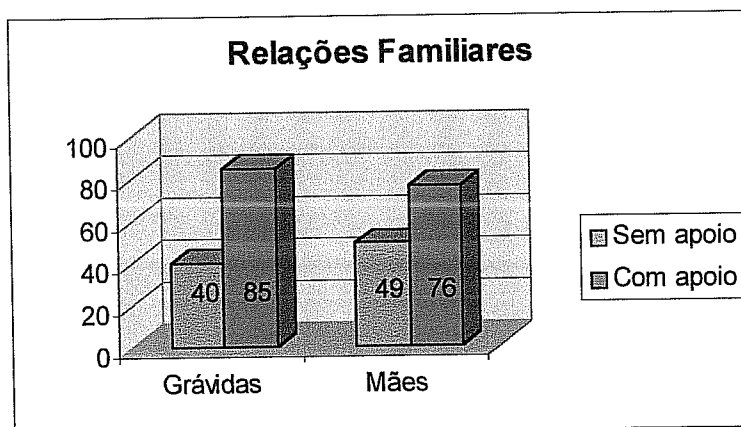


Fig. 9 – Relações Familiares.

Igualmente se verifica na figura 10, respeitante aos hábitos aditivos (álcool e consumo de drogas) na família, que não existem diferenças significativas; no grupo das grávidas, 19 famílias (15,2%) consomem álcool ou drogas e 32 (25,8%) no caso das mães.

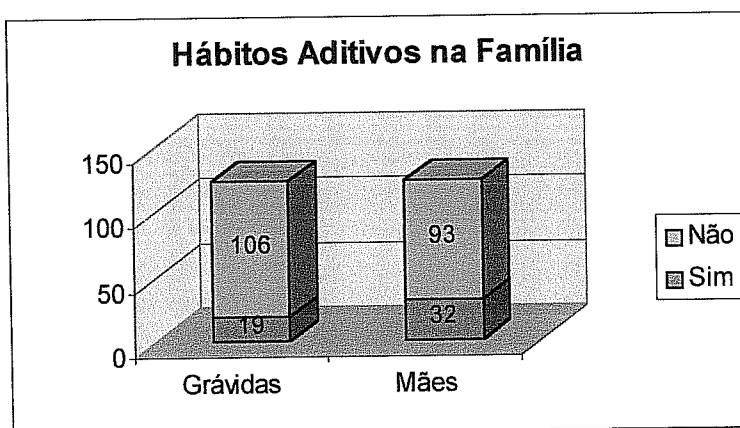


Fig. 10 – Hábitos Aditivos.

Na figura 11 que diz respeito com quem vive a grávida deduz-se que: nas grávidas – 75 adolescentes (60% da amostra) continua a viver em casa da família de origem e 12,8% (16) vai para casa da família do pai da criança. Enquanto que as mães – 61 raparigas, (48,4%) ainda vive com a sua família de origem e, 28 mães (22,6%) coabita com a família do companheiro.

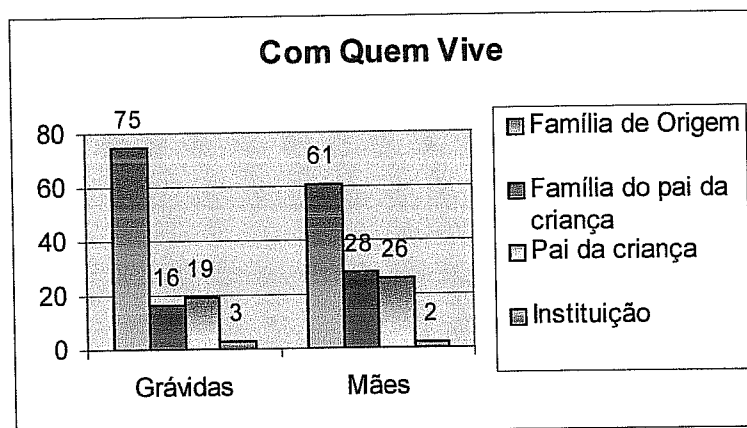


Fig. 11 – Com quem Vive.

Em ambos os grupos grávidas/mães adolescentes, uma minoria respectivamente, 19 (15,2%) e 26 (21%) jovens vivem sózinhas com o companheiro e ou, pai do filho (a). Números que nos poderão levar a concluir que a situação de gravidez bem como a de maternidade adolescente, poderá acentuar a dependência familiar.

A maioria dos estudos sugere que, grande parte da vida relacional da grávida/mãe adolescente continua a ocorrer no seio da família de origem. Canavarro (2000).

Figura 12 - Relativamente ao tipo de família de origem das grávidas e mães adolescentes, não se verificam diferenças significativas. As novas formas de famílias (monoparentalidade e reconstruídas) assumem neste estudo o maior número 63 (50,4%) nas grávidas bem como, no grupo das mães – (60,2%) ou seja 74 jovens.

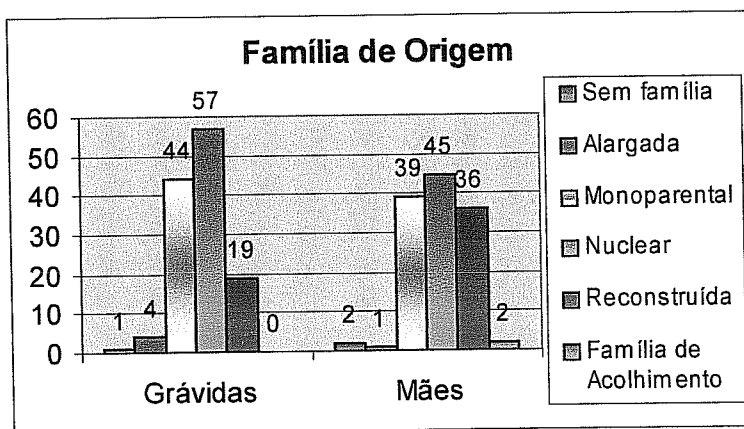


Fig. 12 – Família de Origem.

A proveniência na família nuclear representa 45,6% da amostra (57 adolescentes grávidas) e 35,8% no caso das mães. O que equivale a 45 raparigas.

Chamamos à atenção para o facto de quer no grupo das grávidas quer no grupo das mães, existe respectivamente, uma rapariga sem família e, 2 mães em idêntica circunstâncias.

Na figura 13 sob o título “Abordagens Familiares”, - entendendo-se por estas - a intervenção dos técnicos no contexto familiar face à necessidade sentida pela adolescente quer grávida quer mãe, na dificuldade de aceitação por parte das famílias face à situação da gravidez ou maternidade.

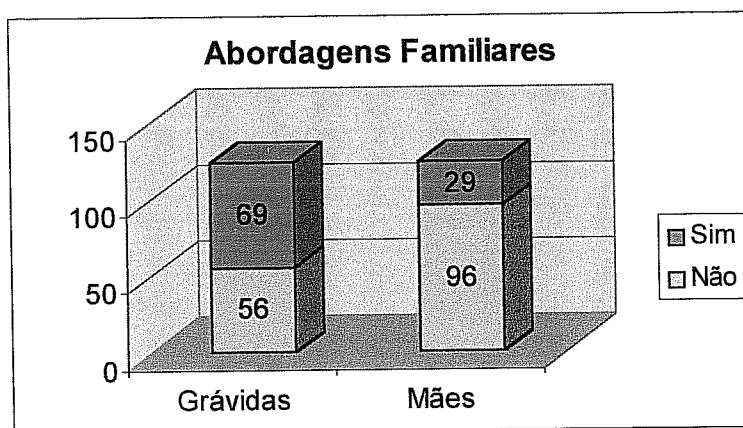


Fig. 13 – Abordagens Familiares.

Verifica-se que em 44,8% ou 56 grávidas adolescentes – houve intervenção dos técnicos nas famílias destas; situação que sofre grande alteração no respeitante às mães em que apenas em 29 situações (23,2%) necessitou de intervenção, face ao contexto da maternidade, para este facto Vilar e Gaspar (1998) afirmam que acabam por, ainda que a prazo, inserir o neto na lógica e nas afectividades familiares.

Face ao desejo da gravidez (fig. 14) constata-se que a maioria das gravidezes (quer nas grávidas quer no grupo das mães), foram assumidas, mas não desejados, o que equivale a 105 (84%) das grávidas e 119 mães – 95,2%. Não existindo diferenças significativas.

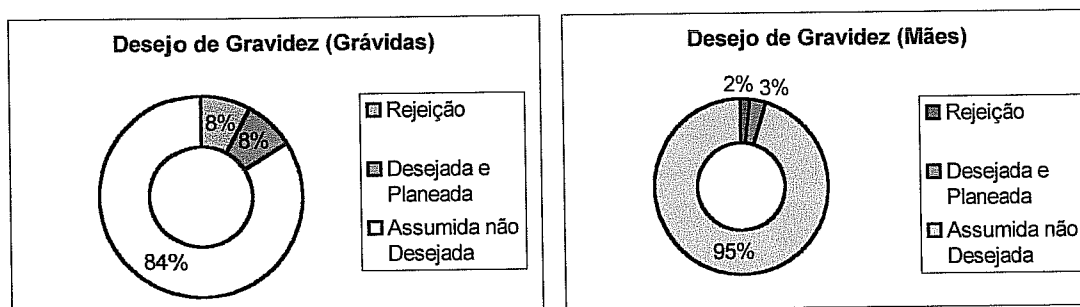


Fig. 14 – Desejo de Gravidez.

Em apenas 10 (8%) grávidas e 4 (3,2%) mães a gravidez foi desejada e planeada.

10 (8%) grávidas adolescentes rejeitaram a gravidez, no entanto apenas uma, deu a criança para adoção. E, as restantes solicitaram a Interrupção Voluntária da Gravidez.

Nas mães, rejeitaram inicialmente a situação de maternidade 2 adolescentes, acabando estas por assumir os filhos mais tarde.

Quanto ao número de gravidezes (fig. 15), as diferenças são acentuadas – no grupo das grávidas 110 raparigas – 88%, ia ser mãe pela primeira vez, no entanto 4 jovens grávidas (3,2%) já tinha engravidado mais de uma vez.

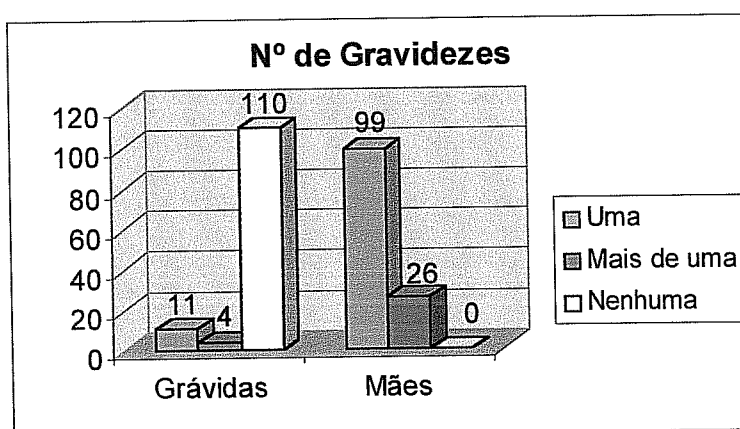


Fig. 15 – Número de Gravidezes.

Nas mães 26 destas (20,8%), possuía mais do que uma gravidez.

Face ao número de abortos (fig. 16) observamos que, na maioria das grávidas 111 (93,7%) e das mães 114 (91,1%) não tinha recorrido à interrupção da gravidez.

Não existindo diferenças significativas.

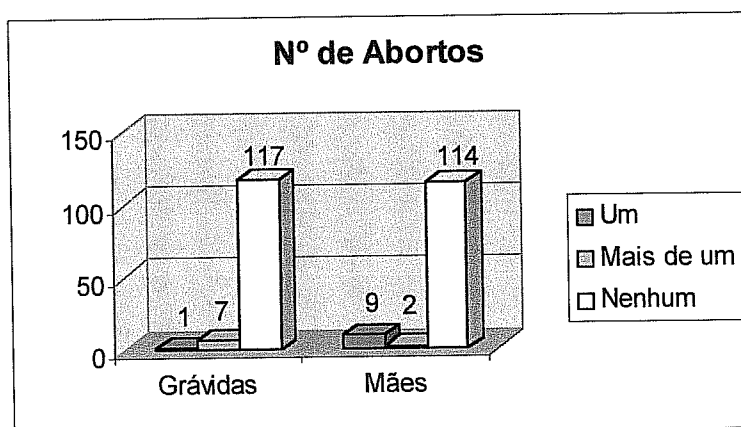


Fig. 16 – Número de Abortos.

Quanto às crianças serem de risco considerou-se o que Pires (2001) diz ser: qualquer situação genérica que coloque em stress a relação entre a mãe e a criança, e os cuidados parentais inerentes à parentalidade, conflito, desagregação familiar; isolamento social; negligência sócio-familiar; sobre carga financeira.

Na figura 17 observa-se que no grupo das grávidas a percentagem é maior, relativamente ao grupo das mães. Assim em 50 situações (40%) das grávidas as crianças foram consideradas em risco e no grupo das mães houve um decréscimo para 33 situações o que equivale a 26,4% da amostra.

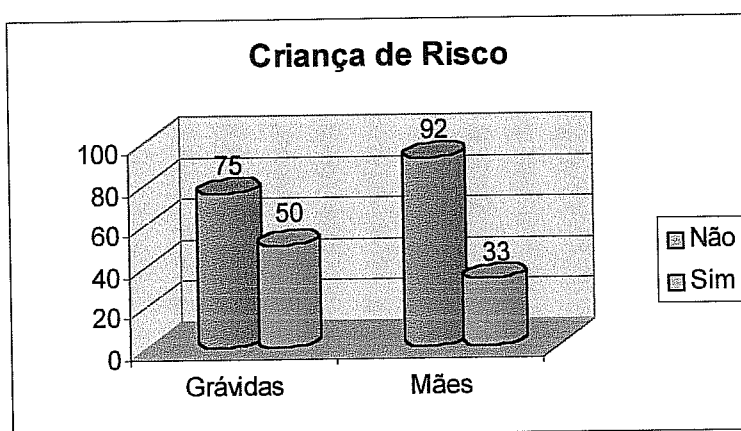


Fig. 17 – Criança de Risco.

No respeitante aos conhecimentos sobre Planeamento Familiar (fig. 18), observam-se diferenças nos dois grupos: nas grávidas 85,6% (107) raparigas, possui práticas inadequadas, entendendo-se por isso – mau uso do preservativo; má toma da pílula..., e nas mães 34,7% (43) adolescentes, possui práticas inadequadas; atribui-se a esta situação, talvez, o facto do ensino feito no pós-parto nas maternidades e ao respectivo encaminhamento para as consulta de Planeamento Familiar.

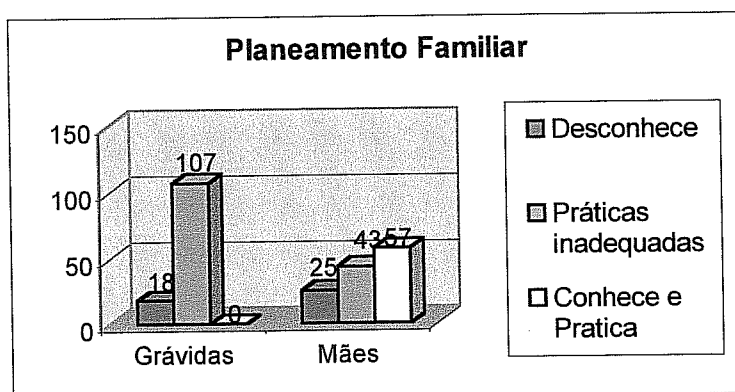


Fig. 18 – Planeamento Familiar.

No grupo das grávidas, ninguém conhecia e praticava correctamente os métodos anticoncepcionais; enquanto que as mães – 57 destas (45,2%), utiliza e conhece os métodos anticoncepcionais. É de notar, que 18 grávidas (14,4%) da nossa amostra e 25 mães, o que representa 20,2% do estudo, desconhecem ainda o Planeamento Familiar.

Face à idade das progenitoras das crianças/companheiros ou namorados das adolescentes estudadas não se observam diferenças significativas – fig. 19 – em ambos os grupos os indivíduos são, maioritariamente mais velhos que as adolescentes.

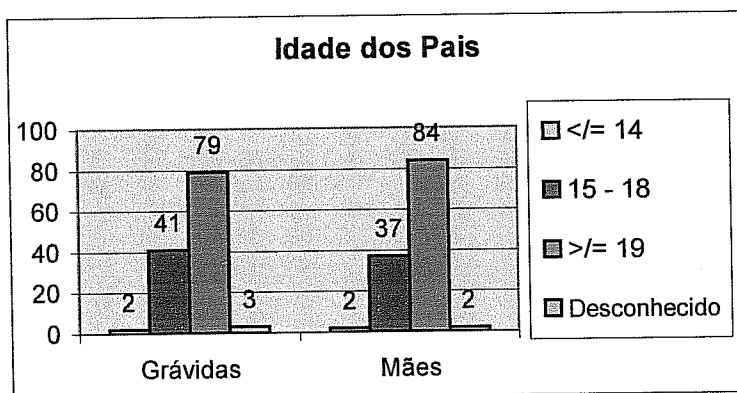


Fig. 19 – Idade dos Pais.

Relativamente à assumpção da paternidade por parte do pai (fig.20) da criança observa-se que na maioria das situações (quer no grupo das grávidas quer no grupo das mães), os progenitores assumem a paternidade. No entanto no grupo das adolescentes grávidas 20 indivíduos (16%) estava indeciso. E, no grupo das mães 1 indivíduo estava indeciso e 10 não assumiu os seus deveres de pai.

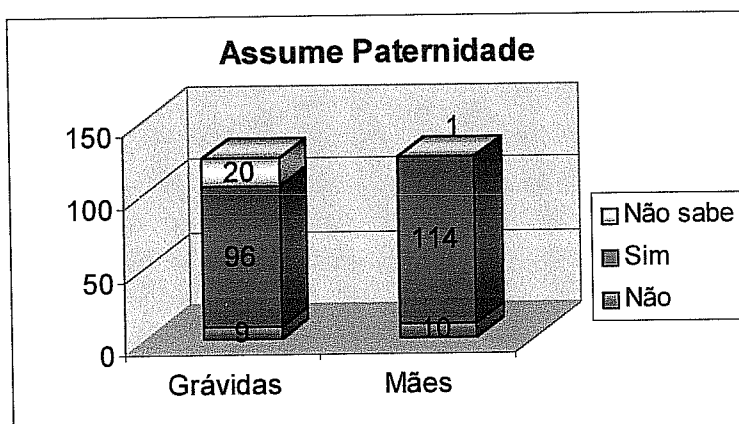


Fig. 20 – Assume Paternidade.

Quanto à profissão dos companheiros/namorados/pai da criança (fig. 21) constata-se quer no grupo das grávidas quer no grupo das mães que a maioria possuem profissões consideradas indiferenciadas - empregado de balcão; serventes; pedreiros (sector da construção civil); segurança; empregado de mesa...

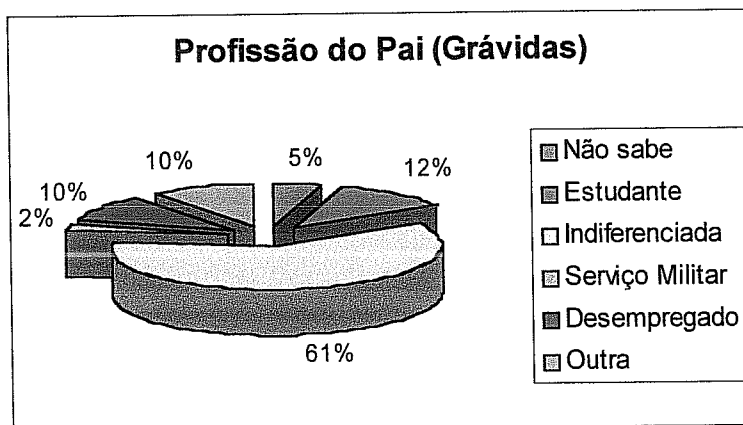


Fig. 21 – Profissão dos Pais.

12 (9,6%) indivíduos no grupo das grávidas estava desempregado e 20 (16%) no grupo das mães.

Não havendo diferenças significativas nas grávidas 15 (12%) dos pais das crianças eram estudantes; e 13 (10,4%) no grupo das mães.

Face ao tempo de namoro (fig. 22) não se verificam diferenças significativas, nos dois grupos – grávidas e mães.

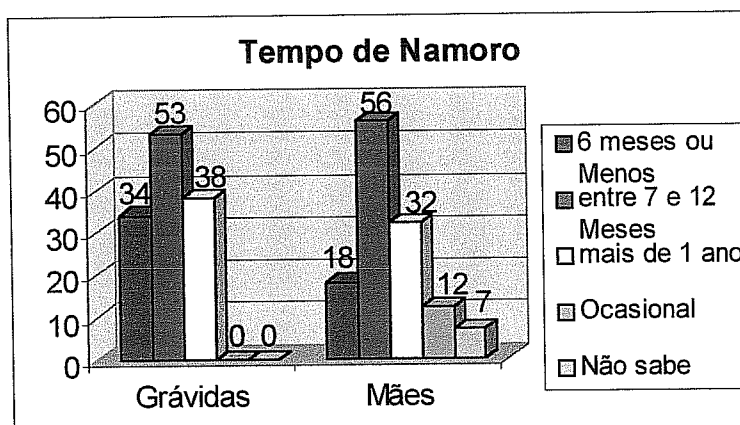


Fig. 22 – Tempo de Namoro.

A maioria das grávidas – (91 – 72,8%) mantinha uma relação há mais de 7 meses, bem como no caso das mães (70,4%) – o que equivale a 88 raparigas.

Quanto ao apoio social (fig. 23) – no grupo das grávidas 101 (80,8%) raparigas necessitou de apoio, verificando-se que no grupo das mães 52,8% 66 adolescentes, tiveram apoio social; este apoio traduz-se em: medicação; apoio em transportes; enxovais e roupas para as crianças; subsídios; encaminhamento para os diversos serviços da comunidade com vista ao estabelecimento de uma rede de apoio de suporte social.

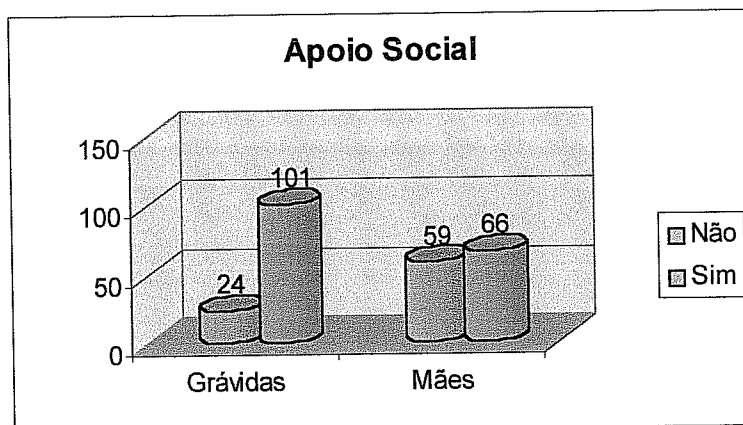


Fig. 23 – Apoio Social.

Quanto à área de proveniência quer das grávidas quer das mães as diferenças não possuem qualquer significado. Nas grávidas 33,6% ou seja, 42 adolescentes, vivem em Lisboa; e, nas mães 52, (41%) igualmente vive também na cidade.

Em ambos os grupos as adolescentes provêm de fora da cidade de Lisboa 66,4% no grupo das grávidas e 58,4% nas mães.

4.8 Resultados

- Questionário Desejo de Maternidade

Com a análise dos resultados deste questionário e perante a hipótese: diferenças entre grupos (grávidas/mães) para a escala Desejo de maternidade/paternidade.

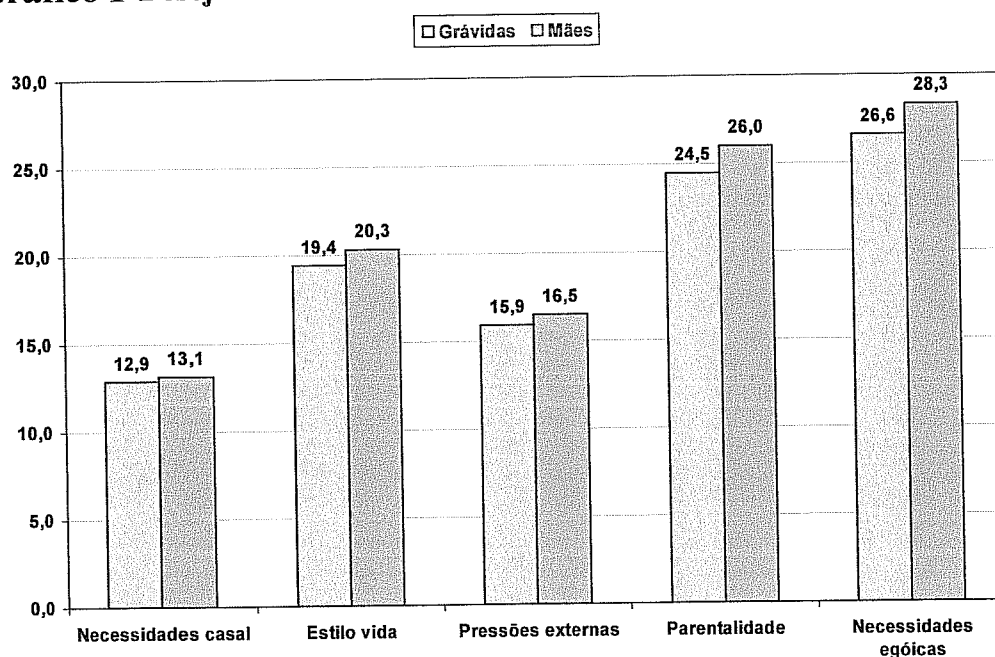
∴, pretendemos averiguar, face à nossa população (grávidas e mães adolescentes), quais as dimensões com maior significado. Como se pode observar no gráfico (1), não existem diferenças significativas entre os dois grupos, grávidas e mães.

As dimensões necessidades egóicas será o mais representativo, seguido da parentalidade, quer num grupo como noutro.

Quadro 1-Valores médios relativamente ao desejo de maternidade

	Média		D. padrão		V. mínimo		V. máximo	
	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães
Necessidades do casal	12,8	13,1	2,1	2,5	8	6	17	20
Estilo de vida	19,4	20,3	2,3	2,2	12	14	26	26
Pressões externas	15,9	16,5	2,7	2,4	22	8	22	
Parentalidade	24,5	26	2,4	2,3	17	15	30	30
Necessidades egóicas	26,6	28,3	2,3	2,7	21	22	31	35
D. Maternidade/Paternidade	99,2	104,2	7,1	6,4	82	89	114	125

Gráfico 1-Desejo de Maternidade



O teste t para a diferença de médias, indica-nos que podem ser consideradas estatisticamente significativas as diferenças entre grupos para: Estilo de vida ($t=-3,083$; $p<0,0025$), Pressões externas ($t=-1,804$; $p<0,0725$), Parentalidade ($t=-5,134$; $p<0,0005$), Necessidades egóicas ($t=-5,860$; $p<0,0005$) e QDMP-total ($t=-5,860$; $p<0,0005$).

Face aos resultados tanto as grávidas como as mães adolescentes, que constituíram a nossa amostra têm uma predisposição maior para a satisfação de necessidades internas, sendo um filho desejado enquanto alguém que virá cumprir e satisfazer as suas

necessidades narcísicas; seguido da parentalidade em que o desejo maternidade surge relacionado com o “dar”, o “tomar conta de”, o “amar alguém”, o que poderá ser interpretado como um desejo de constituir a própria família.

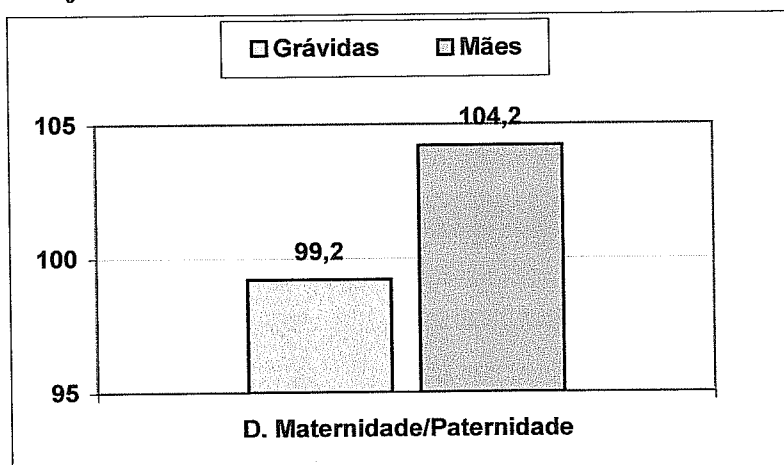
Estilo de Vida - Será a terceira dimensão a ter expressão mais significativa, quer para o grupo das grávidas sendo o valor médio (19,4) quer para o grupo das mães, (com o valor médio de 20.3); para estas raparigas as questões associadas à situação económica, profissional, social, poderá ser encarado como um factor a ter em conta, e de alguma importância, para quem tem o filho ou irá ter .

Quanto às Expressões Externas - para as nossas adolescentes, quer grávidas quer mães aparece em penúltimo lugar, na decisão de ter um filho; o que se poderá deduzir que a pressão de outras pessoas significativas e do meio envolvente, não têm grande expressão no desejo de maternidade.

E, por último, em ambos os grupos surgem as necessidades do casal – tanto as grávidas como as mães adolescentes, aparentam não estar preocupados com o sucesso da relação conjugal, pelo facto de estarem grávidas ou de serem mães; nesta dimensão a média para as grávidas é de 12.9 e para as mães de 13.1.

Como se observa no gráfico 2, o desejo de maternidade/paternidade não possuem diferenças significativas nos grupos das grávidas (99,2%) nem para o grupo das mães (104,2); sendo igualmente importante para as grávidas como para as mães.

Gráfico 2- Desejo de Maternidade –Grávidas / Mães



• ESCALA DE SATISFAÇÃO SOCIAL

Com a aplicação de escala de satisfação social de Ribeiro (1999), pretendemos medir o suporte social percebido, no grupo das grávidas adolescentes comparativamente com o grupo das mães adolescentes. Tendo em conta que esta percepção, segundo Ribeiro (1999) é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem estar e à qualidade de vida.

Segundo o gráfico (3) não existem diferenças significativas no grupo das grávidas comparativamente ao grupo das mães, relativamente à escolha das diferentes dimensões consideradas.

Hipótese 2: diferenças entre grupos (grávidas/mães) para a escala Satisfação social.

Quadro2-Valores Médios de Satisfação Social

	Média		D. padrão		V. mínimo		V. máximo	
	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães	Grávidas	Mães
Satisfação amigos	16,7	16,2	4,1	4,7	5	5	25	25
Intimidade	14,2	13,7	3	3,4	6	5	19	21
Satisfação família	10,4	10,9	2,6	3,1	3	3	15	15
Actividades sociais	9,3	8,1	2,6	2,9	3	3	15	14
Satisfação social (total)	50,5	48,9	9,3	10,5	25	17	67	75

Gráfico3 –Satisfação Social

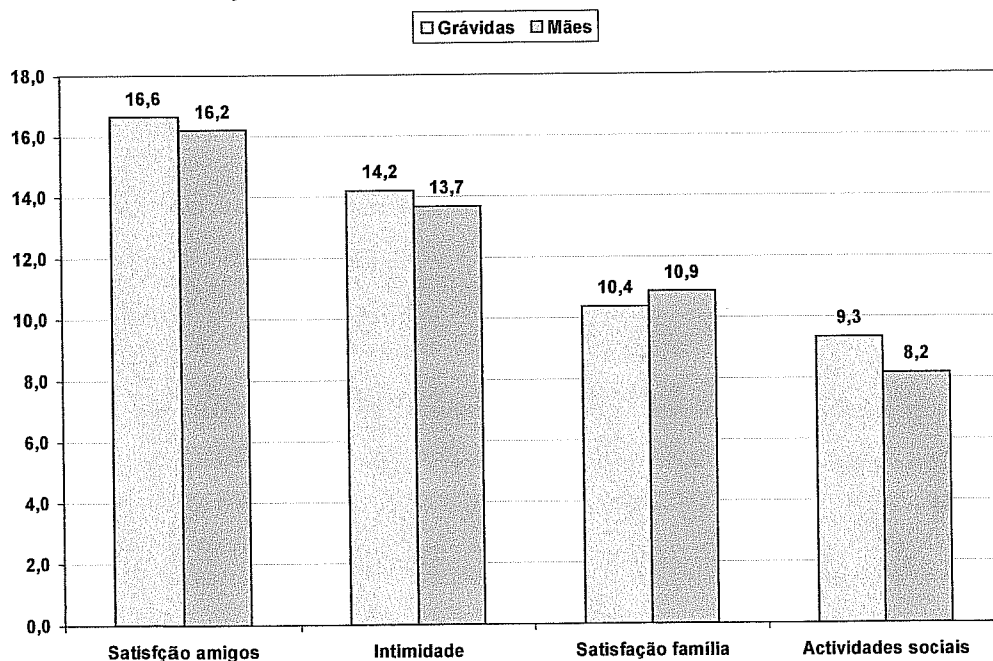
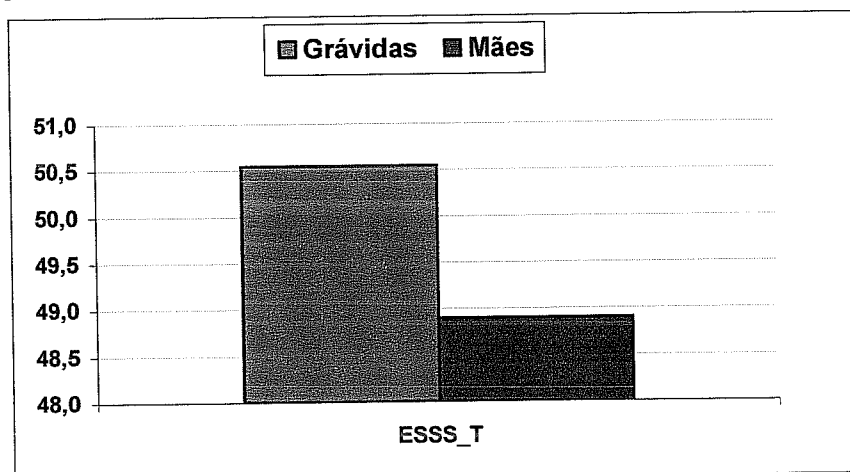


Gráfico 4 –Valores Médios de Desvio Padrão de Grávidas / Mães



Os valores médios, desvio padrão, valor máximo e mínimo para a escala ESSS são apresentados no quadro 2. Os gráficos 3 e 4 representam os valores médios para cada grupo de inquiridas e para cada variável considerada

O teste t para a diferença de médias, indica-nos que, para esta escala, apenas pode ser considerada estatisticamente significativa a diferença entre grupos para: Actividades sociais ($t=3,414$; $p<0,0015$).

Assim tanto o grupo das grávidas como das mães adolescentes colocam em primeiro lugar a sua satisfação com os amigos em que estes poderiam funcionar ou funcionam como um apoio de referência para estes grupos. Assumem os valores médios de 16.6 nas grávidas e 16.2 nas mães.

Em segundo lugar, na mesma escala, a preocupação da nossa população recai sobre a intimidade... (necessidade de desabafar com alguém, de ter alguém nas situações mais embaraçosas; de ter alguém que diga as suas preocupações).

Relativamente à satisfação com a família (satisfação á forma como se relacionou com a família; a quantidade de tempo que passa com esta e o que faz), surge em penúltimo como preocupação das grávidas adolescentes bem como das mães.

E, por último, as actividades sociais aparentam ser a menor preocupação que as raparigas quer grávidas, quer mães têm: as saídas, as actividades sociais que as satisfazem ou a participação em grupos organizados, como os escuteiros, clubes desportivos..., não parecem ser uma escolha preferencial para os dois grupos.

Análise Discriminante

A relação entre as diversas variáveis e os grupos de estudo (grávidas e mães) pode ser aprofundada por meio da análise discriminante (AD).

A AD é usada para descobrir as características que distinguem os membros de um grupo dos de outro de modo a que, conhecidas as características dos novos indivíduos, seja possível estabelecer a que grupo pertencem.

A AD pode ser entendida de modo análogo à regressão múltipla. Se tivermos dois grupos (codificados em grupo 1 e 2) e um conjunto de variáveis sobre os indivíduos que compõem estes grupos, então podemos utilizar a variável grupo como variável dependente numa análise de regressão múltipla. A AD consiste na obtenção de uma, ou mais, combinações lineares das variáveis independentes utilizadas em que os coeficientes de ponderação podem ser interpretados de modo idêntico aos coeficientes de um modelo de regressão múltipla. Podemos então considerar que quanto maior o valor dos coeficientes maior a importância da variável para a diferença entre grupos.

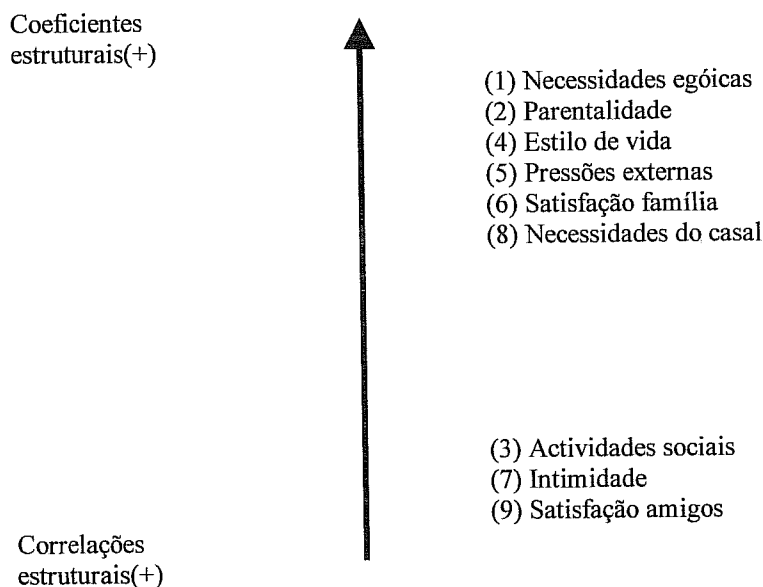
Em síntese a AD procura atingir três objectivos:

1. Identificar as variáveis que melhor discriminam entre dois ou mais grupos;
2. Utilizar estas variáveis para estimar uma função que permita o cálculo de uma nova variável que represente as diferenças entre os grupos;
3. Utilizar as variáveis discriminantes para estabelecer uma regra que permita a classificação de futuras observações.

No caso presente a aplicação do ponto 3 não é relevante (dado que não se põe a questão de classificar observações: uma grávida é uma grávida uma mãe é uma mãe). O ponto 1 e 3 revestem-se, porém, de especial relevância para a situação em estudo.

Os coeficientes estruturais permitem-nos identificar como variáveis discriminantes, e pela ordem da sua capacidade discriminativa: Necessidades egóicas , Parentalidade e Actividades sociais, são as variáveis que mais contribuem para a separação entre o grupo de grávidas e o de mães.

A função discriminante ($p < 0,0005$) obtida, que pode ser denominada de função maternidade (é uma sugestão), pode ser representada pelo modelo de ponderação apresentado na figura seguinte:



As variáveis 1, 2, 4, 5, 6 e 8 são características do grupo de mães, as variáveis 3, 7 e 9 são características do grupo de grávidas. De notar que a contribuição destas variáveis para a função maternidade não pode ser entendido de modo equitativo. Assim a contribuição da variável Necessidades egóicas é superior ao da variável parentalidade e o desta ao da variável Actividades sociais. (Ou seja, seguindo a ordem entre parêntesis).

Análise de Variância

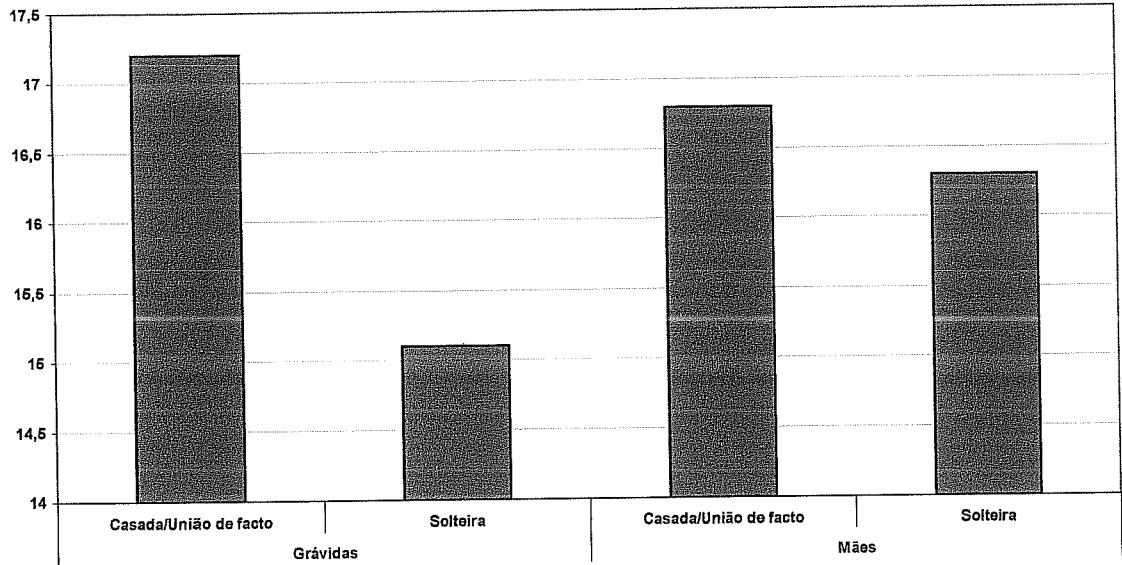
Com o intuito de tentar perceber se existem relações entre os grupos de estudo (grávidas/mães) e algumas das variáveis caracterizadoras da amostra (aquelas que me pareceram mais adequadas, e que cumpriam as condições necessárias, foram: o estado civil, a raça e o tipo de famílias de origem) procedeu-se a uma análise de variância a mais de um factor. Deste modo é possível responder à questão que se coloca que é a de saber qual o efeito isolado e qual o efeito conjunto dos factores. Por exemplo, qual o efeito do estado civil no comportamento das grávidas e das mães face as variáveis dependentes (as diversas escalas) Na ausência de interacção o efeito do grupo pode ser generalizado para todas as categorias do segundo factor, para o caso do exemplo, o estado civil.

Assim, para o factor raça não foi encontrada qualquer interacção significativa, pelo que, podemos afirmar que a raça não tem influência no grupo face as variáveis dependentes (apenas se considerou a variável raça mas categorias de caucasiano e negra pois as restantes categorias apresentavam frequências muito baixas em cada um dos grupos).

- Pressões externas/estado civil dos inquiridos

Observamos que tanto no grupo das grávidas adolescentes como o das mães adolescentes; são as casados e as que vivem em união de facto que, dão maior significado às expectativas de terceiros; face à situação de gravidez como o de maternidade.

Gráfico5- Valores médios para a variável pressões externas de acordo com o estado civil das inquiridas



Quadro3
Valores médios do desejo de maternidade/paternidade de acordo c/ estado Civil

	Grávidas		Mães	
	Casada/U. facto (N=47)	Solteira (N=78)	Casada/U. facto (N=64)	Solteira (N=49)
Média	17,2	15,1	16,8	16,3
D. padrão	2,5	2,5	2,2	2,6
V. Mínimo	12	8	11	9
V. Máximo	22	21	22	23

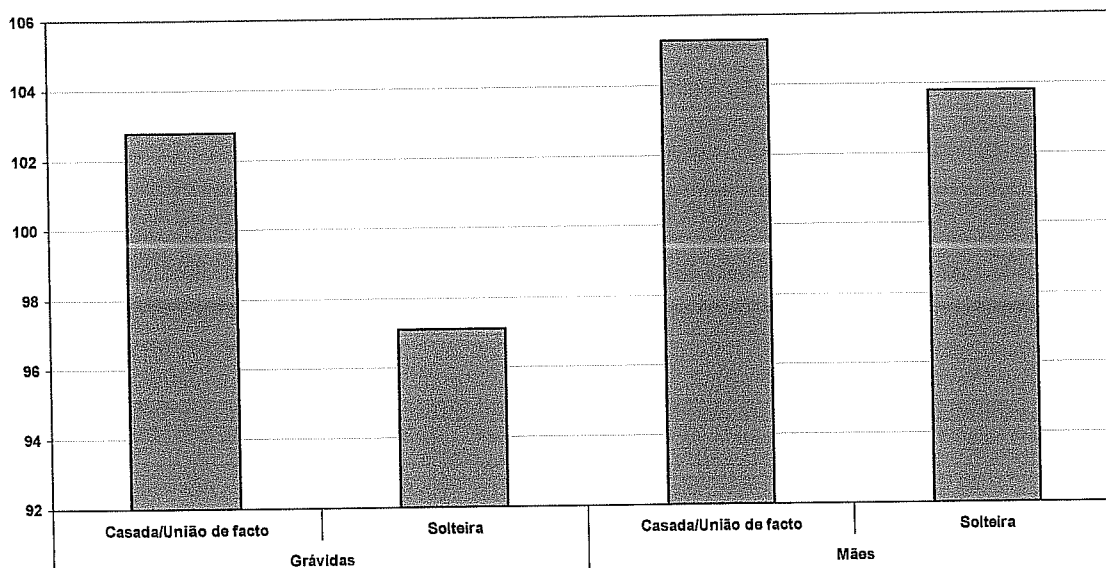
- Desejo de maternidade/paternidade de acordo com o estado civil

Assume uma maior importância, novamente, nas raparigas que são casadas ou vivem em união, quer no grupo das grávidas como as mães.

Parece-nos que o estado civil será um factor que está inerente ao desejo de gravidez bem como o da maternidade.

Gráfico 6

Valores médios para a variável desejo da maternidade/paternidade de acordo com o estado civil das inquiridas



Quadro 4

Valores médios para a variável desejo da maternidade/paternidade de acordo com o estado civil das inquiridas

	Grávidas		Mães	
	Casada/U. facto (N=47)	Solteira (N=78)	Casada/U. facto (N=64)	Solteira (N=49)
Média	102,8	97,1	105,3	103,8
D. padrão	5,9	6,9	6,2	6,3
V. Mínimo	86	82	90	90
V. Máximo	114	112	120	120

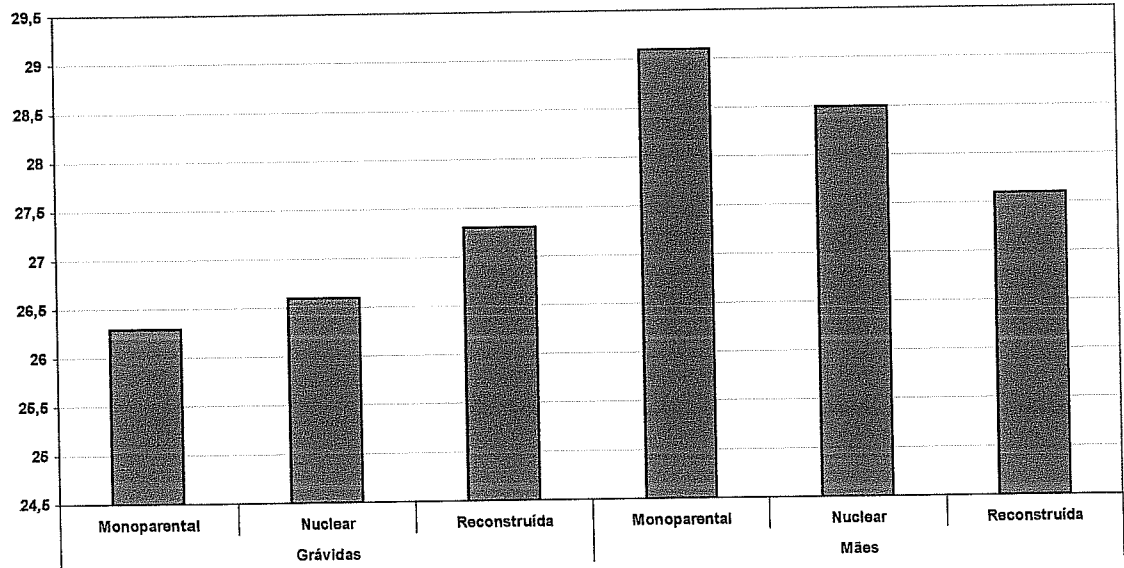
- Necessidade egóica/tipo de família de origem

Nesta relação de necessidades egóicas (satisfação das necessidades internas; o filho surge para cumprir uma função em termos de preenchimento do ego) relativamente ao tipo de família de origem, assume expressões mais significativas no grupo das mães em as que têm origem em famílias monoparentais, dêem maior importância a esta dimensão.

Nas grávidas são as raparigas que pertencem a agregados familiares reconstruídos que enunciam as necessidades de “receber” e preenchimento do seu ego, (se assim se poderá afirmar) em primeiro lugar.

Gráfico 7

Valores médios para a variável necessidades egóicas de acordo com o tipo de família de origem



Quadro 5

Valores médios para a variável necessidades egóicas de acordo com o tipo de família de origem

	Grávidas			Mães		
	Monoparental (N=44)	Nuclear (N=57)	Reconstruída (N=19)	Monoparental (N=37)	Nuclear (N=44)	Reconstruída (N=35)
Média	26,3	26,6	27,3	29,0	28,5	27,6
D. padrão	2,5	2,3	1,9	2,5	2,7	2,9
V. Mínimo	21	21	24	24	12	22
V. máximo	31	31	31	35	34	33

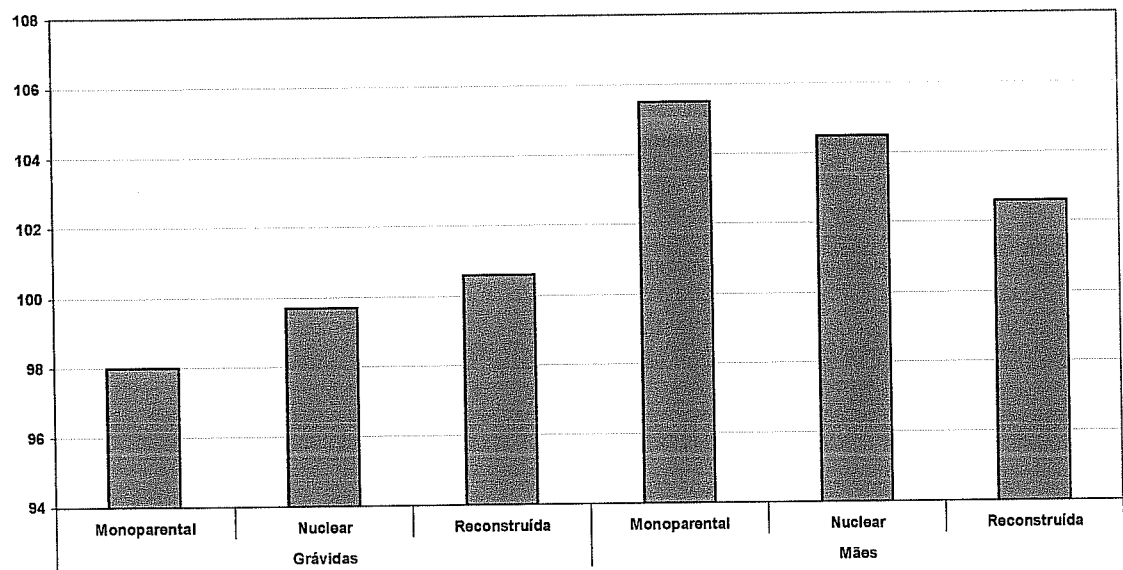
- Parentalidade

È no grupo das mães e, também nas raparigas provenientes de famílias, monoparentais (vive só com o pai, ou só com a mãe) que o desejo de ser mãe, cuidar de uma criança e

ter disponibilidade para ... é mais evidente. Nas grávidas não existem diferenças significativas face ao tipo de famílias de origem correlacionado com a parentalidade.

Gráfico 8

Valores médios para a variável desejo de maternidade/paternidade de acordo com o tipo de família de origem



Quadro 6

Valores médios para a variável desejo de maternidade/paternidade de acordo com o tipo de família de origem

	Grávidas			Mães		
	Monoparental (N=44)	Nuclear (N=57)	Reconstruída (N=19)	Monoparental (N=37)	Nuclear (N=44)	Reconstruída (N=35)
Média	98,0	99,7	100,6	105,5	104,5	102,6
D. padrão	7,2	6,9	7,0	7,1	6,4	5,1
V. Mínimo	83	82	84	90	91	89
V. máximo	112	114	112	125	120	113

- Intimidade/Estado civil – Escala de Satisfação Social

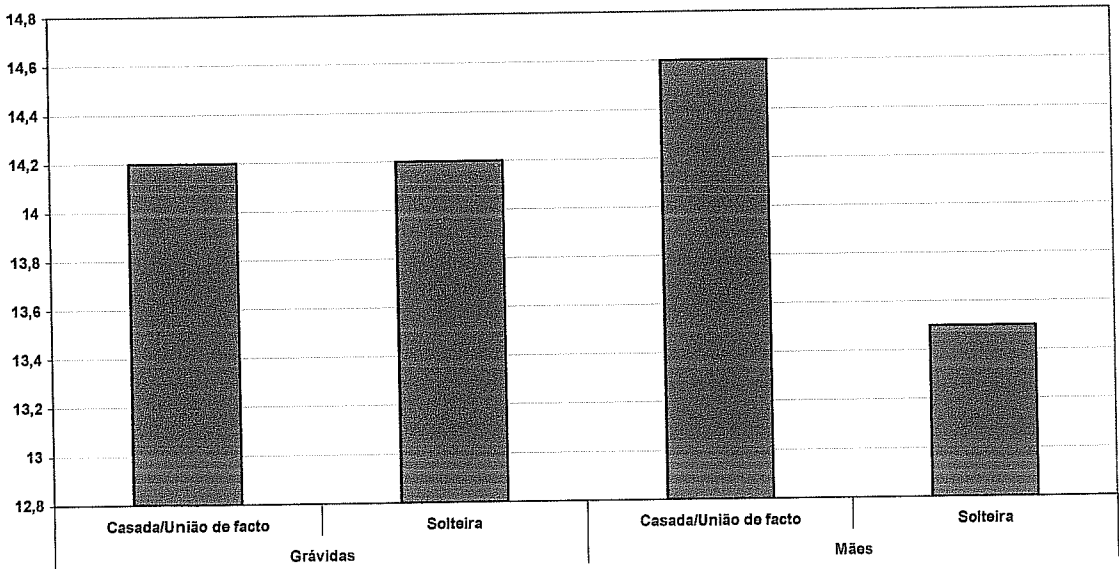
Constata-se que: no grupo das grávidas, tanto as casadas/união de facto como as solteiras, não apresentam diferenças significativas quanto a necessidades sentidas de :

estar/desabafar, com alguém muito íntimo. Em ambas os estado civis não se observam diferenças significativas.

No entanto no grupo das mães as casadas/união de facto revelam dar grande importância ao facto de se ter alguém verdadeiramente íntimo e com quem se possa desabafar.

Gráfico 9

Valores médios para a variável intimidade de acordo com o estado civil das inquiridas



Quadro 7

Valores médios para a variável intimidade de acordo com o estado civil das inquiridas

	Grávidas		Mães	
	Casada/U. facto (N=47)	Solteira (N=78)	Casada/U. facto (N=64)	Solteira (N=49)
Média	14,2	14,2	14,6	12,4
D. padrão	2,8	3,1	2,9	3,8
V. Mínimo	7	6	6	5
V. Máximo	19	19	21	21

Por último, para variável tipo de família de origem, a sua interacção com o factor grupo revelou-se significativo para as subescalas desejo de maternidade/paternidade ($p < 0,075$) e necessidades egóicas ($p < 0,0215$). Neste caso, e por motivos idênticos, apenas foram utilizadas as categorias de monoparental, nuclear e reconstruída.

DISCUSSÃO

Perante o objectivo proposto de comparar grávidas adolescentes com mães adolescentes, no respeitante ao desejo de maternidade em função ao suporte social percebido poderemos afirmar que quanto à caracterização social:

- . São raparigas pertencentes a um estrato social baixo; e de acordo com a classificação de Almeida;
- . Baixa escolaridade;
- . Abandono escolar precoce
- . Pertencem a agregados familiares numerosos;
- . Estabelecem relações amorosas, com indivíduos mais velhos e igualmente da mesma classe social;
- . As gravidezes são na sua maioria ocasionais, não planeadas mas assumidas;
- . Durante e após a gravidez as adolescentes, (na sua maioria) continua a viver em casa da sua família, acentuando as dificuldades sociais já existentes.

Estas características poderão levar-nos a dizer que as grávidas e mães adolescentes, são na sua maioria socializadas numa cultura de exclusão. Estas jovens são "lançadas" em situações de reprodução de ciclo de exclusão em que predominam famílias carenciadas, com agregados numerosos, e onde os problemas aparentam ser geracionais. Factos que parecem condizer com a literatura consultada; as grávidas ou mães, pertencem, frequentemente, a famílias disfuncionais, numerosas e com problemas sócio-económicos. Canavarro (2001).

O contexto de existência muitas vezes associado à maternidade na adolescência é desfavorável sob diversos pontos de vista: baixo nível sócio-económico, baixo nível educativo e monoparentalidade. Estas condições de desvantagem podem contribuir para

os efeitos adversos que se observam nas crianças em consequência da maternidade adolescentes. Figueiredo (2000).

No nosso estudo 40% das crianças que iriam nascer (no caso dos filhos das grávidas) foram consideradas em risco. E, 26%, (no grupo das mães) estava igualmente em risco. Almeida (1999), no seu estudo sobre maus-tratos infantis, refere que 13% das crianças negligenciadas em Portugal, são resultado de gravidezes precoces.

Quanto aos resultados do Questionário de Desejo de Maternidade (Leal, 1990) e a Escala de Satisfação Social de Ribeiro (1999) constata-se que não existem diferenças significativas no grupo de grávidas e das mães adolescentes.

O facto de a dimensão parentalidade, assumir o segundo lugar, parece-nos estar ligado ao que alguns autores referem: a família a constituir é de facto o objectivo central nas suas estratégias de vida, mais do que o percurso escolar ou a vida profissional. Vilar e Gaspar (1999).

Relativamente à Escala de Satisfação Social - a satisfação com os amigos aparece em primeiro lugar, o que poderemos traduzir e de acordo com Vilar e Gaspar (1999) o apoio dos amigos, parece ser o factor que fazem com que uma gravidez se torne desejada, mesmo quando já não o era desde o início.

A aceitação da gravidez, pelo contexto social, em que a adolescente se insere, pode favorecer a auto-aceitação da própria gravidez, tornando-se desejada.

Outro aspecto a destacar será a influência que as novas formas de famílias (monoparentalidade/reconstruídas) exercem nas adolescentes, face ao desejo de gravidez e necessidades egóicas. Um filho parece conferir um sentido à vida, pela valorização social da infância, que, apesar de não ter sido projectado, acaba por ocupar os seus projectos de vida. A gravidez e a maternidade parecem funcionar para a adolescente, como uma "âncora" que lhe permitirá preencher vazios afectivos e ausências de projectos de vida, acabando por assumir um papel de compensação.

Consideramos que a gravidez e maternidade na adolescente poderá trazer "custos" acrescidos, na vida destas jovens quer ao nível das oportunidades, das condições e qualidade de vida, das mesmas.

Referências

- Almeida, J. M. R. (1987) – Adolescência e Maternidade – Lisboa – Fundação Gulbenkian.
- Almeida, A. N.; André, I. M.; Almeida, H. W. (1999) – Famílias e Maus às Crianças em Portugal – Lisboa – Assembleia da República.
- Alvarez, M. G. (1995) – “Esboços do Feminino: Procura do Materno” – Análise Psicológica – 1-2 – XIII Janeiro – Junho – pp. 33-37.
- Alves, N., Fernandes, A. A., Nunes, J. S. & Vasconcelos, P. (1998) Jovens Portugueses de Hoje, (M. V. Cabral & J. M. Pais Coord.). Lisboa: Celta.
- Alves, M. J. (2001) – Editorial – Sexualidade & Planeamento Familiar – n.º 32 Nov./Dez. – pp.1- 2.
- Aptel, N. H. & Seitz, V. (1991). Four models of adolescent mother - grandmother relationships in black inner-city families. *Family relations*, 40, pp. 421 - 429.
- Aroso, A. (1988) – Gravidez e Parto na Adolescência; *Jornal O Médico* – n.º 1908 – Dez. – pp.532 - 536.
- Badinter, E., (1980) – O Amor Incerto – Lisboa – Relógio d'Água.
- Barrera, Jr. (1986) Distinctions Between Social Support Concepts, Reassures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), pág. 413-445.
- Barrera, Jr. & Ainlay, S. L. (1983) The Structure of Social Support. A conceptual and Empirical Analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133, 143.
- Beauvoir, Simone, (1981) – O Segundo Sexo – Amadora – Livraria Bertrand.
- Bells, C.; (1981) – Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia. Bulletin*, 7 (1), pp.58 – 72.
- Bibring, G. L. (1961) – A Study of Psychological Processes in Pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14 (1), pp. 97 - 105.
- Bouça, D. – (1997) – Madrugada de Lágrimas - Porto – Ambar.
- Brugha, T. (1993) – Social Support Networks . In D. Brugha & J. Lett (Eds.). *Principles of Social Psychiatry* (pp. 502-516). London: Blackwell Scientific Publication.
- Byrne, D. (1983) The antecedents, correlates, and consequences of erotophobia - erotofilia. In C. Davis (Ed.), *Challenges in sexual science: current theoretical issues and research advances*. Philadelphia: society for the scientific study sex.

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

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.

Cidrais, J. C.; Araújo, R.; Areias, M. A. ; Roche, M. V. G.; (1989) – “ Recém-Nascidos, Filhos de Mulheres com menos de 20 anos de idade” – Jornal “O Médico” – n.º 2298 – Fev. – pp.160-162.

Cohen, S. & Syme, S. C. (1985) Issues in Study and Application of Social Support. In. S. Cohen & S. C. Syme (Eds.). Social Support and Health (pp. 3-11). New York: Academic Press.

Colleta, N. (1981). Social Support and the risk of maternal rejection by adolescent mothers. Journal of Psychology, 109, 191-197.

Collins, N., Dunkel - Scheher, C., Label, M. e Scrimshaw, S. (1993). Social Support in Pregnancy; Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Post Partum Depression. Journal of Personality and Social Psychology, 65(6), 1243-1258.

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

Cordeiro, J. D. (1987) – Aspectos Psicológicos e Sociais da Gravidez na Adolescência – Lisboa – Alter/Ego.

Correia, M. J.; Alves, M. J. (1990) – Gravidez na Adolescência o Nascimento de uma Consulta e de um Programa de Intervenção – Análise Psicológica – n.º 4 – Série VIII . pp.429 – 434.

Correia, M. J. (1998) - Sobre a Maternidade - Análise Psicológica nº 3 - Série XVI – Julho/Setembro - pp. 365-391.

Crockenberg, S. B., (1981) - Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. Child development, 52, 857 - 865.

Crockenberg, S. (1988). Social Support and Parenting. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. Jogman (Eds.) Theory and Research in Behavioral Pediatrics (pp. 141-174). New York: Plenum.

Direcção Geral de Saúde – Estatísticas Demográficas – 1999/2000 – Lisboa – D.G.S.

Dunkel - Scheher, C. & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the Cognitive and Behavioural Aspects of Social Support. In B. R. Sarason, & G. Sarason & G. R. Pierce

(Eds.), Social Support. Na Interaction View (pp. 267-318). New York, John Wiley & Sons.

Evert Kettiing, Ph. D. (2000) – A Sexualidade dos Rapazes na Europa Moderna – Sexualidade & Planeamento Familiar – Associação do Planeamento para a Família – n.º 27/28 – Julho/Dez. – pp. 5-12.

Faria, M. C. - Aspectos Psicológicos de Inseminação com Esperma de Dador ou "Gene que tem os olhos de pai?" - pp. 111-112 - *Análise Psicológica* - nº 1/2 Série XIII - 1995.

Ferreira, C. R.; Costa, A. R.; Bragança, L.; Leite, P. L. P. (1998) – In “Incidência de Gravidez” Situação de Mães Adolescentes no Sul da Europa – Estudo de Investigação – Fundação de Juventude – pp. 31-38.

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

Gottlieb, B. (1981) – Social Networks and Support in Community Mental Health. In B. H. Gottlieb (Ed.) – Social Networks and Social Support – pp. 11-39 – Califórnia – Beverly Hills – Sage Publications.

House, J. S. (1981) – Work, Stress and Social Support. Reading MA: Addison – Wesley.

House, J. S. & Kahn, R. (1985) – Measures and Concepts of Social Support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.) Social Support and Health (pp. 83-108). New York: Academic Press.

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

Instituto Nacional de Estatística (1999). Estatísticas de Saúde. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2000). Estatísticas de Saúde. Lisboa: INE.

Justo, J. C. (1982) – Introdução do Estudo da Organização Defensiva para a Mulher grávida. Lisboa. F.P.C.E.U.L.

Justo, J. C. (1990) – Gravidez e Mecanismos de Defesa: Um Estudo Introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), pp. 371-377.

Kitzinger, S. (1978). Mães – Um Estudo Antropológico de Maternidade. Portugal. Editorial Presença.

Leal, I. (1990) – Nota de Abertura – *Análise Psicológica*, n.º 4 – VIII – Out. – pp. 365-366.

Leal, I. (1997) - Transformações Sócio-culturais de Gravidez e da Maternidades: Correspondente Transformação Psicológica - Acta 5 - 2º Congresso - (pag. 204,205). Nacional da Psicologia de Saúde - Braga, 27 de Fevereiro a 1 de Março.

Leal, I. - (2000) – Gravidez e Maternidade – Sexualidade e Planeamento Familiar – Associação de Planeamento para a Família – n.º 27/28 – Julho/Dez. pp. 23-26.

Leal, I. (2001) – Interrupção Voluntária da Gravidez – Sexualidade e Planeamento Familiar – Associação do Planeamento para a Família. n.º 27/28 -, Nov./Dez. – pp. 7-11.

Lepore, S., Evan, G. & Schneider, M. (1991). Dynamic of Social Support in the Link Between Chronic Stress and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), pp. 899-909.

Lindahl, K. – (2001) – A Experiência Sueca de Aborto Seguro e Legal Sexualidade & Planeamento Familiar – n.º 32 – Nov./Dez. pp. 23-28.

Lourenço, M. M. C. (1998) – Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência – Lisboa – Fim de Século.

Maldonado, M. T. P. (1984) – Psicologia de Gravidez – Vozes de Petrópolis – Rio de Janeiro.

Matos, I. (1998) - "A gravidez na Adolescência" - Revista Pais e Filhos - Janeiro - pp. 28/29.

Matos, A. C., Garcia, P., Ferreira, L., Baptista, M., Xarepe, F., Alves, M. J., Macedo, M. C. (1999) - Estudo prospectivo de 172 recém-nascidos filhos de mães adolescentes - PATHOS - Ano XV - n.º 4 - pp. 23 – 25.

McIntosh, N. J. – (1990) – Identification and Investigation of Properties of Social Support. *Journal of Organisation Support*, 12, pp. 201-217.

Miranda, R. M. – (1995) – As situações de aborto e sua problemática social – Boletim do Hospital de St. António -Porto – pp. 19-25.

Oliveira, M. L. (2000) – Uma sua partida. Maternidade e Planeamento Familiar – Associação para o Planeamento da Família – n.º 27/28 – Julho/Dez. – pp. 19-23.

Ornelas, J. (1994) – Suporte Social, origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3, XII, pp. 333-339.

Pedro, J. C. G. (1985) – A relação mãe – filho: influências do contacto precoce no comportamento da idade. *Estudos Gerais; Série Universitária*. Imprensa Nacional da Casa da Moeda.

Pires, A. (2001) – Crianças (e pais) em Risco – Lisboa - ISPA.

Rios, L. F.; Torres, M. & Diaz, L. (1992). – Apoyo Social. Implicaciones para la Psicología de la Salud. I. A. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud* (Vol. I, pp. 81-145). Valência.

- Rowland, J. H. – (1990) – International Resources. Social Support.; In J. C. Holland & Holland (Eds.), - Handbooks of Psychology – Psychology Care of the Patient with Cancer (pp. 58-71). New York. Oxford University Press.
- Sampaio, D. (2001) – Funções parentais hoje – IV Encontro Anual – A Família – Casa Pia de Lisboa – pp. 19-34.
- Sampaio, D. (1997) – A Cinza do Tempo – Lisboa – Ed. Caminho.
- Sarason, B. R., Sherin, E. N. Pierce, G. R. & Sarason, J. G. (1987) Interactions of Social Support Measures: Theoretical and practical implication. Journal of Personality and social psychology, 52, 813 - 832.
- Sarason, B. R., Sarason, F. G., Pierce, G. R. (1990). Traditional View of Social Support and their Impact on Assessment. In Sarason, B. R. Sarason, F. G., Pierce G. R. (Eds), Social Support (pp. 9-21). New York: John Wiley & Sons.
- Seabra Diniz, J. (1993) - Este meu filho eu não tive - Porto - Ed. Afrontamento.
- Sedas Nunes, J., Machado Pais, J. & Smit, L. (1989) A Convivialidade e a relação com os outros. Lisboa. ICS.
- Silva, M. O. (1992) – “A gravidez na adolescência” Relevância Clínica da Intervenção Pré-Natal – Dissertação de Doutoramento.
- Soares, I.; Marques, M. C.; Martins, C; Figueiredo, B.;M Jongenelen, I.; & Matos, R. – (2001) Gravidez e maternidade na Adolescência – um Estudo Longitudinal - Psicologia de Gravidez e Maternidade – Coimbra – pp. 359-367.
- Spieker, S. & Bersley, L. (1994). Roles of living arrangements and grandmother social support in a adolescent mothering and infant attachment. Developmental Psychology, 99 (1), 69 - 78.
- Teixeira, I.; Leal, I. P. (1995) – Expectativas e Atitudes de Mães Primíparas com filhos Prematuros – Análise Psicológica – n.º 1-2 XIII – Janeiro/Junho – pp. 191-194.
- Vasconcelos, P. (1998) – Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses, pp. 215-304 – In Jovens Portugueses de Hoje – Coord. – Cabral, M. V.; Pais, J. M. - Oeiras - Celta.
- Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre a sexualidade juvenil. Sexualidade e Planeamento Familiar, n.º 21-22, pp. 7-11, A.P.F.
- Vaz, J. M. (1996) – “Adolescência” – Comunicação apresentada no V Encontro sobre Adolescência – NES – Hospital de St. Maria.
- Vilar, D. (1998) – “A incidência de gravidez” in Situações de Mães Adolescentes no sul da Europa – Estudo de investigação – Fundação da Juventude – pp. 31-38.

Vilar, D.; Gaspar, A. M. (1999) – “Traços Redondos” (A Gravidez em Mães Adolescentes) – Traços e Riscos de Vida – Porto - Ambar.

Vilar, D. – (2001) – Aborto: representações e práticas – Sexualidade e Planeamento Familiar – n.º 32 – Nov./Dez. – pp. 13-18.

Viseu, O.; Nóbrega, D. (1983) – “Um estudo clínico de gravidez em jovens até aos 16 anos em Lisboa” – Arquivo Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, vol. XI; - pp.

Wills, T. (1985). Supportive Functions of Interpersonal Relationships. In S. Cohen & S. L. Syne (Eds), Social Support and Health (pp. 61-82). New York: Academic Press.

Xarepe, F. (1990) – “A gravidez na adolescência” – Aspectos Sociais – Análise Psicológica, n.º 4 (VII) – Outubro – pp. 435-437.

Xarepe, F.; Lavinha, I; Correia, M. J.; Alves, M. J.; (1998) – “Joana: uma gravidez aos 12 anos – Uma abordagem multidisciplinar – Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa – vol. XIV – n.º 1 – Abril – pp. 5-7.

Xarepe, F., (2001) “A gravidez adolescente – A Adopção – em que contexto – Sexualidade e Planeamento Familiar – Associação para o Planeamento da Família – n.º 27/28 – Janeiro – pp. 33-36.

Xarepe, F., (2001) – Apoio Multidisciplinar numa adolescente grávida – IV Encontro Anual – Serviços de Psicologia e Orientação – Casa Pia de Lisboa – pp. 107-126.

ANEXO 1

Grupo Etário

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
13-14 Anos	9	7,20	2	1,60
15-16 Anos	66	52,80	35	28,00
17-18 Anos	50	40,00	88	70,40
Total	125	100,00	125	100,00

Raça

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Caucasiana	89	71,2	93	74,4
Negra	31	24,8	29	23,2
Outra	5	4,0	3	2,4
Total	125	100	125	100

Estado Civil

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Solteira	78	62,4	49	39,2
Casada	6	4,8	10	8,0
União de facto	41	32,8	54	43,2
Divorciada ou Separada	0	0	12	9,6
Total	125	100	125	100

Profissão

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Indiferenciadas	10	8	39	31,2
Desempregadas	13	10,4	35	28
Domésticas	57	45,6	21	16,8
Estudante	45	36	28	22,4
Outras	0	0	2	1,6
Total	125	100	125	100

Escolaridade

		Grávidas		Mães	
		N.º	%	N.º	%
Analfabeta		1	0,8	2	1,6
1º Ciclo		11	8,8	25	20
2º Ciclo		42	33,6	24	19,2
3º Ciclo	Incompleto	43	34,4	46	36,8
	Completo	17	13,6	14	11,2
Ens. Secundário		11	8,8	11	8,8
Incompleto					
Total		125	100	125	100

Abandono Escolar

		Grávidas		Mães	
		N.º	%	N.º	%
Sim		46	36,8	61	48,8
Não		79	63,8	64	51,2
Total		125	100	125	100

Situação Económica

		Grávidas		Mães	
		N.º	%	N.º	%
Carência		72	57,6	56	44,8
Mínima		52	41,6	35	28,8
Suficiente		0	0	32	25,6
Boa		1	0,8	1	0,8
Total		125	100	125	100

Composição do Agregado Familiar

		Grávidas		Mães	
		N.º	%	N.º	%
Menos de 5 elementos		44	35,2	62	49,6
5 elementos ou mais		81	64,8	63	50,4
Total		125	100	125	100

Tipo de Família de Origem

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Sem família	1	0,8	2	1,6
Alargada	4	3,2	1	0,8
Monoparental	44	35,2	39	31,7
Nuclear	57	45,6	45	35,8
Reconstruída	19	15,2	35	28,5
Família de Acolhimento	0	0	2	1,6
Total	125	100	125	100

Relações Familiares

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Sem apoio	40	32	49	39,5
Com apoio	85	68	76	60,5
Total	125	100	125	100

Abordagens na Família

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Não	56	44,8	96	76,8
Sim	69	55,2	29	23,2
Total	125	100	125	100

Hábitos Aditivos na Família

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Sim	19	15,2	32	25,8
Não	106	84,8	93	74,2
Total	125	100	125	100

Com quem vive

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Família de origem	75	60	61	48,4
Família do pai da criança	16	12,8	28	22,6
Pai da criança	19	15,2	26	21
Instituição	3	2,4	2	1,6
Outro	12	9,6	8	6,4
Total	125	100	125	100

Desejo de Gravidez

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Rejeição	10	8	2	1,6
Desejada e planeada	10	8	4	3,2
Assumida mas não desejada	105	84	119	95,2
Total	125	100	125	100

Número de Gravidezes

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Uma	11	8,8	99	79
Mais de uma	4	9,2	26	20,8
Nenhuma	110	88	0	0
Total	125	100	125	100

Numero de Abortos

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Um	1	0,8	9	7,3
Mais de um	7	5,6	2	1,6
Nenhum	117	93,6	114	91,1
Total	125	100	125	100

Planeamento Familiar

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Desconhece	18	14,4	25	20,2
Práticas inadequadas	107	85,6	43	34,7
Conhece e pratica	0	0	57	45,2
Total	125	100	125	100

Assume Paternidade

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Não	9	7,2	10	8
Sim	96	76,8	114	91,2
Não sabe	20	16	1	0,8
Total	125	100	125	100

Profissão do Pai

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Não sabe	6	4,8	2	1,6
Estudante	15	12,0	13	10,4
Indiferenciada	81	64,8	84	67,2
Serviço militar	3	2,4	3	2,4
Desempregado	12	9,6	20	16
Outra	8	6,4	3	2,4
Total	125	100	125	100

Projectos de Vida Futuros

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
Sim	41	32,8	60	48
Não	84	67,2	65	52
Total	125	100	125	100

Tempo de Namoro

	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
6 meses ou menos	34	27,2	18	14,4
Entre 7 e 12 meses	53	42,4	56	44,8
Mais de 1 ano	38	30,4	32	25,6
Ocasional	0	0	12	9,6
Não sabe	0	0	7	5,6
Total	125	100	125	100

Idade dos Pais				
	Grávidas		Mães	
	N.º	%	N.º	%
<= 14	2	1,6	2	1,6
15 - 18	41	32,8	37	29,6
>= 19	79	63,2	84	67,2
Desconhecido	3	2,4	2	1,6
Total	125	100,00	125	100,00

Apoio Social				
	Grávidas		Mães	
	N,º	%	N,º	%
Sim	24	19,2	59	47,2
Não	101	80,8	66	52,8
Total	125	100	125	100

Criança de Risco				
	Grávidas		Mães	
	N,º	%	N,º	%
Sim	75	60	92	73,6
Não	50	40	33	26,4
Total	125	100	125	100

ANEXO 2

TABELA DO QUADRO SOCIAL

	H	T	I	SE	R F	G	R M F	P F
	HABITAÇÃO	TRABALHO	INSTRUÇÃO	SITUAÇÃO ECONÓMICA	RELAÇÕES FAMILIARES	GRAVIDEZ	MÃE/FILHO	PLANEAMENTO FAMILIAR
0	Não tem casa	Desempregada	Analfabeta	Sem meios de subsistência	Sem família	Rejeição total da gravidez com tentativa de aborto	Rejeição total	Não sabe
1	Tem um sítio onde dormir, mas não é seu	Trabalho ocasional	Sabe ler e escrever. Ensino primário (4ª classe)	Grande carência económica	Tem família, mas não tem apoio	Gravidez não desejada e rejeição da criança ao nascer	Rejeição por pressões sociais	Não quer saber
2	Habitação degradada/Barraca. Habitação superlotada	Doméstica/Reformada/Estudante	Ensino básico (2º/9º ano)	Condição económica mínima para sobreviver	Pouco apoio familiar	Não desejada mas assumida	Rejeição da criança por repulsa pelo seu estado	Ouvir falar mas não sabe o que é
3	Parte de casa/Quarto/Casa de familiares	Trabalha por conta de outrem sem contrato. Trabalha p/conta própria-instável	Ensino secundário (Unificado)	Condição económica suficiente	Ambiente familiar com certa afectividade	Gravidez desejada mas com problemas de saúde	Atitude ambivalente em relação à criança	Noções e práticas inadequadas
4	Casa alugada adequada	Trabalha por conta de outrem c/ contrato	Curso médio	Equilibrada	Ambiente familiar com muita afectividade e inter-ajuda	Assume e aceita	Relação equilibrada	Quer mas necessita ajuda
5	Casa própria	Vida profissional estável e assegurada	Curso Superior	Boa situação económica	Ambiente familiar óptimo	Gravidez desejada	Aceita-se e relaciona-se bem com o filho	Quer, sabe e pratica

ANEXO 3

Q.A.R.M.P.

Sexo: F ☐ M ☐

Idade: _____

Escolaridade: _____

Actividade: _____

Tenho _____ filhos / Não tenho filhos
(Risque o que não interessar)

Este questionário contém 32 afirmações. Leia cuidadosamente cada uma delas.
Para cada afirmação coloque um só X no quadrado que melhor representa a sua opinião.
Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais aproximada e sincera possível.

Responda a todas as questões.

Se mudar de opinião ou se enganar, encha o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta.

		Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1	Nunca pensei em ter filhos					
2	As crianças despertam-me ternura					
3	Não percebo nada de crianças					
4	Não imagino um casamento sem filhos					
5	Nunca serei vista como uma mulher / homem enquanto não tiver filhos					
6	Vivo num meio em que toda a gente tem filhos					
7	Acho que a maioria das pessoas que têm filhos é irresponsável					
8	Os meus pais gostariam de ter netos					
9	Quero criar uma nova vida à minha imagem					
10	Quero ter filhos para que eles me dêem amor e afecto					
11	Acho que o mundo é demasiado ruim para pôr cá mais uma criança					
12	Toda a vida quis ter filhos					
13	Crianças irão interferir na minha carreira					
14	Não quero ter filhos					
15	É suposto as mulheres e os homens serem pais					

		Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
16	A minha vida sem filhos não faz sentido					
17	Acho que era capaz de ser pai/mãe solteiro/a					
18	Casais sem filhos acabam por ficar menos estáveis e insatisfeitos					
19	Gosto de crianças					
20	Uma criança não afectará substancialmente o meu estilo de vida					
21	Gosto de tomar conta e de cuidar de crianças					
22	Ter um filho deve ser sempre um projecto a dois					
23	Ter um filho é uma forma de continuar para lá da morte					
24	Só se deve ter filhos quando se tem condições económicas para isso					
25	As crianças aproximam o casal					
26	As crianças despertam em mim um enorme desejo de protegê-las					
27	As crianças assustam-me					
28	Ter um filho demonstrará a minha masculinidade/feminilidade					
29	O meu companheiro/a gostaria de ter filhos					
30	Ter filhos não é uma prioridade na minha vida					
31	Ter filhos irá proporcionar-me prestígio e respeito					
32	Não percebo as mulheres e os homens que colocam a maternidade / paternidade antes de tudo					

for the total scale. The discriminating validity as well as the concurrent validity of the items was inspected with measures related to health, both on the positive as well as the negative, having found values that confirm the validity of the scale in evaluating perceptions of social support within a health context.

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSÁ QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

A “Escala de Satisfação com o Suporte Social” é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões ou factores:

ANEXO 4

Classificação da avaliação do nível socio-económico
(Almeida, 1988)

Nível Socio-Económico Baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, até ao ciclo preparatório.

Nível Socio-Económico Médio: trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas); motoristas; pequenos patrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário; do 4º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível Socio-Económico Elevado: grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade à licenciatura, mestrado e doutoramento.

ANEXO 5

Ministério da Saúde
MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA
Lisboa

Serviço de Pessoal

Quinta-feira, 4 de Novembro de 1999

DE: Serviço de Pessoal

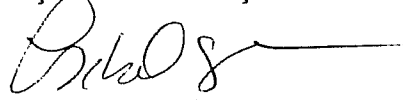
A: Exm^a. Dr^a. Fátima Xarepe

Aplicação de Escala de Avaliação de Suporte Social às grávidas Adolescentes

Informa-se a V. Ex^a. que o seu pedido, subordinado ao assunto em epígrafe, foi autorizado por despacho do Sr. Administrador Delegado, datado de 99/11/02.

Com os meus melhores cumprimentos,

A CHEFE DE SECÇÃO DO SERVIÇO DE PESSOAL


(ISABEL GARRIDO)

AB99