

# Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez<sup>1</sup>

Bárbara Figueiredo<sup>2</sup> (*Universidade do Minho, Portugal*),  
Alexandra Pacheco (*Universidade do Minho, Portugal*),  
Raquel Costa (*Universidade do Minho, Portugal*) e  
Rute Magarinho (*Maternidade Júlio Dinis de Porto, Portugal*)

(Recibido 16 de septiembre 2004/ Received September 16, 2004)

(Aceptado 18 de enero 2005 / Accepted January 18, 2005)

**RESUMO.** Com o objectivo de caracterizar as condições da gravidez na adolescência em Portugal, uma amostra de 161 utentes (<19 anos) da Maternidade Júlio Dinis (Porto) foi entrevistada no terceiro trimestre de gestação, com base no Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes. À semelhança do que foi observado em outros países, verificamos na amostra uma sobre-representação de circunstâncias socio-económicas, pessoais e de saúde muito desfavoráveis, não obstante elevada variabilidade: saída antecipada da escola, reduzida qualificação profissional, ausência de ocupação, experiências de vida adversas, problemas na família de origem, agregado familiar sem o pai do bebé, e gravidez não desejada, com acompanhamento médico tardio e consumo de tabaco. Uma importante fonte de dificuldades é a drástica mudança no estatuto ocupacional e matrimonial e no relacionamento com o companheiro (que piora) ao longo da gestação; enquanto que a aceitação da gravidez e o bom relacionamento com o companheiro e família são aspectos determinantes da adaptação da adolescente, favorecida quando vive com a família, está empregada, não estuda e o companheiro está

<sup>1</sup> Queremos agradecer a todas as mães que voluntariamente participaram neste estudo, assim como às Dras. Ana Marques, Ana Rodrigues e Cristina Cabeleira que colaboraram na recolha dos dados a seguir apresentados. Apoios: Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian (Proc. 48914/02-04).

<sup>2</sup> Correspondência: Departamento de Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar. 4700 Braga (Portugal) E-mail: bbf@iep.uminho.pt

empregado. Em conclusão, alerta-se para a conveniência de uma melhor compreensão da especificidade das circunstâncias de risco/protecção da gravidez na adolescência, imprescindível à resposta adequada às necessidades das mães.

**PALAVRAS CHAVE.** Adaptação à gravidez. Gravidez na adolescência. Risco e circunstâncias adversas de existência. Estudo descritivo mediante inquérito.

**ABSTRACT.** The aim of this study was to characterize the conditions in which adolescent pregnancy occurs in Portugal. A sample of 161 pregnant outpatients (<19 years old) of the Júlio Dinis Maternity Hospital (Porto) were interviewed, during the third trimester of pregnancy, on the basis of the Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes. As pointed out in other countries, we also observed an over-representation of very unfavorable socio-economic, personal and health circumstances, despite variability in the sample: low educational level, low professional qualification, inoccupation, problems in the family of origin, adverse life-events, undesired pregnancy, not medically assisted and tobacco use. Changes occurring in occupational and marital status and relationship with the partner during gestation are important sources of difficulties; while pregnancy acceptance and good relationship with the partner and family are determinant aspects of the adolescent's adaptation, promoted when the pregnant women is living with the family, employed and not studying and the partner is employed. In conclusion, we alert for the importance of a better understanding of adolescent pregnancy risk/protective circumstances specificities, in order to properly assist the mothers' needs.

**KEYWORDS.** Adaptation to pregnancy. Adolescent motherhood. Risk and adverse circumstances of existence. Survey descriptive study.

**RESUMEN.** Con el objetivo de describir en Portugal las condiciones del embarazo en la adolescencia, se entrevistó a una muestra de 161 usuarios, mayores de 19 años, de la Maternidad Júlio Dinis (Porto) en el tercer trimestre de gestación, basándose en el Cuestionario de Consulta de Adolescentes Embarazadas. De igual modo que en otros países, a pesar de la elevada variabilidad, verificamos una sobre-representación de las circunstancias socio-económicas, personales y de salud muy desfavorables: salida anticipada de la escuela, reducida cualificación profesional, falta de empleo, experiencias vitales adversas, problemas en la familia de origen, estructura familiar sin el padre del bebé y embarazo no deseado con atención médica tardía y consumo de tabaco. Una importante fuente de dificultades es el drástico cambio en el estatus ocupacional y matrimonial, así como en la relación con el compañero (que empeora) a lo largo del embarazo; mientras, la aceptación del embarazo y la buena relación con el compañero y la familia son aspectos determinantes de la adaptación de la adolescente, favoreciéndose cuando vive con la familia, está empleada, no estudia y el compañero está empleado. En resumen, se alerta sobre la necesidad de una mejor comprensión de la especificidad de las circunstancias de riesgo/protección del embarazo en la adolescencia, imprescindible a una respuesta adecuada a las necesidades de las madres.

**PALABRAS CLAVE.** Adaptación al embarazo. Embarazo en la adolescencia. Riesgo y circunstancias adversas de existencia. Estudio descriptivo mediante encuestas.

## Introdução

A gravidez na adolescência é uma das questões realçada no relatório sobre o estado de saúde dos jovens na União Europeia, dado que implica um significativo aumento do risco para problemas sociais, económicos e de saúde da mãe e do bebé (European Commission, 2000). Como veremos, esta problemática que está largamente presente em Portugal, tem origem num conjunto diverso de circunstâncias desfavoráveis, sobretudo do ponto de vista social e psicológico, e resulta muitas vezes em consequências adversas, quer para a mãe quer para o bebé. A gravidez na adolescência é um problema largamente presente no nosso país, muito embora, desde há duas décadas a esta data, se assista a uma diminuição do número de gravidezes em mães com menos de 20 anos de idade<sup>3 4</sup>, seguindo a tendência observada nos restantes países de Europa (Clearie, 1985; Justo, 2000; Pearce, Cantisani e Laihonen, 1999; Santos, 1997) e nos Estados Unidos (Arias, MacDorman, Strobino e Guyer, 2003). Com efeito, segundo o Eurostat (1999), o índice de fertilidade em mães com idades entre os 15 e os 19 anos é, em Portugal, largamente superior à média dos países europeus: em 1997, o número de nascimentos por 1,000 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos, foi de 17.0, o que corresponde a um valor 4 vezes superior ao de outros países da Comunidade, particularmente Holanda e Suécia, só ultrapassado pelo Reino Unido (25.0). No entanto, a situação não é comparável ao que acontece em outros países como os Estados Unidos (com um índice de 86.7, em 1999 e 42.9, em 2002) (Arias *et al.*, 2003; Ventura, Abma, Mosher e Henshaw, 2003) e o Brasil (85.3, em 1998) (Da Silva *et al.*, 2003; Simões *et al.*, 2003).

A maior parte dos estudos disponíveis, conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais, dá conta do mesmo panorama: a gravidez ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem nas situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural. As condições sociais e económicas desfavoráveis, mais correntemente assinaladas como estando na origem da gestação na adolescência, são: a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego, em estudos realizados quer no nosso país (Almeida, 1987; Grande, 1997; Jongenelen, 1998; Pacheco, Costa e Figueiredo, 2003; Pacheco, Figueiredo, Costa e Magarinho, 2003; Silva e Nóbrega, 1983), quer nos restantes países ocidentais (e.g., Alvarez, Burrows,

<sup>3</sup> Em 1985, Portugal (26.0) situava-se em segundo lugar a seguir à Grécia (com 28.6) (sendo nesse ano a média nos países europeus de 14.2); em 1995, situava-se ainda em segundo lugar (16.6), mas agora a seguir ao Reino Unido (com 22.0) (quando a média nos países europeus foi de 9.8).

<sup>4</sup> Tendo em conta os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, também Justo (2000) salienta que, em Portugal, ao aumento de nascimentos ocorridos em mães com menos de 20 anos entre 1947 e 1977, segue-se um decréscimo entre 1977 e 1996. Os valores que este autor apresenta têm a vantagem de serem relativos, quer à fertilidade em mães adultas, quer ao total de indivíduos do sexo feminino, e mostram que a diminuição que se refere ultrapassa a diminuição esperada, tendo em conta a redução do índice de fertilidade na população em geral, assim como a redução da população jovem. Mais autores verificam a redução do número de nascimentos na população adolescente, em diversos países de Europa, mesmo quando se considera a diminuição do índice de fertilidade e da população jovem, observando que as mulheres tendem cada vez mais a ter menos filhos e a ter os filhos em idades mais avançadas (Pearce *et al.*, 1999).

Zvaighat e Santiago, 1987; Bynner e Parsons, 1999; Chase-Lansdale e Brooks-Gunn, 1994; Coley e Chase-Lansdale, 1998; Furstenberg e Brooks-Gunn, 1986; Kiernan, 1995; Smith, 1993; Stevens-Simon e McAnarney, 1996). Assim, não obstante a variabilidade que também é notada, as mães adolescentes são sobretudo jovens que vivem em áreas mais pobres e degradadas, que estão mais desprotegidas ou são mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e social, nomeadamente porque foram excluídas do sistema escolar ou estão desempregadas (Social Exclusion Unit, 1999). Estudos mais recentes verificam que iguais circunstâncias desfavoráveis podem também ser encontradas junto dos pais dos bebés das mães adolescentes (e.g., Ekeus e Christensson, 2003; Pirog-Good, 1995).

As adolescentes que engravidam, com significativa frequência viveram condições adversas no decurso da sua trajetória de desenvolvimento, tais como: maternidade adolescente da mãe (Davis, 1989; Hogan e Kitagawa, 1985; Holden, Nelson, Velasquez e Ritchie, 1993; Kiernan, 1995; Zabin e Hayworth, 1993), ausência do pai (Barnett, Papini e Gbur, 1991; Ellis *et al.*, 2003; Hogan e Kitagawa, 1985; Holden *et al.*, 1993), institucionalização precoce (Botting, Rosato e Wood, 1998), abuso físico ou sexual (Michael, Gagnon, Lauman e Kolat, 1994; Parker, Soeken e Torres, 1993), instabilidade, inadequação ou falta de supervisão familiar (Barnett *et al.*, 1991; Hogan e Kitagawa, 1985; Holden *et al.*, 1993; Miller, McCoy, Olson e Wallace, 1986; Zabin e Hayworth, 1993). Verifica-se que o risco de uma gravidez na adolescência aumenta de forma significativa à medida que aumenta o número de condições adversas durante a infância, as quais têm um efeito cumulativo e são, na opinião de alguns autores, as principais circunstâncias de risco para a gestação na adolescência e, mais do que a idade, os principais factores responsáveis pelos efeitos negativos observados sobre as adolescentes e seus bebés (Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks e Marks, 2004). Por outro lado, quando sucede na adolescência, a gestação não foi muitas vezes, nem planeada nem desejada, o que compromete negativamente o envolvimento com a gravidez e os cuidados pré-natais (Crosby, DiClemente, Wingood, Rose e Lang, 2003).

Outras características são também apontadas em associação com a maternidade na adolescência, tais como: início precoce da actividade sexual, falta de conhecimentos a respeito da sexualidade e uso muito pouco frequente de contracepção (Holden *et al.*, 1993; Wellings *et al.*, 1996). As atitudes negativas em relação ao sexo (e.g. Boxer, 1992), as atitudes positivas em relação à gravidez e as atitudes irrealistas em relação ao exercício da parentalidade (e.g., Jaccard, Dodge e Dittus, 2003a, 2003b; Murry, 1995) fazem igualmente prever a gravidez na adolescência.

Com frequência a exclusão social é causa, mas também consequência agravada pela gravidez na adolescência, que torna mais desfavorável uma situação que é já de si desfavorável à partida (Fessler, 2003; Figueiredo, 2000). Na sequência da gravidez, verifica-se um outro conjunto de situações adversas, dado que está significativamente aumentado o risco de a adolescente voltar a engravidar antes dos 20 anos de idade (Furstenberg e Brooks-Gunn, 1986; Wellings *et al.*, 1996), assim como são correntes as dificuldades obstétricas e os problemas de saúde da mãe (Irvine, Bradley, Cupples e Boohan, 1997). Em consequência da gravidez, cerca de metade das mães adolescentes rompe o seu relacionamento com o companheiro (Allen e Dowling, 1998), deixa de

estudar (Furstenberg e Brooks-Gunn, 1986; Hobcraft e Kiernan, 1999), perde o emprego ou reduz as suas possibilidades de progressão profissional (Bynner e Parsons, 1999; Furstenberg e Brooks-Gunn, 1986), ou ainda, vive sozinha (Allen e Dowling, 1998), em condições precárias ou de baixo rendimento económico (Furstenberg e Brooks-Gunn, 1986; Speak, Cameron, Woods e Gilroy, 1995). Os seus filhos tendem com maior frequência a morte fetal, nascimento prematuro e baixo peso à nascença (Apfel e Seitz, 1997; Botting *et al.*, 1998; Chang, O'Brien, Nathanson, Mancini e Witter, 2003; Da Silva *et al.*, 2003; Kirchengast e Hartman, 2003; Santos, 1997; Simões *et al.*, 2003; Wang e Chou, 2003), ser admitidos em hospitais e ser vítimas de acidentes, ser alvo de negligência ou de abuso (Baranowski, Schilmoeller e Higgins, 1990; Zuravin e DiBlasio, 1996), pelo que a taxa de mortalidade infantil é particularmente elevada no grupo de mães adolescentes. Observa-se ainda um maior número de crianças com atrasos no desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar, problemas de comportamento (Apfel e Seitz, 1997; Hann, Osofsky e Culp, 1996; Miller, Miceli, Whitman e Borkowski, 1996) e padrões inseguros de vinculação (Broussard, 1995; Frodi, Grolnick, Bridges e Berko, 1990; Susman-Silman, Kalkose, Egeland e Waldman, 1996). Estas consequências são correntemente mais visíveis nas adolescentes mais novas, em relação às de mais idade (e.g., Chang *et al.*, 2003; Kirchengast e Hartman, 2003), e nas adolescentes com experiências adversas durante a infância ou na actual gravidez, diminuindo significativamente quando viveram/vivem em contextos mais favoráveis (Hillis *et al.*, 2004).

Saliente-se por último que esforços efectivos têm sido desenvolvidos em Portugal, durante os últimos anos, no sentido de prevenir a gravidez na adolescência (Associação para o Planeamento Familiar/Associação para o Planeamento Familiar, 1997; Mendes, Horta, Paulo e Lopes, 1997) e de minimizar os seus efeitos adversos sobre a mãe e o bebé (Figueiredo, 2001a; Figueiredo *et al.*, 2000; Silva, Cabral e Zuckerman, 1993).

O presente estudo descritivo mediante inquérito (Montero e León, 2005) tem por principal objectivo caracterizar as condições relativas à gravidez na adolescência em Portugal. Ao analisar as mudanças que ocorrem ao longo da gestação, em áreas significativas da vida da adolescente, pretende também contribuir para o melhor conhecimento das dificuldades associadas a esta problemática. Por último, os factores que podem ou não beneficiar a adaptação da adolescente à gravidez são também objecto deste estudo. Na elaboração deste artigo seguiu-se a proposta de Ramos-Alvarez e Catena (2004).

## Método

### *Participantes*

A amostra é constituída por 161 adolescentes grávidas, com idade igual ou inferior a 18 anos à data provável do parto, aleatoriamente seleccionadas durante o terceiro trimestre de gestação, no período entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, do total de casos atendidos na Consulta Externa de Obstetrícia para grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto).

### *Instrumentos*

O Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (Figueiredo, 2000) é composto por 125 questões, administradas sob a forma de uma

entrevista, que são cotadas a partir de um conjunto de opções disponíveis, previamente fixadas. Recolhe dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, nomeadamente: idade, naturalidade, escolaridade, estatuto profissional, estado civil, estrutura familiar, hábitos de consumo, estado de saúde física e psicológica e antecedentes pessoais. Informa a respeito da família de origem da grávida, em aspectos como: número de irmãos, idade dos pais, estado civil dos pais, situação profissional dos pais, escolaridade dos pais, hábitos de consumo dos pais, estado de saúde física e psicológica dos pais e antecedentes pessoais dos pais. Faz o levantamento das circunstâncias anteriores de vida, físicas e psicológicas de risco, da adolescente e do seu companheiro, como por exemplo: morte de um dos pais, separação dos pais, institucionalização, abuso/negligência, violência doméstica, consumo de álcool ou substâncias ilícitas e suicídio. Abrange ainda a sexualidade (por exemplo: início da actividade sexual, conhecimento e uso de métodos contraceptivos) e a actual gravidez, nomeadamente as condições em que decorre (tipo de gestação, planeamento da gravidez e do parto, conhecimento da gravidez, aceitação da gravidez, regularidade no acompanhamento médico, etc.).

### *Procedimentos*

Todas as utentes foram contactadas na Consulta Externa de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes da MJD, entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, e foram entrevistadas individualmente, por psicólogas do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, após consentimento informado. A participação no estudo foi voluntária.

## **Resultados**

### *Condições de existência das grávidas adolescentes e seus companheiros*

A apresentação dos resultados relativos ao primeiro objectivo deste estudo – a caracterização das condições de existência das grávidas adolescentes atendidas na consulta e seus companheiros – refere-se as seguintes dimensões: 1) dados sociais e demográficos (grávida e companheiro); 2) condições anteriores de existência (grávida e companheiro); 3) outros dados relativos à família de origem; 4) história obstétrica; 5) dados relativos ao relacionamento com o companheiro e com a família de origem e do companheiro; 6) dados relativos à actual gravidez, incluindo: a) planeamento/conhecimento, b) aceitação, c) hábitos de consumo e d) acompanhamento médico. Num primeiro momento, todas as dimensões consideradas foram caracterizadas com recurso a análises descritivas dos dados. Num segundo momento, o teste de qui-quadrado permitiu estudar o significado estatístico das associações entre variáveis relativas à grávida e variáveis relativas ao companheiro. Num terceiro momento, e dependendo do tipo de variáveis em estudo (ordinais ou dicotómicas), testes não paramétricos para amostras emparelhadas ou testes de qui-quadrado (respectivamente) foram empregues para testar diferenças ou associações entre: grávida/companheiro; grávida/família de origem; grávida/família do companheiro.

*Dados sociais e demográficos: grávida e companheiro*

As adolescentes que tomaram parte deste estudo têm, na sua grande maioria, naturalidade portuguesa (98.8%) (as restantes 1.2% são originárias de outros países) e residem quase todas na área do Grande Porto. As suas idades estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média=16.06 anos). A maior parte dos companheiros tem também naturalidade portuguesa (94.4%) (os restantes são originários em 3.8% dos casos dos PALOP e em 1.9% dos casos de outros países), mas são significativamente mais velhos ( $t(159)=-14.354$ ,  $p=0.000$ ), com idades entre os 14 e os 37 anos (média=20.53 anos). Em mais de um quarto dos casos (31.9%) ambos os pais têm idade inferior a 19 anos (cf. Tabela 1). Toda a amostra é alfabetizada, mas poucas grávidas possuem a escolaridade obrigatória, pois 78.3% têm menos de 9 anos de estudo (média de anos completos de estudo=6.94 anos); o mesmo se constata com os companheiros, visto que grande parte tem também menos de 9 anos de estudo (71.8%) (média de anos completos de estudo=7.10 anos), não sendo significativas as diferenças entre pais e mães quanto ao número de anos completos de estudo ( $t(141)=-0.158$ ,  $p=0.875$ ). A maioria das adolescentes está desocupada, não estando nem a trabalhar nem a estudar (66.5%); no entanto, algumas estão empregadas (21.2%) ou a estudar (12.3%). Quando empregadas têm geralmente profissões do tipo manual [não especializado (84.1%) ou especializadas (11.1%)], sendo menos frequente na amostra as profissões não manuais [não especializadas (0%) ou especializadas (4.8%)]. Embora os companheiros estejam significativamente mais vezes ocupados do que as adolescentes ( $\chi^2(1)=60.924$ ,  $p=0.000$ ), pois a maior parte trabalha (73.8%) ou estuda (3.1%), um número elevado também não tem ocupação (23.1%). Observa-se ainda uma associação entre companheiro e grávida ao nível da respectiva situação profissional ( $\chi^2(1)=5.347$ ,  $p=0.014$ ).

As profissões dos companheiros são igualmente mais do tipo manual [não especializado (65.1%) e especializado (27.6%)] do que do tipo não manual [não especializado (4.9%) e não manual especializado (2.4%)], não se verificando diferenças significativas entre o tipo de profissões no grupo de grávidas e no grupo de companheiros ( $\chi^2(1)=0.451$ ,  $p=0.372$ ). No entanto, não se estabelece qualquer associação significativa entre mães e pais em relação a terem profissões de tipo manual ou não manual ( $\chi^2(1)=0.120$ ,  $p=0.893$ ).

A amostra divide-se quase equitativamente pelas grávidas que são solteiras (43.5%) e as que vivem em regime de coabitação (43.5%), as restantes são casadas (13.0%), à semelhança do que se verifica com os seus companheiros. Em termos do agregado familiar, três situações são mais usuais e ocorrem com frequência semelhante na amostra em estudo: a adolescente viver com a família e sem o companheiro (41.6%); a adolescente viver com a família e com o companheiro (36.6%); a adolescente viver sem a família, mas com o companheiro (20.6%). Consequentemente, as participantes vivem a maior parte das vezes com a família (78.2%) (em apenas 21.8% dos casos sem a família) e a maior parte das vezes com o companheiro (57.2%) (em apenas 42.8% dos casos sem o companheiro). É pouco comum que a grávida não viva nem com a família nem com o companheiro (1.2%).



**TABELA 1.** Dados sociais e demográficos: grávida e companheiro.

		<i>Grávida</i> %	<i>Companheiro</i> %
<i>Idade</i>	12-14	8.7	0.6
	15-16	49.7	6.9
	17-18	41.6	24.4
	≥19	0	68.1
<i>Anos de estudo</i>	<9	78.3	71.8
	≥9 e ≤12	15.4	16.3
	>12	6.3	11.9
<i>Estatuto ocupacional</i> <i>Profissão</i>	Empregada/o	21.2	73.8
	Manual	95.2	92.7
	Não especializado	84.1	65.1
	Especializado	11.1	27.6
	Não Manual	4.8	7.3
	Não especializado	0	4.9
	Especializado	4.8	2.4
	Estuda	12.3	3.1
Desempregada/o	66.5	23.1	
<i>Estado civil</i>	Casada/o	13.0	13.7
	Regime de coabitação	43.5	47.8
	Solteira/o	43.5	38.5
<i>Agregado familiar</i>	A viver com a família	78.2	77.7
	Com o companheiro/a	36.6	39.8
	Sem o companheiro/a	41.6	37.9
	A viver sem a família	21.8	22.3
	Com o companheiro/a	20.6	21.1
Sem o companheiro/a	1.2	1.2	
<i>Paridade</i>	Primigestas	85.7	
	Primiparas	94.4	

*Condições anteriores de existência: grávida e companheiro*

A maioria das adolescentes (73.3%) preenche, ou uma (19.9%), ou duas (15.5%), ou três ou mais (37.9%) das condições adversas anteriores de existência listadas no estudo. Do mesmo modo, também a maioria dos companheiros (61.1%) refere a presença de uma condição (24.8%), em 12.7% dos casos duas, e em 23.6% dos casos mais do que duas condições adversas anteriores de existência. Verificam-se diferenças significativas no grupo de grávidas e no grupo de companheiros, em relação a terem ou não terem acontecimentos adversos ao longo das suas trajetórias de desenvolvimento, com maior presença de acontecimentos adversos na grávida e maior ausência desses mesmos acontecimentos no companheiro, comparativamente ao que seria de esperar se a distribuição desses incidentes pelos grupos fosse atribuível ao acaso ( $\chi^2(1)=5.328$ ,  $p=0.014$ ). As grávidas adolescentes relatam ainda um significativo maior número de acontecimentos



adversos ao longo da sua trajetória desenvolvimental (média=2.401) do que os companheiros (média=1.471), ( $t(156)=4.667, p=0.000$ ). Não se observa uma associação significativa entre a presença/ausência de condições anteriores adversas de existência entre as grávidas e seus respectivos companheiros ( $\chi^2(1)=0.709, p=0.254$ ).

Quanto ao tipo de circunstâncias adversas, note-se que cerca de um quarto das participantes tem pais separados ou divorciados (28.6%); recebeu cuidados parentais por substitutos na família (23.6%), fora da família (5.0%), ou por padrasto/madrasta (10.6%); em muitos casos os pais das grávidas foram eles próprios pais adolescentes (37.3%); algumas participantes estiveram mais de um mês sem contacto com os pais (22.4%), são órfãs de pelo menos um dos pais (15.5%), foram precocemente institucionalizadas (6.2%) ou adoptadas (0.6%). Regista-se também um elevado número de adolescentes com história anterior de tentativa de suicídio (9.3%), maus-tratos ou negligência (11.8%), abuso sexual (3.1%) ou que esteve internada mais de um mês para receber cuidados hospitalares (3.7%). Existem ainda relatos frequentes de condições físicas de grande precariedade (6.2%), isolamento social ou familiar (0.6%), problemas com a justiça (3.1%), emigração (2.5%), violência doméstica (13.0%), incapacidade física (0.6%) ou psicológica (1.2%), alcoolismo (18.0%) ou consumo de substâncias ilícitas (13.7%) na família de origem das participantes (cf. Figura 1).

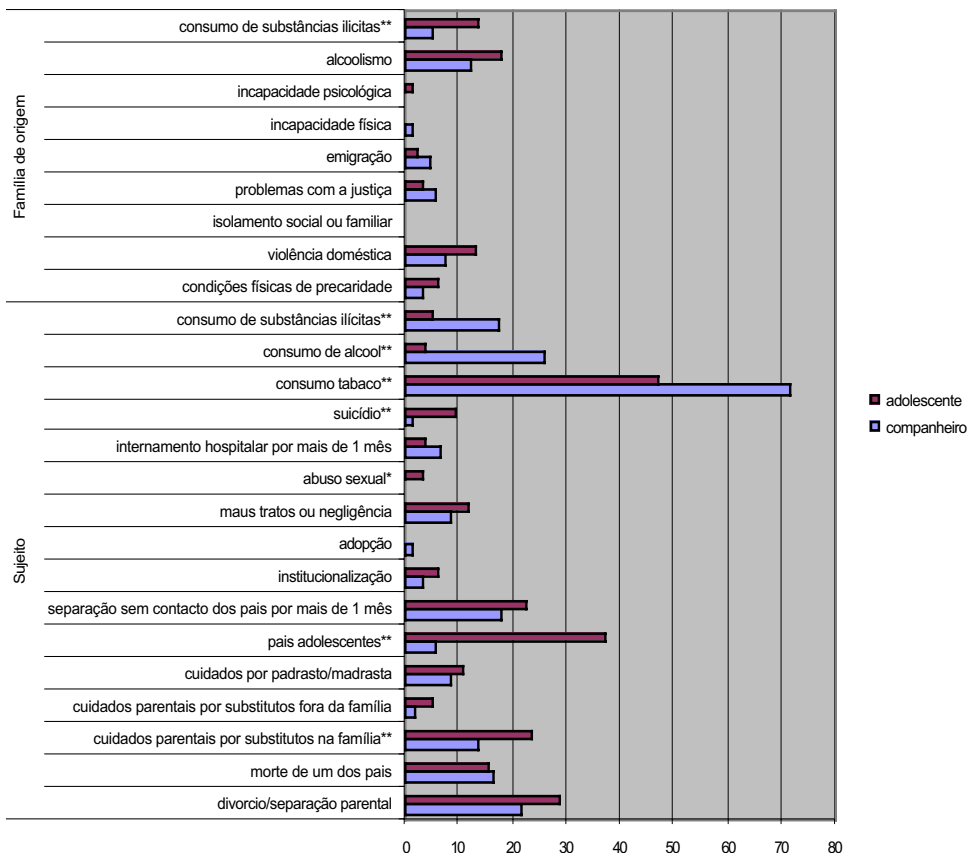
Em relação aos companheiros, os seguintes acontecimentos anteriores adversos foram sinalizados: separação ou divórcio dos pais (21.8%), morte de pelo menos um dos pais (16.6%), mais de um mês sem contacto com os pais (17.9%), cuidados parentais por substitutos na família (13.5%), fora da família (1.9%) ou por padrasto/madrasta (8.3%), pais adolescentes (6.5%), institucionalização precoce (3.2%) ou adopção (1.3%). Foi ainda referida, em relação ao companheiro, tentativa de suicídio (1.3%), história de maus-tratos e negligência (8.3%) e internamento hospitalar com mais de um mês de duração (6.4%). Também se encontram presentes problemas com a justiça (5.7%), condições físicas de grande precariedade (3.2%), violência doméstica (7.7%), isolamento social ou familiar (0.6%), emigração (4.5%), incapacidade física (1.3%) ou psicológica (0.6%), alcoolismo (12.1%) e consumo de substâncias ilícitas (5.1%) na família de origem do companheiro.

Observa-se uma associação significativa entre a presença de determinados acontecimentos adversos na grávida e a presença dos mesmos acontecimentos adversos no companheiro. As grávidas adolescentes que relatam maus-tratos ou negligência ( $\chi^2(1)=11.097, p=0.006$ ), cuidados parentais por substitutos fora da família ( $\chi^2(1)=23.809, p=0.007$ ), internamento hospitalar por mais de um mês ( $\chi^2(1)=7.539, p=0.048$ ), condições físicas de grande precariedade ( $\chi^2(1)=9.715, p=0.033$ ), violência doméstica ( $\chi^2(1)=4.894, p=0.050$ ), alcoolismo ( $\chi^2(1)=5.329, p=0.030$ ) na família de origem, e problemas com a justiça ( $\chi^2(1)=11.134, p=0.027$ ), têm companheiros que descrevem, em número superior ao que seria de esperar numa distribuição ao acaso, as mesmas condições adversas de existência.

Analisando, por outro lado, as diferenças entre o grupo de grávidas e o grupo de companheiros, em relação ao tipo de acontecimentos adversos presentes ao longo do desenvolvimento, verifica-se que as grávidas, em contraponto aos companheiros, relatam mais situações de pais adolescentes ( $\chi^2(1)=43.486, p=0.000$ ), cuidados parentais por

substitutos na família ( $\chi^2 (1)=5.379, p=0.014$ ), abuso sexual ( $\chi^2 (1)=4.922, p=0.033$ ), tentativa de suicídio ( $\chi^2 (1)=10.078, p=0.001$ ) e consumo de substâncias ilícitas na família de origem ( $\chi^2 (1)=6.738, p=0.007$ ); enquanto que os companheiros, relatam mais situações de problemas com a justiça ( $\chi^2 (1)=1.303, p=0.193$ ).

**FIGURA 1.** Condições anteriores de existência: grávida e companheiro.



\* $p<0.01$ ; \*\* $p<0.05$

### *Outros dados relativos à família de origem: grávida*

Na sua maior parte, as mães das participantes são casadas (62.7%), mas estão sobre-representados na amostra os casos de coabitação (10.5%), separação/divórcio (16.3%), viuvez (6.5%) ou de mães solteiras (3.9%). A maioria tem menos de 43 anos de idade (66.3%) e um número elevado foi mãe antes dos 18 anos (33.1%). Um número significativo (31.7%) está desempregada. Os pais das participantes muitas vezes estão

casados (67.9%), outros vivem em regime de coabitação (12.1%), são separados/divorciados (14.3%), solteiros (2.1%) ou viúvos (3.6%). Têm menos de 43 anos de idade em 44.4% dos casos e em 18.3% dos casos estão desempregados. Relativamente aos hábitos de consumo, verifica-se que: 28.3% das mães das adolescentes fuma, 23.2% consome regularmente álcool (1.3% é alcoólica) e 2.6% consome substâncias ilícitas. No que concerne aos hábitos de consumo dos pais das adolescentes, constata-se que: cerca ou mais de metade fuma (64.0%) ou consome regularmente álcool (48.6%), muitos são alcoólicos (7.1%) ou consumidores de substâncias ilícitas (3.6%).

#### *Dados relativos à sexualidade: grávida*

Para todas as grávidas a menarca ocorreu entre os 8 e os 16 anos (média=11.96 anos) e a coitarca entre os 9 e os 18 anos de idade (média=15.02 anos); mais de metade da amostra (67.7%) teve a primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade. Quase todas as participantes (98.1%) têm conhecimento de pelo menos um método contraceptivo; os métodos mais conhecidos são a pílula (94.4%) e o preservativo (92.5%), enquanto os espermicidas (16.8%) e o DIU (21.7%) são praticamente desconhecidos na amostra. Apesar de, no geral, as adolescentes conhecerem os métodos contraceptivos, apenas pouco mais de metade os usou pelo menos uma vez (59.8%); mais frequentemente, a pílula (39.1%) e o preservativo (30.4%).

#### *História obstétrica*

A maior parte das adolescentes é primípara (94.4%); no entanto, 14.3% da amostra já esteve grávida pelo menos uma vez, pois: 5.6% tem um filho presentemente a viver com elas, 2.5% referem gravidez anterior com morte neo-natal, 5.0% relatam interrupção involuntária e 1.2% interrupção voluntária de gravidez. Uma pequena percentagem (2.5%) têm uma doença ginecológica e 1.9% (assim como 1.9% dos companheiros) tem uma doença sexualmente transmissível. Só uma adolescente está grávida de gémeos, pelo que 99.4% da amostra tem uma gestação simples.

**TABELA 2.** História obstétrica e gravidez actual.

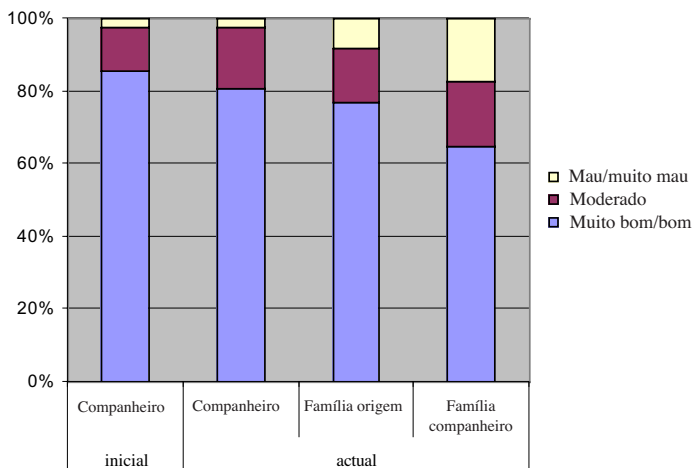
		Grávida %	
<i>História obstétrica</i>	Planeamento familiar	Primigestas	85.7
		Primiparas	94.4
	Interrupção gravidez	Involuntária	5.0
		Voluntária	1.2
<i>Gravidez actual</i>	Planeamento	Planeada	47.8
		Não planeada	52.2
		- desejada	26.7
		- não desejada	25.5
	Conhecimento	> 1º trimestre	25.3
	Participação	≥ 1 mês após conhecimento	48.7
	Primeira consulta	> 1º trimestre	43.3
	Consumo	Tabaco	21.7
		Álcool	1.2
		Substâncias ilícitas	0.6

*Dados relativos ao relacionamento com o companheiro e com a família de origem e do companheiro*

Na maioria dos casos, as adolescentes qualificam de ‘bom’ ou ‘muito bom’ o relacionamento com o pai do bebê (85.7%), poucas descrevem-no como ‘razoável’ (11.8%) ou ‘mau ou muito mau’ (2.5%). Cerca de três quartos das grávidas dizem ter um relacionamento ‘bom’ ou ‘muito bom’ com a sua família de origem (76.8%), as restantes relatam um relacionamento ‘razoável’ (15.1%), ‘mau ou muito mau’ (6.9%), ou ‘inexistente’ (1.3%). Mais de metade da amostra refere um relacionamento ‘bom’ ou ‘muito bom’ com a família do companheiro (61.4%), mas muitas participantes qualificam-no de ‘razoável’ (19.6%), ‘mau ou muito mau’ (10.8%) ou ‘inexistente’ (8.2%).

Comparando a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro, com a família de origem e com a família do companheiro, verifica-se que a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro é significativamente melhor (média=4.78) do que a qualidade do relacionamento com a sua família de origem (média=3.89) ( $t(159)=10.291$ ,  $p=0.000$ ) e com a família do companheiro (média=3.39) ( $t(158)=15.305$ ,  $p=0.000$ ). Contudo, na comparação entre a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro com a qualidade do relacionamento da grávida com a família do companheiro não se encontram diferenças significativas ( $\chi^2(1)=0.722$ ,  $p=0.238$ ). Quando se analisa a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro e a qualidade do relacionamento da grávida com a sua família, verificam-se associações significativas, que mostram um maior número de grávidas com um relacionamento ‘bom’ ou ‘muito bom’ com o companheiro tem em maior número um relacionamento ‘bom’ ou ‘muito bom’ com a família de origem, do que o número que seria de esperar numa distribuição ao acaso ( $\chi^2(1)=8.728$ ,  $p=0.002$ ). No entanto, não existe uma associação significativa entre um melhor ou pior relacionamento com o companheiro e um melhor ou pior relacionamento com a família do companheiro ( $\chi^2(1)=0.239$ ,  $p=0.392$ ). Figura 2.

**FIGURA 2.** Qualidade do relacionamento com o companheiro, com a família de origem e com a família do companheiro.



*Dados relativos à actual gravidez: planeamento/conhecimento, aceitação, hábitos de consumo e acompanhamento médico*

Metade das adolescentes da amostra planeou a actual gravidez (47.8%), a outra metade, em partes idênticas, não planeou mas desejou (26.7%) e não planeou nem desejou a gravidez (25.5%). Para a maioria da amostra o conhecimento da gravidez ocorreu no primeiro trimestre de gestação (86.7%); em alguns casos, o conhecimento da gravidez só aconteceu no segundo trimestre (12.1%); e para um número reduzido apenas no terceiro trimestre da gravidez (1.2%). A primeira pessoa a saber da gravidez foi geralmente o pai do bebé (52.8%); mas muitas adolescentes deram a conhecer a gravidez em primeiro lugar à mãe (21.1%), a outros familiares (15.5%) ou a amigos ou profissionais (10.6%). Mais de metade das adolescentes deu a conhecer a gravidez imediatamente após tomar conhecimento do facto (52.2%); muitas adolescentes só o fizeram ao fim de um mês (22.5%), algumas deram a conhecer a gravidez após um a dois meses do seu conhecimento (12.6%), as restantes só o fizeram após três ou mais meses (12.7%). Muitas grávidas contaram de imediato ao pai do bebé da gravidez (49.1%); um número significativo contou no primeiro mês após conhecimento (29.5%), outras informaram o companheiro da gravidez entre o primeiro e o segundo mês (7.0%), as restantes contaram depois de três ou mais meses (14.4%). Cerca de um terço das adolescentes (33.8%) informou os respectivos pais logo após tomar conhecimento que estava grávida, 36.3% fê-lo no primeiro mês, algumas informaram os pais ao fim de dois meses (9.6%) e um número relevante só o fez após três ou mais meses da tomada de conhecimento desse facto (20.3%). Tabela 3.

**TABELA 3.** Adaptação das adolescentes à concepção.

	<i>Adaptabilidade das adolescentes à concepção</i>		
	Cluster 1 (Melhor adaptadas) N=73 (48.7%)	Cluster 2 (Pior adaptadas) N=77 (47.8%)	
<i>Planeamento gravidez</i>			
Não planeada	51 (46.4%) (34.0%) (69.9%)	59 (53.6%) (39.3%) (76.6%)	0.876
Planeada	22 (55.0%) (14.7%) (30.1%)	18 (45.0%) (12.0%) (23.4%)	
<i>Desejo gravidez</i>			
Não desejada	31 (44.3%) (20.7%) (42.5%)	39 (55.7%) (26.0%) (50.6%)	1.008
Desejada	42 (52.5%) (28.0%) (57.5%)	38 (47.5%) (25.3%) (49.4%)	
<i>Relacionamento companheiro (concepção)</i>			
Mau/pobre	2 (11.1%) (1.3%) (10.7%)	16 (88.9%) (10.7%) (20.8%)	11.548**
Bom/muito bom	71 (53.8%) (47.9%) (97.3%)	61 (46.2%) (40.7%) (79.2%)	

<i>Aceitação da gravidez grávida (inicial)</i>			
Má/pobre	24 (40.0%) (16.0%) (32.9%)	36 (60.0%) (24.0%) (46.8%)	3.007
Boa/muito boa	49 (54.4%) (32.7%) (67.1%)	41 (45.6%) (27.3%) (53.2%)	
<i>Aceitação da gravidez companheiro (inicial)</i>			
Má/pobre	82 (20.5%) (5.3%) (11.0%)	31 (79.5%) (20.7%) (40.3%)	16.722**
Boa/muito boa	65 (58.6%) (43.3%) (89.0%)	46 (41.4%) (30.7%) (59.7%)	
<i>Aceitação da gravidez família origem (inicial)</i>			
Má/pobre	9 (11.1%) (6.0%) (12.3%)	72 (88.9%) (48.0%) (93.5%)	99.413**
Boa/muito boa	64 (92.8%) (42.7%) (87.7%)	5 (7.2%) (3.3%) (6.5%)	
<i>Aceitação da gravidez família companheiro (inicial)</i>			
Má/pobre	2 (2.6%) (1.3%) (2.7%)	74 (97.4%) (49.3%) (96.1%)	130.683**
Boa/muito boa	71 (95.9%) (47.3%) (97.3%)	3 (4.1%) (2.0%) (3.9%)	
<i>Acompanhamento médico</i>			
Posterior ao 1º trimestre	4 (57.1%) (2.7%) (5.5%)	3 (42.9%) (2.0%) (3.9%)	.211
Desde o 1º trimestre	69 (48.3%) (46.0%) (94.5%)	74 (51.7%) (49.3%) (96.1%)	
<i>Conhecimento gravidez</i>			
Depois do 1º trimestre	63 (50.0%) (42.0%) (83.3%)	63 (50.0%) (42.0%) (81.8%)	.560
Durante o 1º trimestre	10 (41.7%) (6.7%) (13.7%)	14 (58.3%) (9.3%) (18.2%)	

Em mais de metade dos casos, a adolescente teve uma ‘boa’ ou ‘muito boa’ aceitação inicial da gravidez (58.1%); no entanto, uma em cada quatro teve uma aceitação inicial ‘má’ ou ‘muito má’ (25.3%) e algumas aceitaram apenas de forma ‘moderada’ (15.6%). Do mesmo modo, a maioria dos companheiros aceitou inicialmente ‘bem’ ou ‘muito bem’ a gravidez (74.2%), embora alguns tivessem uma aceitação ‘moderada’ (11.3%) e outros uma ‘má’ ou ‘muito má’ aceitação inicial da gravidez (14.5%). Menos de metade das famílias reagiu de início ‘bem’ ou ‘muito bem’ à gravidez (45.6% das famílias da adolescente e 49.4% das famílias do companheiro), pelo que a maior parte reagiu ‘mal’ ou ‘muito mal’ (31.6% das famílias da adolescente e 23.7% das famílias do companheiro) ou apenas com ‘moderação’ (22.8% das famílias da adolescente e 26.9% das famílias do companheiro). No terceiro trimestre, a adolescente tem uma ‘boa’ ou ‘muito boa’ aceitação da gravidez em 82.3% dos casos; no entanto, uma pequena percentagem tem uma aceitação ‘má’ ou ‘muito má’ (2.5%) e algumas aceitam de forma ‘moderada’ (15.2%). Do mesmo modo, a grande maioria dos companheiros aceita ‘bem’ ou ‘muito bem’ a gravidez (83.5%), embora alguns tenham uma aceitação ‘moderada’ (8.9%) e outros uma ‘má’ ou ‘muito má’ aceitação da gravidez (7.6%). Cerca de três quartos das famílias aceita ‘bem’ ou ‘muito bem’ à gravidez, no terceiro trimestre (76.1% das famílias da adolescente e 75.2% das famílias do companheiro),

embora algumas ainda aceitem 'mal' ou 'muito mal' (6.3% das famílias da adolescente e 9.1% das famílias do companheiro) ou apenas com 'moderação' (17.6% das famílias da adolescente e 15.7% das famílias do companheiro).

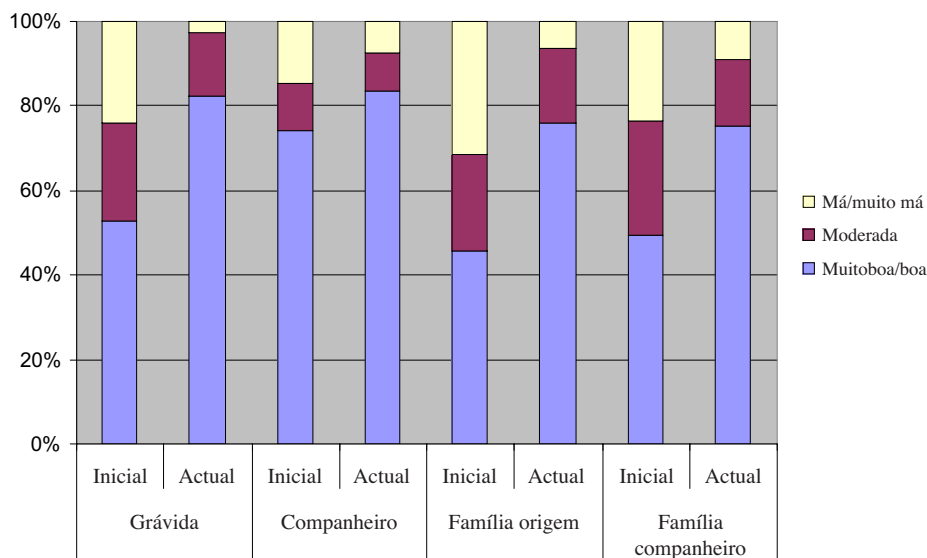
Existem diferenças significativas entre a aceitação inicial da gravidez pela mãe, em relação à aceitação inicial do pai, da sua família de origem e da família do pai do bebé: a aceitação inicial da adolescente é normalmente menos positiva (média=3.56) do que a aceitação inicial do companheiro (média=3.94) ( $t(158)=-4.416$ ,  $p=0.000$ ), da família de origem (média=4.09) ( $t(157)=-4.531$ ,  $p=0.000$ ) e da família do companheiro (média=4.25) ( $t(155)=-5.963$ ,  $p=0.000$ ). Por altura do terceiro trimestre de gestação verifica-se uma diferença significativa em sentido contrário, entre a aceitação da gravidez pela adolescente, pela sua família de origem e pela família do companheiro, mais positiva na grávida (média=5.07) e menos positiva na família de origem (média=4.90) ( $t(156)=3.223$ ,  $p=0.002$ ) e na família do companheiro (média=4.80) ( $t(151)=3.828$ ,  $p=0.000$ ).

Verifica-se uma associação significativa entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e pelo companheiro, ou seja, quando a adolescente aceita melhor, um número maior de companheiros do que o esperado numa distribuição ao acaso também aceita positivamente a gravidez, e quando a adolescente aceita pior, um número mais elevado de companheiros do que o esperado tem uma aceitação menos positiva da gravidez ( $\chi^2(1)=30.380$ ,  $p=0.000$ ). De igual modo, verifica-se uma associação entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e pela sua família: as adolescentes que aceitam melhor a gravidez fazem em maior número parte de famílias que aceitam também mais positivamente a gravidez, enquanto que as adolescentes que aceitam pior a gravidez associam-se a famílias que aceitam menos positivamente a gravidez, num número superior do que seria esperado numa distribuição aleatória ( $\chi^2(1)=3.329$ ,  $p=0.048$ ). A mesma relação é encontrada entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e a aceitação inicial da gravidez pela família do companheiro: as adolescentes que aceitam pior a sua gravidez tem em maior número companheiros cujas famílias aceitam também menos positivamente a gravidez ( $\chi^2(1)=4.603$ ,  $p=0.023$ ). No que se refere à aceitação da gravidez no 3º trimestre de gestação, igual associação significativa foi observada entre a aceitação da adolescente e do companheiro ( $\chi^2(1)=85.979$ ,  $p=0.000$ ), a aceitação da adolescente e da sua família ( $\chi^2(1)=3.329$ ,  $p=0.048$ ) e a aceitação da adolescente e da família do companheiro ( $\chi^2(1)=56.352$ ,  $p=0.000$ ).

Quando se analisa a relação entre a aceitação da gravidez pelo pai do bebé, mas agora com a aceitação da gravidez pela sua família de origem, verifica-se, do mesmo modo, uma associação significativa: quando o pai aceita melhor a gravidez a sua família tende igualmente a aceitar mais positivamente a gravidez, enquanto que os pais que aceitam pior a gravidez pertencem geralmente a famílias que também aceitam mais negativamente a gravidez, quer inicialmente ( $\chi^2(1)=16.714$ ,  $p=0.000$ ), quer por altura do terceiro trimestre de gestação ( $\chi^2(1)=68.012$ ,  $p=0.000$ ). Figura 3.



**FIGURA 3.** Aceitação da gravidez: grávida, companheiro, família de origem e família do companheiro.



Mais de uma em cada cinco adolescentes afirma ter hábitos tabágicos no terceiro trimestre de gestação (21.7%) e quase metade fumava antes de engravidar (47.2%). No que diz respeito ao consumo de álcool, um número bastante mais reduzido de adolescentes refere consumo regular por altura da concepção (3.7%) ou durante a gestação (1.2%). Relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, 0.6% consome na gravidez e 5.0% consumia antes de engravidar. A maioria dos companheiros tem também hábitos tabágicos (70.6%), alguns têm história de consumo de substâncias ilícitas (17.4%) ou consumo actual (9.4%), muito consomem regularmente álcool (23.6%), sendo em alguns casos alcoólicos (1.2%).

Para mais de metade das adolescentes, a primeira consulta de obstetrícia ocorreu durante o primeiro trimestre de gestação (56.7%) [no primeiro (4.5%), segundo (26.1%) ou terceiro (26.1%) mês de gravidez]; contudo, muitas só foram acompanhadas a partir do segundo trimestre (20.5%) [no quarto (18.5%) ou quinto mês de gravidez (12.0%)] e um número importante de adolescentes somente no último trimestre de gestação (13.8%).

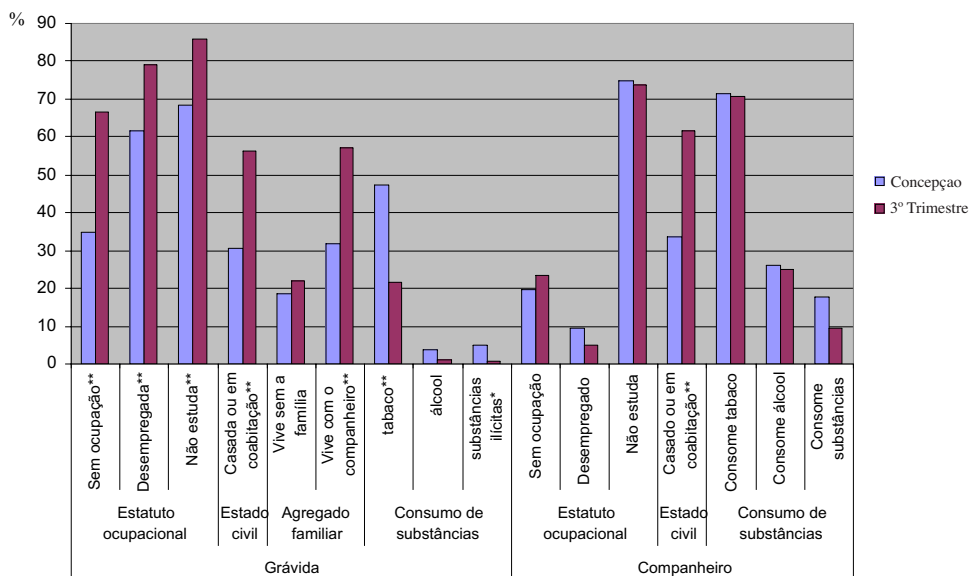
As adolescentes elegem mais habitualmente a mãe (40.6%) ou o companheiro (23.1%) para as acompanharem na primeira consulta de obstetrícia; existem, porém, algumas que vão sozinhas à consulta (14.4%). Posteriormente, em cerca de um terço dos casos, as adolescentes vêm à MJD acompanhadas pelo companheiro (26.4%), ou pela respectiva mãe (33.3%), ou vêm sozinhas (23.3%). No entanto, a maioria das adolescentes entra na consulta sozinha (49.4%), embora algumas entrem com a mãe (25.6%), poucas são as que entram com o companheiro (15.4%).

No terceiro trimestre de gravidez, cerca de três quartos das adolescentes da amostra já sabe qual o sexo do bebé (70.4%) e decidiu qual o nome a dar-lhe (76.1%). A grande maioria também já planeou em que instituição quer que o parto se realize (96.2%) e um número considerável (75.0%) gostava de ter companhia no parto. Quase todas as mães (94.3%) referem que após o parto terão o apoio de pessoas próximas para cuidar do filho.

#### *Mudanças nas condições de existência das grávidas adolescentes e seus companheiros ao longo da gestação*

Os resultados relativos ao segundo objectivo deste estudo – a caracterização das mudanças nas condições de existência das adolescentes atendidas na consulta e seus companheiros, ao longo da gestação, – referem-se a testes não paramétricos para amostras emparelhadas e a testes de qui-quadrado considerando a avaliação das seguintes dimensões à concepção e no 3º trimestre: 1) estatuto ocupacional; 2) estado civil; 3) agregado familiar; 4) relacionamento (com o companheiro, a família de origem e a família do companheiro); 5) aceitação da gravidez; 6) hábitos de consumo (Figura 4).

**FIGURA 4.** Mudanças nas condições de existência: grávida e companheiro.



#### *Estatuto ocupacional*

A maior parte das adolescentes que participaram no estudo está desempregada e não estuda por altura do 3º trimestre de gravidez (66.5%), enquanto que por altura da concepção, um maior número de adolescentes estava empregada ou a estudar (65.2%), pelo que se verifica uma mudança significativa no estatuto ocupacional das utentes ( $\chi^2$

(1)=32.316;  $p=0.000$ ), sendo que 34.2% da amostra passa de um estado de ocupação para um estado de desocupação ao longo da gravidez.

No que se refere especificamente a estudar, a percentagem de adolescentes que já não frequenta a escola por altura da concepção é elevada (68.3%), mas essa percentagem aumenta significativamente ao terceiro trimestre (85.7%), verificando-se que um número significativo de utentes deixa de estudar durante a gestação (19.3%) ( $\chi^2(1)=13.764$ ;  $p=0.000$ ).

No que se refere ao emprego, um número importante de adolescentes está empregada quando engravida (38.5%), comparativamente ao número mais reduzido que se encontra empregada após a 24<sup>a</sup> semana de gestação (21.1%), pelo que muitas adolescentes ficam sem emprego (19.9%) e apenas uma pequena percentagem volta a trabalhar durante os primeiros meses de gestação (2.5%) ( $\chi^2(1)=11.636$ ;  $p=0.000$ ).

A maior parte dos companheiros está ocupado no terceiro trimestre de gravidez (76.7%), da mesma forma que à concepção (80.5%), não se verificando mudanças significativas no estatuto ocupacional dos companheiros ao longo da gestação ( $\chi^2(1)=0.626$ ;  $p=0.257$ ). No momento da concepção, poucos são os companheiros que estudam (9.4%); no terceiro trimestre da gravidez, só uma percentagem ainda menor está a estudar (5.0%), mas estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(1)=2.344$ ;  $p=0.094$ ). No momento da concepção, a maior parte dos companheiros está a trabalhar (74.8%), situação que se mantém no terceiro trimestre de gravidez (73.6%), não se verificando mudanças significativas ( $\chi^2(1)=0.050$ ;  $p=0.462$ ).

### *Estado civil*

À semelhança do que se verificou para o estatuto ocupacional, também se observa uma mudança significativa no estado civil das adolescentes no decorrer da gravidez, dado que 26.1% casam ou ficam a viver com o companheiro durante os últimos meses de gravidez ( $n=42$ ) e apenas 2.5% das adolescentes deixa de viver com o companheiro neste período ( $n=4$ ) ( $\chi^2(1)=19.182$ ;  $p=0.000$ ). No que concerne ao estado civil dos companheiros, por altura da concepção, os companheiros são em maioria solteiros (66.5%) e os restantes estão casados ou a viver em regime de coabitação (33.5%). No terceiro trimestre da gravidez, a situação altera-se, dado que menos de metade dos companheiros permanecem solteiros (38.5%), pelo que se verifica uma mudança significativa ( $\chi^2(1)=25.218$ ;  $p=0.000$ ).

### *Agregado familiar*

No terceiro trimestre de gravidez, embora menor, é ainda elevado o número de mães que permanece a viver com a família (78.2%), pelo que esta continua a ser a circunstância mais frequente na amostra em estudo, assim como continua a ser mais frequente a circunstância de a adolescente viver com a família sem o companheiro (41.6%). Logo a seguir, estão duas situações cuja frequência aumenta significativamente: a adolescente viver com a família e o companheiro (36.6%) e a adolescente viver com o companheiro sem a família (20.5%). Algumas adolescentes vivem sem a família e sem o companheiro (1.2%).

A grande maioria das adolescentes vive com a família quer à concepção (81.4%),

quer ao 3º trimestre de gestação (78.3%), não se registando qualquer mudança significativa nesta condição ( $\chi^2(1)=0.482$ ;  $p=0.298$ ).

Um número reduzido de adolescentes afirma que o pai do bebé faz parte do agregado familiar no momento da concepção (31.7%); no entanto, também nesta dimensão se observa uma profunda alteração durante a gravidez, pois no terceiro trimestre o pai faz parte do agregado familiar na maior parte dos casos (57.1%). Com efeito, os resultados mostram que um número significativo de adolescentes passou a viver com o companheiro (28.6%;  $N=46$ ) e que apenas muito poucas adolescentes deixaram de viver com o pai do bebé na sequência da gravidez (3.1%;  $N=5$ ) ( $\chi^2(1)=21.146$ ;  $p=0.000$ ).

Assim, os principais aspectos a assinalar quanto à alteração na estrutura familiar das mães adolescentes entre a concepção e o terceiro trimestre de gravidez são os seguintes: depois de grávida, a adolescente passa a viver com o companheiro (em 28.6% dos casos), e embora algumas adolescentes deixem a família para ir viver sozinhas com o companheiro (o que se verifica em 7.4% dos casos), a situação mais corrente é o companheiro ir viver com a adolescente que permanece com a família (o que se verifica em 36.6% dos casos da amostra).

#### *Relacionamento (com o companheiro, a família de origem e a família do companheiro)*

Na altura da concepção, a grande maioria das adolescentes (85.7%) mantinha um relacionamento estável com o pai do bebé; no entanto, algumas referem um relacionamento instável (11.8%) ou ocasional (2.5%). Por altura do terceiro trimestre de gravidez, na maioria dos casos as mães adolescentes qualificam de estável o seu relacionamento com o pai do bebé (80.6%), embora algumas mães descrevam esse relacionamento como instável (16.9%) ou ocasional (2.5%).

As mudanças observadas na percepção das adolescentes acerca da qualidade do seu relacionamento com o pai do bebé são estatisticamente significativas e indicam que, no terceiro trimestre de gravidez, percebem o relacionamento com o pai do bebé como mais instável do que quando engravidaram. Com efeito, 8.7% ( $n=14$ ) das mães percebem a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como pior do que à concepção e apenas 3.7% ( $n=6$ ) consideram a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como melhor do que à concepção ( $Z=-1.966$ ,  $p=0.049$ ).

#### *Aceitação da gravidez*

No terceiro trimestre surgem mudanças significativas na aceitação da gravidez, que se traduzem por uma melhoria da aceitação da grávida, do companheiro e das famílias de ambos. Com efeito, um número significativo de mães diz aceitar agora melhor (81.4%;  $N=131$ ), embora algumas digam aceitar agora pior o facto de estarem grávidas (2.5%;  $n=4$ ) ( $Z=-9.780$ ,  $p=0.000$ ), o mesmo acontecendo, quer com os pais dos bebés, pois 72.7% ( $n=117$ ) aceitam agora melhor enquanto que apenas 5.6% ( $n=9$ ) aceitam agora pior a gravidez ( $Z=-8.140$ ,  $p=0.000$ ), quer com a família da grávida, visto que 51.6% ( $n=83$ ) aceitam agora melhor e apenas 2.5% ( $n=4$ ) aceitam pior a gravidez ( $Z=-7.883$ ,  $p=0.000$ ), quer ainda com a família do companheiro, já que 40.4% ( $n=65$ ) aceitam agora melhor e só 2.5% ( $n=4$ ) aceitam pior a gravidez ( $Z=-6.706$ ,  $p=0.000$ ).

### *Hábitos de consumo*

No terceiro trimestre de gestação não muitas adolescentes afirmam ter hábitos tabágicos (21.7%); contudo, cerca de metade fumava à concepção (47.2%). Por consequência, verifica-se que um número significativo de adolescentes deixou de fumar no decorrer da actual gravidez (26.7%), embora algumas estejam a fumar mais do que fumavam antes de engravidar (1.2%) ( $\chi^2(1)=23.111$ ;  $p=0.000$ ). No que diz respeito aos hábitos de consumo de álcool, só um número reduzido de adolescentes refere consumo regular (3.7% por altura da concepção e 1.2% durante a gravidez). Já em relação ao consumo de substâncias ilícitas, acontece essencialmente à concepção (5.0%) e é quase inexistente ao 3º trimestre (0.6%), o que revela uma mudança significativa nos hábitos de consumo de substâncias ilícitas nas grávidas adolescentes ( $\chi^2(1)=5.601$ ;  $p=0.018$ ). No entanto, a grande maioria dos companheiros tem hábitos tabágicos, o que se verifica quer à concepção (71.7%), quer ao terceiro trimestre de gestação (70.6%). O consumo de álcool, verifica-se por parte dos companheiros tanto à concepção (26.1%, dos quais 0.6% são alcoólicos), como no terceiro trimestre de gravidez (24.8%, dos quais 1.2% são alcoólicos). Uma diminuição significativa no uso de substâncias ilícitas pelos companheiros foi observada no decorrer da gravidez ( $\chi^2(1)=4.545$ ;  $p=0.024$ ): 17.6% têm consumo de substâncias ilícitas à concepção e apenas 9.4% no terceiro trimestre.

### *Condições que podem beneficiar ou dificultar a adaptação das adolescentes à gravidez*

No sentido de identificar diferentes agrupamentos de adolescentes na sua adaptação à gravidez, quer à concepção, quer ao terceiro trimestre, recorreremos à análise de Clusters (*Hierarchical Cluster Analysis*). Como objectivo tivemos o de identificar grupos com diferentes graus de adaptabilidade. Para cada uma das situações analisadas (adaptabilidade das adolescentes à concepção, adaptabilidade das adolescentes ao 3º trimestre), a análise de clusters revelou que dois é o número ideal de grupos a considerar. A variáveis que foram relacionadas com a adaptabilidade das adolescentes à concepção foram as seguintes: planeamento da gravidez, desejo da gravidez, relacionamento com o companheiro (concepção), aceitação da gravidez (inicial), aceitação da gravidez (inicial) pelo companheiro, aceitação da gravidez pela família de origem (inicial), aceitação da gravidez pela família do companheiro (inicial), *timing* do acompanhamento médico, *timing* do conhecimento da gravidez. Posteriormente, e com recurso a testes de qui-quadrado, procuramos encontrar, neste conjunto de variáveis, quais as que permitiriam distinguir de forma significativa os dois grupos de adolescentes identificados: grávidas melhor adaptadas à concepção,  $n=73$  (48.7%) e grávidas pior adaptadas à concepção,  $n=77$  (51.3%). Os resultados (Tabela 3) mostram que uma melhor aceitação (inicial) da gravidez pela família do companheiro (42.7%), pela família de origem (42.7%) e pelo companheiro (43.3%) e um melhor relacionamento com o companheiro (concepção) (47.3%) reflectem uma melhor adaptabilidade da adolescente à concepção; pelo contrário, uma pior aceitação (inicial) da gravidez pela família do companheiro (49.3%) ( $\chi^2(1)=130.683$ ;  $p=0.000$ ), pela família de origem (48.0%) ( $\chi^2(1)=99.413$ ;  $p=0.000$ ) e pelo companheiro (20.7%) ( $\chi^2(1)=16.722$ ;  $p=0.000$ ) e um pior relacionamento com o companheiro (concepção) (10.7%) ( $\chi^2(1)=11.548$ ;  $p=0.000$ ) reflectem uma pior adaptabilidade da adolescente à concepção. Tabela 4.

**TABELA 4.** Adaptação das adolescentes ao 3º trimestre.

	<i>Adaptabilidade das Adolescentes ao 3º trimestre</i>		
	Cluster 1 (Melhor adaptadas) N=84 (52.2%)	Cluster 2 (Pior adaptadas) N=12 (7.5%)	$\chi^2$
<i>Problemas psicológicos (gravidez)</i>			
Ausentes	84 (88.4%) (87.5%) (11.5%)	11 (11.6%) (11.5%) (91.7%)	7.074
Presentes	0 (0.0%) (0.0%) (0.0%)	1 (100%) (1.0%) (8.3%)	
<i>Consumo de tabaco (gravidez)</i>			
Não	65 (89.0%) (67.7%) (77.4%)	8 (11.0%) (8.3%) (66.7%)	0.655
Sim	19 (82.6%) (19.8%) (22.6%)	4 (17.4%) (4.2%) (33.3%)	
<i>Relacionamento companheiro (3ªT)</i>			
Mau/pobre	15 (88.2%) (15.6%) (17.9%)	2 (11.8%) (2.1%) (16.7%)	0.010
Bom/muito bom	69 (87.3%) (71.9%) (82.1%)	10 (12.7%) (10.4%) (83.3%)	
<i>Relacionamento família origem (3ªT)</i>			
Mau/pobre	18 (78.3%) (18.8%) (21.4%)	5 (21.7%) (5.2%) (41.7%)	2.361
Bom/muito bom	66 (90.4%) (68.8%) (78.6%)	7 (9.6%) (7.3%) (58.3%)	
<i>Relacionamento família companheiro (3ªT)</i>			
Mau/pobre	26 (74.3%) (27.1%) (31.0%)	9 (25.7%) (9.4%) (75.0%)	8.702**
Bom/muito bom	58 (95.1%) (60.4%) (69.0%)	3 (4.9%) (3.1%) (25.0%)	
<i>Aceitação da gravidez grávida (3ªT)</i>			
Má/pobre	3 (21.4%) (3.1%) (3.6%)	11 (78.6%) (11.5%) (91.7%)	64.736**
Boa/muito boa	81 (98.8%) (84.4%) (96.4%)	1 (1.2%) (1.0%) (8.3%)	
<i>Aceitação da gravidez companheiro (3ªT)</i>			
Má/pobre	2 (14.3%) (2.1%) (2.4%)	12 (85.7%) (12.5%) (100%)	79.490**
Boa/muito boa	82 (100%) (85.4%) (97.6%)	0 (0.0%) (0.0%) (0.0%)	
<i>Aceitação da gravidez família origem (3ªT)</i>			
Má/pobre	10 (47.6%) (10.4%) (11.9%)	11 (52.4%) (11.5%) (91.7%)	38.681**
Boa/muito boa	74 (98.7%) (77.1%) (88.1%)	1 (1.3%) (1.0%) (8.3%)	
<i>Aceitação da gravidez família companheiro (3ªT)</i>			
Má/pobre	10 (45.5%) (10.6%) (12.2%)	12 (54.5%) (12.8%) (100%)	44.541**
Boa/muito boa	72 (100%) (76.6%) (87.8%)	0 (0.0%) (0.0%) (0.0%)	
<i>Conhecimento sexo bebê</i>			
Desconhece	28 (84.8%) (29.2%) (33.3%)	5 (15.2%) (5.2%) (41.7%)	0.323
Conhece	56 (88.9%) (58.3%) (66.7%)	7 (11.1%) (7.3%) (58.3%)	

Em relação à adaptabilidade das adolescentes ao 3º trimestre, as variáveis consideradas foram as seguintes: problemas psicológicos (gravidez), consumo de tabaco (gravidez), relacionamento com o companheiro (3º trimestre), relacionamento com a família origem (3º trimestre), relacionamento com a família do companheiro (3º trimestre), aceitação da gravidez (3º trimestre), aceitação da gravidez pelo companheiro (3º trimestre), aceitação da gravidez pela família de origem (3º trimestre), aceitação da gravidez pela família do companheiro (3º trimestre), conhecimento do sexo do bebé, desejo de companhia no parto e desejo de apoio na gravidez. O teste de qui-quadrado permitiu identificar, neste conjunto de variáveis, aquelas que permitem distinguir de forma significativa os dois grupos de adolescentes identificados (grávidas melhor adaptadas ao 3º trimestre e grávidas pior adaptadas ao 3º trimestre). Os resultados do teste de qui-quadrado mostram que um melhor relacionamento com a família do companheiro (3º trimestre) (60.4%), e uma melhor aceitação da gravidez (3º trimestre) pela família de origem (77.1%) ( $\chi^2(1)=38.681$ ;  $p=0.000$ ), pela família do companheiro (76.6%), pela grávida (84.4%) e pelo companheiro (85.4%), se associam a uma melhor adaptabilidade da adolescente ao 3º trimestre; pelo contrário, um pior relacionamento com a família do companheiro (3º trimestre) (9.4%) ( $\chi^2(1)=8.702$ ;  $p=0.005$ ), uma pior aceitação da gravidez pela família de origem (11.5%) ( $\chi^2(1)=44.541$ ;  $p=0.000$ ), pela família do companheiro (12.8%) ( $\chi^2(1)=44.541$ ;  $p=0.000$ ), pela grávida (11.5%) ( $\chi^2(1)=64.736$ ;  $p=0.000$ ) e pelo companheiro (12.5%) ( $\chi^2(1)=79.490$ ;  $p=0.000$ ), reflectem uma pior adaptabilidade da adolescente no 3º trimestre.

Depois de conhecermos quais as características que permitem discriminar o grupo de participantes melhor adaptado e pior adaptado à gravidez, foi nosso objectivo investigar as variáveis socio-demográficas susceptíveis de predizer a melhor ou pior adaptação das adolescentes à concepção e ao 3º trimestre de gravidez. Para tal, recorreremos a análises de regressão logística, considerando separadamente as características sociais e demográficas da adolescente e as características sociais e demográficas do companheiro. Posteriormente consideramos conjuntamente as variáveis que se mostraram significativas nas análises de regressão prévias.

Para o estudo das variáveis que permitem predizer a adaptação da grávida à concepção consideramos as seguintes variáveis sociais e demográficas da grávida: idade (< ou => 16), escolaridade (< ou => 9), estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) à concepção, estatuto escolar (estuda ou não estuda) à concepção, a viver ou não com o companheiro à concepção, a viver ou não com a família à concepção e condições prévias de existência adversas. A análise de regressão logística que considerou estas variáveis revelou um modelo estatisticamente significativo (*Chi-square*=27.032, *df*=7,  $p=0.000$ ), onde o estatuto ocupacional e escolar da adolescente predizem a sua adaptação à concepção, sendo que as grávidas que estudam ( $B=-1.439$ ,  $p=0.002$ ) e não trabalham ( $B=.953$ ,  $p=0.022$ ) por altura da concepção estão pior adaptadas.

As variáveis sociais e demográficas do companheiro que consideramos na predição da adaptação da adolescente à concepção foram: idade (< ou => 18), escolaridade (< ou => 9), estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) à concepção e condições prévias de existência adversas. A análise de regressão logística que considerou estas variáveis revelou um modelo estatisticamente significativo (*Chi-square*=13.675, *df*=4,



$p=0.008$ ), onde o estatuto ocupacional do companheiro prediz a adaptação da adolescente à concepção. O facto de o companheiro estar empregado por altura da concepção ( $B=1.534$ ,  $p=0.003$ ) prediz uma melhor adaptação da adolescente na fase inicial da sua gravidez.

Procurou-se então averiguar quais as condições sociais e demográficas da adolescente e do companheiro com mais peso para predizer a adaptação da adolescente numa fase inicial da sua gravidez. Para tal realizou-se uma nova regressão logística onde se testaram as variáveis que apresentaram uma relação significativa com os dois modelos anteriormente apresentados. Utilizou-se um critério de selecção das variáveis por excesso, em que todas as variáveis que apresentaram uma relação com o modelo de  $p \leq 0.15$  foram escolhidas. Neste caso: estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) da adolescente à concepção, estatuto escolar (estuda ou não estuda) da adolescente à concepção, a viver ou não com o companheiro à concepção, adolescente a viver ou não com a família à concepção e estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) do companheiro à concepção. Este modelo mostrou-se mais eficaz que o acaso na predição da adaptação inicial da adolescente à gravidez ( $Chi-square=39.996$ ,  $df=5$ ,  $p=0.000$ ), sendo o estatuto ocupacional e o estatuto escolar da adolescente à concepção, o facto de viver ou não com a família à concepção e o estatuto ocupacional do companheiro à concepção as variáveis predictoras identificadas. A circunstância de a grávida estar desempregada ( $B=0.916$ ,  $p=0.023$ ), estudar ( $B=-1.354$ ,  $p=0.002$ ) e não viver com a família ( $B=1.401$ ,  $p=0.019$ ) e o facto de o companheiro não trabalhar ( $B=1.733$ ,  $p=0.001$ ) associam-se a uma pior adaptação da grávida à concepção.

Para o estudo das variáveis susceptíveis de predizer a adaptação da adolescente ao terceiro trimestre de gravidez consideramos as seguintes variáveis sociais e demográficas: idade ( $<$  ou  $\Rightarrow$  16); escolaridade ( $<$  ou  $\Rightarrow$  9); estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) à concepção e ao 3º trimestre; estatuto escolar (estuda ou não estuda) à concepção ao 3º trimestre; a viver ou não com o companheiro à concepção e ao 3º trimestre, a viver ou não com a família à concepção e ao 3º trimestre e condições prévias de existência adversa. A análise de regressão logística que considerou estas variáveis não mostrou um modelo estatisticamente significativo ( $Chi-square=15.503$ ,  $df=11$ ,  $p=0.161$ ), mas identificou o estatuto escolar da adolescente como preditor da sua adaptação ao 3º trimestre, sendo que as grávidas que estudam ao 3º trimestre de gravidez ( $B=-3.076$ ,  $p=0.011$ ) estão pior adaptadas.

As variáveis sociais e demográficas do companheiro que consideramos na predição da adaptação da adolescente ao terceiro trimestre foram: idade ( $<$  ou  $\Rightarrow$  18); escolaridade ( $<$  ou  $\Rightarrow$  9); estatuto ocupacional (trabalha ou não trabalha) à concepção e ao 3º trimestre e condições prévias de existência adversa. A análise de regressão logística que considerou estas variáveis não revela um modelo estatisticamente significativo, nem encontra nenhuma variável que ultrapasse o limiar de significação estatística.

## Discussão

No presente estudo que desenvolvemos sobre as adolescentes atendidas na Consulta Externa de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes da MJD, encontramos uma sobre-representação de condições existenciais menos favoráveis, tais como: baixos níveis de

escolaridade, empregos de baixa remuneração, exclusão do sistema de ensino ou de emprego, ou seja, as mesmas condições adversas que foram apontadas em estudos empíricos realizados, quer no nosso (e.g., Almeida, 1987; Grande, 1997; Jongenelen, 1998; Pacheco Costa *et al.*, 2003; Pacheco, Figueiredo *et al.*, 2003; Silva e Nóbrega, 1983), quer nos demais países ocidentais (e.g., Coley e Chase-Lansdale, 1998; Stevens-Simon e McAnarney, 1996). Com efeito, observamos que: em mais de um quarto da amostra ambos os pais são adolescentes (31.9%); a maior parte das vezes quer a grávida (78.3%) quer o companheiro (71.8%) não têm a escolaridade obrigatória; embora muitos companheiros estejam empregados (73.8%) a maioria das grávidas está desempregada (66.5%); quase todas as adolescentes (95.2%) e companheiros (92.7%) têm profissões de baixa qualificação.

Muito embora não se encontre grande variabilidade nas restantes características sociais e demográficas da amostra, verifica-se alguma heterogeneidade no que se refere ao agregado familiar: não obstante a maior parte das adolescentes viver com a família (78.2%), um número elevado coabita com o companheiro (57.2%), sendo a situação mais corrente viver com a família sem o companheiro (41.6%), embora muitas adolescentes vivam com a família e o companheiro (36.6%) ou só com o companheiro (20.6%).

A presença de um número elevado de circunstâncias adversas na trajetória desenvolvimental, quer das mães adolescentes (e.g., Barnett *et al.*, 1991; Botting, *et al.*, 1998; Davis, 1989; Ellis *et al.*, 2003; Hillis *et al.*, 2004; Hobcraft e Kiernan, 1999; Hogan e Kitagawa, 1985; Holden *et al.*, 1993; Kiernan, 1995; Miller *et al.*, 1986; Parker *et al.*, 1993; Zabin e Hayworth, 1993), nomeadamente quando se compara adolescentes que engravidam com adolescentes que não engravidam, quer dos seus companheiros (e.g., Ekeus e Christensson, 2003; Pirog-Good, 1995), tem sido assinalada em muitos estudos, alguns dos quais no nosso país (e.g., Pacheco, Figueiredo, *et al.*, 2003). À semelhança do que foi observado nessas investigações, encontramos a presença de pelo menos uma condição desenvolvimental adversa em 73.3% das grávidas e 61.1% dos companheiros. São particularmente salientes na amostra em estudo as situações de maternidade na adolescência dos pais (em 37.3% das grávidas e 6.5% dos companheiros), separação parental (em 28.6% das grávidas e 21.8% dos companheiros), separação em relação aos pais (em 22.4% das grávidas e 17.9% dos companheiros), abuso de substâncias na família (em 13.7% das grávidas e 5.1% dos companheiros), história de maus tratos ou negligência (em 11.8% das grávidas e 8.5% dos companheiros), tentativa de suicídio (em 9.3% das grávidas e 1.3% dos companheiros), problemas com a justiça (em 3.1% das grávidas e 5.7% dos companheiros) e consumo de substâncias ilícitas (em 5.0% das grávidas e 17.4% dos companheiros).

Uma das dificuldades associadas à vivência da maternidade na adolescência é por certo o facto de obrigar à gestão de um número acrescido de mudanças, para além daquelas que geralmente caracterizam a experiência de maternidade em qualquer idade. Talvez por isso a relação com o pai do bebé deteriora-se consideravelmente durante a gestação. Por exemplo, o estatuto ocupacional da grávida sofre alterações no sentido de uma maior instabilidade, dado que uma em cada três adolescentes passa de ocupada a desocupada (34.2%); 19.3% deixam de estudar e 19.9% ficam sem emprego, entre a concepção e o terceiro trimestre de gestação. Com efeito, no decurso da gravidez, a adolescente tem não só que se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais

associadas à maternidade enquanto período de desenvolvimento (Figueiredo, 2001a), como tem ainda que lidar com as exigências normativas do período desenvolvimental que atravessa, a adolescência (Figueiredo, 2001b). Para além disso, tem igualmente que se adaptar a um outro vasto conjunto de mudanças que a gravidez implicou no seu estatuto ocupacional, social e relacional, tal como mostra o presente artigo, também assinaladas em Portugal por outros autores (Almeida, 1987; Jongenelen, 1998; Pacheco, Figueiredo *et al.*, 2003).

No início da gestação, uma melhor adaptação da adolescente é possível quando é melhor o relacionamento com o companheiro e quando a gravidez é melhor aceite pelo companheiro e pela família de origem da adolescente e do companheiro, a qual pode ser prevista no caso de a grávida estar empregada, não estudar e viver com a família, e no caso do companheiro estar empregado. No terceiro trimestre de gestação, uma melhor adaptação da adolescente é possível quando é melhor o relacionamento com a família do companheiro e a gravidez é melhor aceite pelo companheiro, pela grávida e pela família de origem da grávida e do companheiro, a qual foi mais difícil de prever, tendo em conta as variáveis consideradas neste estudo, mas parece estar comprometida no caso de a adolescente se encontrar a estudar.

À semelhança do que foi encontrado em outros estudos, realizados nomeadamente no nosso país (Soares, *et al.*, 2001), estes resultados atestam a relevância do apoio e da aceitação por parte da família de origem da adolescente e do companheiro na adaptação da adolescente à gravidez. Tal confere à gravidez na adolescência uma dinâmica de família alargada, que obriga a considerar a teia das relações que se estabelecem com a família de origem de ambos os elementos da díade parental, ainda mais do que na gravidez em geral. No quadro desta dinâmica, os nossos dados acrescentam ainda a importância que ganha o facto de a adolescente viver com a família e a circunstância de a adolescente e o companheiro estarem a trabalhar, o que balanceia as polaridades de dependência/autonomia, que geralmente balizam o conflito desenvolvimental de gravidez na adolescência. Por último, focalizam uma área de dificuldade que pode residir no facto de a adolescente querer/continuar a estudar, a qual a nosso ver não tem sido suficiente estudada, embora já levantada em resultados anteriormente publicados pela nossa equipa (Pacheco, Figueiredo *et al.*, 2003).

### Conclusão

Uma primeira conclusão a tirar do estudo que apresentamos neste artigo é que a maternidade na adolescência se associa geralmente a condições mais desfavoráveis, quer do ponto de vista económico e social, quer do ponto de vista desenvolvimental, podendo ser portanto considerada uma situação de risco. Tais condições podem ter funcionado como circunstâncias de risco, contribuindo para a gravidez na adolescência, mas são igualmente susceptíveis de potencializar dificuldades e práticas de cuidados parentais menos adequadas, como podem com frequência ser observadas junto de mães adolescentes (Figueiredo, 2000; Zuravin e DiBlasio, 1996). Uma segunda conclusão refere-se ao elevado número de mudanças que muitas adolescentes tem que enfrentar durante a gestação, assim como as dificuldades que podem enfrentar, para lidar com as

exigências que tais mudanças obrigam. Em terceiro lugar, importa ainda realçar a diversidade de situações na qual a gestação ocorre e a presença de circunstâncias que podem favorecer ou dificultar a adaptação da adolescente.

Prestar uma ajuda adequada a uma população em risco obriga ao conhecimento detalhado das circunstâncias que efectivam esse mesmo risco, tal como foi objecto do presente estudo. Tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir que uma boa parte das utentes atendidas na nossa consulta necessita de um apoio suplementar adequado às suas necessidades específicas de tipo económico, social, ocupacional, psicológico e desenvolvimental. No entanto, o estudo mostra também que uma outra boa parte da amostra parece estar capaz de mobilizar ou pôr à sua disposição os recursos necessários a uma boa adaptação à gravidez. Caracterizar e prestar ajuda à maternidade na adolescência obriga a ter em conta ambas as situações, sob pena de ficarmos com uma imagem deformada da realidade, que dificulta a prestação de cuidados adequados às necessidades de cada mãe.

### Referências

- Allen, I. e Dowling, S. (1998). *Teenage mothers: Decision and outcomes*. Londres: Policy Studies Institute.
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alvarez, M. L., Burrows, R., Zvaighat, A. e Santiago, M. (1987). Sociocultural characteristics of pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status: A comparative study. *Adolescence*, XXII, 149-156.
- Apfel, N. e Seitz, V. (1997). The firstborn sons of African American teenage mothers: Perspectives on risk and resilience. En S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti e J. Weisz (Eds.), *Development psychopathology – perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 486-506). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arias, E., MacDorman, M. F., Strobino, D. M. e Guyer, B. (2003). Annual summary of vital statistics-2002. *Pediatrics*, 112, 1215-30.
- Associação para o Planeamento Familiar (1997). Time to be young. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 13-14, 3-6.
- Baranowski, M. D., Schilmoeller, G. L. e Higgins, B. S. (1990). Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence*, 25, 781-790.
- Barnett, J. K., Papini, D. R. e Gbur, E. (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 26, 457-472.
- Botting, B., Rosato, M. e Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, 93, Autumn.
- Boxer, A. M. (1992). Adolescent pregnancy and parenthood in the transition to adulthood. En M. K. Margaret e F. M. Testa (Eds.), *Early parenthood and coming of age in the 1990s* (pp. 46-54). New Brunswick: Rutgers.
- Broussard, E. R. (1995). Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 211-219.
- Bynner, J. e Parsons, S. (1999). *Young people not in employment, education and training and social exclusion*. Londres: Analysis of the British Cohort Study 1970 for the Social Exclusion Unit.
- Chang, S.C., O'Brien, K.O., Nathanson, M.S., Mancini, J. e Witter, F.R. (2003). Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents. *Journal of Pediatrics*, 143, 250-257.

- Chase-Lansdale, P.L. e Brooks-Gunn, J. (1994). Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. En C. B. Fisher e R.M. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology* (pp. 207-235). Nova York: McGraw-Hill, Inc.
- Clearie, A. F. (1985). International trends in teenage pregnancy: An overview of sixteen countries. *Biology and Society*, 2, 23-30.
- Coley, R. e Chase-Lansdale, L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidences and future directions. *American Psychologist*, 53, 152-166.
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Gorman-Smith, D., Rose, E. e Lang, D. (2003). Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 255-258.
- Da Silva, A. A., Simoes, V. M., Barbieri, M. A., Bettiol, H., Lamy-Filho, F., Coimbra, L. C. e Alves, M.T. (2003). Young maternal age and preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 332-339.
- Davis, S. (1989). Pregnancy in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 36, 665-680.
- Ekeus, C. e Christensson, K. (2003). Reproductive history and involvement in pregnancy and childbirth of fathers of babies born to teenage mothers in Stockholm, Sweden. *Midwifery*, 19, 87-95.
- Ellis, B. J., Bates, J.E., Dodge, K.A., Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Pettit, G.S. e Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development Monographs*, 74, 801-821.
- European Commission (2000). *Report on the state of young people's health in the European Union*. European Commission Web site: <http://europa.eu.int/comm/health>.
- Eurostat (1999). *Statistical Office of the European Communities*. European Commission Web site: <http://europa.eu.int>.
- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: Important considerations for the provision of clinical care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48, 178-185.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4, 485-499.
- Figueiredo, B. (2001a). *I Am a Teenage Mother*. In *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*, Mental Health Europe and European Commission, Directory of Projects in Europe, p.69.
- Figueiredo, B. (2001b). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 221-238.
- Figueiredo, B., Matos, R., Magarinho, R., Martins, C., Jongenelen, I., Guedes, A., Lopes, L., Gameiro, H. e Soares, I. (2000). Ser jovem e ser mãe: Um programa de prevenção psicológica para mães adolescentes. En J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 11-24). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Frodi, A., Grolnick, W., Bridges, L. e Berko, J. (1990). A comparison between infants of adolescent and adult mothers on affective and master related measures. *Adolescence*, 25, 363-374.
- Furstenberg, F. e Brooks-Gunn, J. (1986). Teenage childbearing: Causes, consequences, and remedies. In L. H. Aiken e D. Mechanic (Eds.), *Applications of social science to clinical medicine and health policy* (pp. 307-334). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Grande, C. (1997). *Subsídios para o estudo da gravidez e da maternidade em adolescentes: Análise comparativa numa perspectiva ecológica de mães adolescentes com adolescentes sem história de gravidez em duas freguesias do Porto*. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Universidade do Porto, Porto.

- Hann, D. M., Osofsky, J. D. e Culp, A. M. (1996). Relating the adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 17, 302-309.
- Hillis, S. D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A. e Marks, J.S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113, 320-237.
- Hobcraft, J. e Kiernan, K. (1999). *Childhood poverty, early motherhood, and adult social exclusion*. Analysis for the Social Exclusion Unit, CASE paper 28, LSE.
- Hogan, D. e Kitagawa, E. (1985). The impact of social status, family structure, and neighbourhood on the fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90, 825-855.
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J. e Ritchie, K. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 28, 557-572.
- Irvine, H., Bradley, T., Cupples, M. e Boohan, M. (1997). The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: Unresolved issues. *British Journal of General Practice*, 47, 323-326.
- Jaccard, J., Dodge, T. e Dittus, P. (2003a). Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes toward pregnancy as predictors of pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33, 79-83.
- Jaccard, J., Dodge, T. e Dittus, P. (2003b). Maternal discussions about pregnancy and adolescents, attitudes toward pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33, 84-87.
- Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na adolescência - uniformidade e diversidade no desenvolvimento*. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Universidade do Porto, Porto.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 97-147.
- Kiernan, K. (1995). *Transition to parenthood: Young mothers, young fathers – associated factors and later life experiences*. Welfare State Programme, Discussion Paper WSP/113, LSE.
- Kirchengast, S. e Hartmann, B. (2003). Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *American Journal of Human Biology*, 15, 220-228.
- Mendes, M. F., Horta, R., Paulo, P. e Lopes, M. J. (1997). From maternal-child health to the achievement of autonomy. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 15-16, 3-7.
- Michael, R., Gagnon, J., Lauman, E. e Kolat, G. (1994). *Sex in America*. Boston: Little Brown and Co.
- Miller, B., McCoy, J., Olson, T. e Wallace, C. (1986). Parental discipline and control attempts in relation to adolescent sexual attitudes and behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 503-512.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman, T. L. e Borkowski, J. G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 533-541.
- Montero, I. e León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth and Society*, 26, 325-350
- Pacheco, A., Costa, R. e Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com as figuras significativas e da aliança Terapêutica e sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 35-59.



- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. e Magarinho, R. (2003). Caracterização Social e Demográfica das Utentes da Consulta Externa de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34, 227-238.
- Parker, B. M., J., Soeken, K. e Torres, S. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: A comparison of adult and teenage women. *Nursing Research*, 42, 173-178.
- Pearce, B., Cantisani, G. e Laihonon, A. (1999). Changes in fertility and family sizes in Europe. *Population Trends*, 95, 33-40.
- Pirog-Good, M. (1995). The family background and attitudes of teen fathers. *Youth & Society*, 26, 351-376.
- Ramos-Álvarez, M.M. e Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Santos, R. (1997). Gravidez em mães adolescentes: Estudo no distrito de Beja 1986-1991. *Acta Médica Portuguesa*, 10, 681-688.
- Silva, M. e Nóbrega, J. (1983). Estudo do Parto em Mães Adolescentes Portuguesas. *Arquivo Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, VIII, 29-42.
- Silva, O. S., Cabral, H. e Zuckerman, B. (1993). Adolescent pregnancy in Portugal: Effectiveness of continuity of care by an obstetrician. *Obstetrics and Gynecology*, 81, 142-146.
- Simões, V. M., Silva, A. A., Bettiol, H., Lamy-Filho, F., Tonial, S.R. e Mochel, E.G. (2003). Characteristics of adolescent pregnancy, Brazil. *Revista de Saude Publica*, 37, 559-565.
- Smith, T. (1993). Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *British Medical Journal*, 306, 1232-1235.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. e Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal. En M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto.
- Social Exclusion Unit (1999). *Teenage Pregnancy. Report Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty*. Londres: Stationery Office Limited.
- Speak, S., Cameron, S., Woods, R. e Gilroy, R. (1995). *Young single mothers: Barriers to independent living*. Londres: Family Policy Studies Center.
- Stevens-Simon, C. e McAnarney, E. (1996). Adolescent pregnancy. En W. H. R. DiClemente e L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 313-332). Nova York: Plenum Press.
- Susman-Silman, A., Kalkose, M., Egeland, B. e Waldman, I. (1996). Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. *Infant Behavior and Development*, 19, 33-47.
- Ventura, S. J., Abma, J.C., Mosher, W.D. e Henshaw, S. (2003). Revised pregnancy rates, 1990-97, and new rates for 1998-99: United States. *National Vital Statistics Report*, 31, 1-14.
- Wang, C.S. e Chou, P. (2003). Differing risk factors for premature birth in adolescent mothers and adult mothers. *Journal of the Chinese Medical Association*, 66, 511-517.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J. e Macdowall, W. e MacDoalld (1996). Teenage sexuality, fertility and life chances. *Reviews of Reproduction*, 4, 184-190.
- Zabin, L. e Hayworth, S. (1993). *Adolescent sexual behavior and child bearing*. California: Sage Publications.
- Zuravin, S. e DiBlasio, F. (1996). The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *Journal of Family Violence*, 3, 149-166.