

## Introdução |

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento onde ocorrem algumas das mais rápidas e complexas modificações do ciclo vital, não só a nível físico, como também a nível psicológico, emocional e social. Estas alterações estão associadas ao desenvolvimento pubertal e à emergência da sexualidade reprodutiva, às redefinições do papel social e ao desenvolvimento cognitivo, emocional e moral (Perkins & Borden, 2003). Este desenvolvimento vai implicar modificações ao nível das relações que o adolescente estabelece consigo próprio, mas também com os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido.

Se este tempo, considerado complexo para os adolescentes que têm de fazer face a novos desafios para os quais podem não estar suficientemente preparados, não for ultrapassado com êxito, pode constituir-se num momento privilegiado para o envolvimento em comportamentos de risco. Na perspetiva de alguns autores, os adolescentes constituem um grupo de risco, principalmente devido aos comportamentos sexuais, incluindo o uso inconsistente de preservativo e a prática de relações sexuais com múltiplos parceiros (Fergus, Zimmerman & Caldwell, 2007; Mackay & Duran, 2007).

A atividade sexual e a gravidez na adolescência surgem como problemas emergentes que não são, todavia, peculiares à nossa época, não são fenómenos novos e recentes, embora a sua visibilidade tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos, sobretudo nas sociedades industrializadas.

Há algumas décadas atrás, o contexto histórico e social, era propício à defesa da fecundidade como valor fundamental, em todos os grupos humanos. A atividade sexual pré-matrimonial era considerada uma relação de alto risco, devido à inexistência de métodos contraceptivos eficazes. Atualmente, a maior disponibilidade da contraceção possibilitou a dissociação entre sexualidade e reprodução e permitiu às mulheres uma maior autonomia nas

suas escolhas de vida e na mudança de valores relativamente à sexualidade, à família e padrões de casamento e à própria adolescência (Hardy & Zabin, 1991; Stevens-Simon & Kaplan, 1998). A maior participação da mulher na vida laboral, social e o aumento da sua escolarização fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além dos tradicionais papéis de esposa e de mãe.

Este contexto sociocultural contribuiu para uma visão da gravidez na adolescência como fenómeno não esperado, não aceitável, nem socialmente desejável. A gravidez e a maternidade na adolescência tendem a ser descritas pela literatura como estando relacionadas com situações de precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé.

Entre os países industrializados ocidentais, as taxas mais altas de gravidez na adolescência reportam-se aos Estados Unidos da América, onde todos os anos se estima que 750.000 jovens engravidam (Kost, Henshaw & Carlin, 2010). No relatório europeu sobre saúde sexual e reprodutiva, os Estados membros da União Europeia registam cerca de 207 000 nados vivos de mães adolescentes, o que corresponde a 15 nascimentos por cada 1000 adolescentes com idades compreendidas entre 15-19 anos (Oliveira da Silva *et al.*, 2011). Contudo, nas últimas duas décadas, tem-se verificado nos Estados Unidos da América, tal como nos restantes países industrializados, uma tendência consistente, para um decréscimo da gravidez e maternidade na adolescência. Este declínio parece estar associado com uma atitude mais aberta na aceitação da sexualidade na adolescência, uma educação sexual mais eficaz, a disponibilização de mais informação, maior facilidade de acesso a contraceção gratuita, a maior utilização de medidas contraceptivas e ainda ao maior recurso ao aborto (Canavarro & Pereira, 2001).

Em Portugal Continental, mantendo a tendência que se tem vindo a verificar nas duas últimas décadas, observou-se em 2010 que o número de nados vivos em mulheres adolescentes registou uma diminuição, passando de 5264 crianças no ano de 2004 para 3726 durante o ano de 2010. Apesar de estarmos a assistir nos últimos anos a um decréscimo destes valores no panorama nacional, este continua a ser bastante desfavorável, sendo um problema social incontornável na atualidade, pelo que o estudo da gravidez adolescente na nossa cultura se acresce de significado e importância e constitui, pois, uma importante linha de investigação e intervenção no âmbito da promoção da saúde.

A investigação psicológica na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado identificar aspetos que podem contribuir para que uma jovem, em processo de formação e desenvolvimento, engravide. Com a prevalência atual dos modelos multifatoriais do desenvolvimento, tem vindo a ser dada importância aos contextos relacionais e sociais de vida, como parte integrante do desenvolvimento, que esteve, em geral, ausente na conceptualização e investigação empírica na gravidez adolescente. Atendendo à multiplicidade de fatores que caracterizam a gravidez nesta fase do ciclo de vida e para uma

melhor compreensão deste fenómeno multissistémico, importa esclarecer os múltiplos fatores de risco associados aos contextos individuais, relacionais e sociais das jovens que engravidam.

A investigação dos fatores antecedentes da gravidez na adolescência tem sido alvo de inúmeros estudos que têm contribuído para a evolução da compreensão da sua etiologia e dos seus resultados desenvolvimentais. Contudo e apesar da proliferação de trabalhos e estudos nesta área em Portugal Continental, permanecem por explorar muitas especificidades regionais relativas aos contextos de influência da ocorrência de uma gravidez precoce.

É precisamente nesta linha de investigação, que procura compreender a gravidez na adolescência como um fenómeno multideterminado para o qual contribuem diversos fatores, relacionados com diferentes contextos, que o trabalho que apresentamos se enquadra e inscreve.

Neste âmbito conceptual e empírico, é nosso objetivo analisar os contextos de influência da ocorrência de uma gravidez precoce e contribuir com conhecimento específico relativo à realidade portuguesa, colmatando algumas das lacunas existentes na caracterização das grávidas adolescentes em algumas regiões geográficas do país. Procuramos, ainda, detetar especificidades regionais nestes processos e fomentar a compreensão global da gravidez na adolescência enquanto cadeia de acontecimentos e decisões.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas: Enquadramento Teórico e Estudo Empírico. A primeira parte engloba três capítulos, onde são revistas as questões teóricas que se encontram na base do trabalho empírico posteriormente realizado. Nesta revisão, que se pretendeu completa, integradora e atual, procuramos incluir os principais contributos teóricos e empíricos na investigação psicológica da gravidez na adolescência.

O primeiro capítulo é consagrado à *adolescência*. Apresenta uma breve reflexão em torno da delimitação do conceito de adolescência e dos principais marcadores biológicos, cognitivos e sócioemocionais que caracterizam as dimensões do desenvolvimento nesta época do ciclo de vida. Em seguida, explora alguns determinantes dos comportamentos sexuais de risco na adolescência, nomeadamente fatores de ordem sociodemográfica, individual e ambiental.

O segundo Capítulo, intitulado *Gravidez na Adolescência: período de transição e desenvolvimento*, apresenta sucintamente os principais aspetos de natureza epidemiológica associados à gravidez na adolescência. Assim, são apresentados alguns dados recentes de prevalência da gravidez adolescente, tanto na Europa, como em Portugal. Num segundo momento, procuramos perspetivar a gravidez na adolescência valorizando as conceções desenvolvimentais e ecológicas do desenvolvimento humano. Revemos a literatura que refere a gravidez precoce como uma cadeia sequencial de acontecimentos e decisões e discutimos,

ainda, as perspetivas desenvolvimental e ecológica que constituem uma grelha de leitura privilegiada e compreensiva da gravidez na adolescência.

O Capítulo três, intitulado *Gravidez na adolescência: contextos de influência*, é dedicado à revisão de alguns dos principais fatores antecedentes e associados à gravidez adolescente. Para facilitar uma revisão mais clara destes fatores, optámos por agrupá-los, utilizando a perspetiva ecológico-social de Bronfenbrenner (1979).

A segunda parte deste trabalho é constituída por 3 capítulos e corresponde ao contributo empírico desta investigação. Inicialmente, no Capítulo quatro, apresentamos os *Objetivos e Metodologia da Investigação*, procurando apresentar os aspetos gerais que estiveram subjacentes ao desenvolvimento da investigação e que permitem uma melhor compreensão do estudo empírico que é apresentado subsequentemente. Num primeiro momento, apresentamos a fundamentação do estudo e definimos os seus objetivos, gerais e específicos. Em seguida, descrevemos os principais aspetos metodológicos, nomeadamente o desenho da investigação, amostra, procedimentos de recolha de dados, instrumentos de avaliação, codificação de variáveis e, genericamente, os procedimentos de análise estatística dos dados.

O Capítulo cinco é dedicado à *Apresentação dos Resultados*. Neste capítulo são debatidos e articulados os principais resultados do estudo desenvolvido. Por último, o Capítulo seis, que integra a discussão dos resultados obtidos, as principais limitações da investigação e são apresentadas as principais implicações do presente trabalho para a investigação e prática clínica e educacional.





## Mudanças Normativas na Fase da Adolescência | 1

A passagem da infância à idade adulta, durante séculos, era quase imediata. As crianças familiarizavam-se com as vivências e as práticas dos mais velhos, aprendiam ofícios e eram instruídas acerca dos papéis sociais masculinos e femininos. Não existia uma cultura adolescente, nem a adolescência era percebida como um estágio do desenvolvimento humano.

Atualmente, a adolescência, a passagem da infância à idade adulta, é alvo da atenção de cientistas, pais e adolescentes. Este fato provém da sua complexidade, das rápidas e generalizadas alterações físicas, das profundas mudanças psicológicas e pelo desenvolvimento sexual (Lerner & Steinberg, 2004).

O presente capítulo centra-se nas mudanças normativas que ocorrem durante a adolescência e está dividido em duas partes distintas. Na primeira, efetuamos uma breve reflexão em torno da delimitação do conceito de adolescência e dos principais marcadores biológicos, cognitivos e sócioemocionais que caracterizam as dimensões do desenvolvimento nesta época do ciclo de vida. Em seguida, exploramos alguns determinantes dos comportamentos sexuais de risco na adolescência, nomeadamente fatores de ordem sociodemográfica, individual e envolvental. Esta exposição reveste-se de grande importância no contexto deste trabalho, quer enquanto base para a compreensão das múltiplas influências ecológicas no desenvolvimento global dos adolescentes quer, pelo contato que permite com diferentes estudos empíricos, onde frequentemente diversas variáveis são analisadas.

Adotamos, ao longo do capítulo, uma valorização da diversidade e dos vários percursos desenvolvimentais que os adolescentes podem apresentar (Lerner & Steinberg,

2004), contrariando a visão mais tradicional da literatura (Hall, 1904) que concebe a adolescência como um período universal e inevitável de perturbação e crise.

A delimitação do início e do fim de adolescência é uma tarefa complexa e pouco consensual. Tratando-se de um período de desenvolvimento, pode ser definido, como outras épocas, recorrendo a critérios temporais, de desenvolvimento físico, psicológico e social. Se for definida de acordo com a idade cronológica, consideram-se adolescentes os indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos e inferior a 20 anos<sup>1</sup> (World Health Organization [WHO], 2002). A delimitação da faixa etária a que corresponde esta fase da vida varia ligeiramente entre os diferentes autores que se têm dedicado ao seu estudo. A maturação física, muitas vezes considerada como um marco para a entrada na adolescência, pode ocorrer em idades muito diferentes. O problema de definir este período da vida de acordo com a idade é que, não se leva em conta a diversidade individual do desenvolvimento. Enquanto alguns jovens começam a desenvolver-se antes dos 10 anos outros terminam depois dos 20 anos (Bekaert, 2005).

O fim da adolescência é ainda mais difícil de definir, uma vez que a plena maturidade e a independência são influenciadas por fatores socioeconómicos e outros fatores culturalmente definidos (Gowers, 2005). Porém, parece ser unânime a ideia de que a adolescência se inicia com as mudanças biológicas da puberdade e termina com a plena maturidade, mas a sua delimitação, duração e experiência é altamente dependente da cultura (Gowers, 2005). Nos Países em desenvolvimento, a adolescência enquanto estágio desenvolvimental quase não existe e a infância é breve, onde é vulgar encontrar crianças de 12 ou 13 anos de idade, a trabalhar a tempo inteiro e onde se espera que assumam papéis de adultos. Nas sociedades desenvolvidas, no entanto, a adolescência passou a ser vista como um estágio desenvolvimental de vários anos, com direito a um quadro conceptual e que conduz à independência da família de origem (Gowers, 2005; Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Definir os limites deste período desenvolvimental, parece ser muito complexo e controverso, com variações significativas de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura, existindo atualmente uma tendência para prolongar o tempo de adolescência, essencialmente pela maior precocidade da puberdade e pelo acesso mais tardio do adolescente a uma vida profissional e afetiva estável. No entanto, neste contexto, importa procurar redundâncias. O conceito de adolescência é importante porque é uma forma de operacionalizar um período do crescimento, que se caracteriza por determinadas características biopsicossociais.

---

<sup>1</sup> Atendendo ao número de anos que a adolescência abrange e às características dinâmicas deste período de desenvolvimento, podem considerar-se três fases no seu decurso. A fase inicial, dos 10 aos 13 anos, a fase intermédia, dos 14 aos 16 anos e a fase tardia ou final, dos 17 aos 19 anos (WHO, 2002).

Este período<sup>2</sup> é marcado pelo desenvolvimento da maturidade física e sexual, pelo aparecimento de novas características cognitivas e emocionais, pelo aumento da complexidade nas relações com a família, professores e colegas e pela formulação de uma identidade mais diferenciada que influencia todos os aspetos desenvolvimentais dos jovens (Gestsdóttir & Lerner, 2007; Lerner & Steinberg, 2004; Papalia et al., 2009).

Numa perspetiva desenvolvimental, a adolescência é concebida como um período de desenvolvimento que exige um processo de adaptação à nova situação e pela necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento<sup>3</sup> específicas. Este processo de adaptação à nova situação vai requerer respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que, habitualmente, não integram o repertório comportamental do adolescente (Figueiredo, 2000).

Conjuntamente com o desenrolar normal das adaptações fisiológicas, psicológicas, sociais e morais que acompanham a adolescência, os jovens vão ter ainda de desenvolver e integrar diversas competências e conhecimentos fundamentais. Estas adaptações psicológicas integradas num conjunto de tarefas, permitem funcionar de forma efetiva na sociedade adulta.

Entre as principais tarefas desenvolvimentais da adolescência surgem a maior independência e autonomia por parte do adolescente em relação à sua família e paralelamente o envolvimento em relações afetivas e com maior intimidade (Brown et al., 2008), a formação da identidade (Scharf, Mayseless & Kivenson-Baron, 2004), a exploração de um projeto/carreira profissional e a formação da identidade sexual (Arnett, 2000, 2001), aprender a lidar com a atração por comportamentos de risco e planear o futuro (Westman, 2009).

A maioria dos autores considera que o maior desafio durante o período da adolescência é o processo de formação da identidade (Sprinthall & Collins, 2003). É durante a adolescência que os jovens formam a imagem que têm de si mesmos, que integram as ideias acerca de si próprios e sobre o que os outros pensam acerca de si (Schultz & Schultz, 2003), pelo que a tarefa mais relevante com que se confrontam é a construção da identidade, que

---

<sup>2</sup> A adolescência insere-se na definição de um período de transição desenvolvimental, uma vez que apresenta mudanças significativas nos domínios biológicos e sociais. Transições desenvolvimentais são definidos como períodos no ciclo de vida caracterizados por mudanças significativas nos domínios biológicos e sociais. Estes períodos podem proporcionar desafios e novas oportunidades ou podem induzir níveis elevados de stress (Pettersson & Lefert, 1995).

<sup>3</sup> Uma das mais conhecidas definições de tarefa de desenvolvimento foi introduzida por Havighurst em 1953. O autor define tarefa de desenvolvimento como “uma exigência que surge num determinado período de vida do sujeito, cuja realização bem sucedida conduz à felicidade e ao sucesso em tarefas posteriores, enquanto que o fracasso na tarefa conduz à infelicidade do sujeito, desaprovação por parte da sociedade e dificuldades em tarefas posteriores” (Havighurst, 1953). As tarefas de desenvolvimento incluem uma série de exigências com as quais o sujeito vai ter de saber lidar, identificar em que aspeto está a sentir dificuldades, quais as experiências específicas e competências que precisa de adquirir e quais os recursos que podem contribuir para o seu desenvolvimento (Herr & Cramer, 1996).

pode ser conseguida através de um período de exploração ativa de papéis e ideologias, na tentativa de determinar os mais compatíveis com eles.

O processo de formação e construção da identidade foi muito influenciado pela perspectiva de Erik Erikson (1968, 1980), que sugere a existência de uma sequência de estádios de desenvolvimento psicossocial. Cada estágio psicossocial é constituído por um momento de crise, ou seja, uma fase que confronta os indivíduos com tarefas desenvolvimentais específicas às quais é necessário dar resposta.

Erikson defende que enquanto a crise de identidade não é bem resolvida, o adolescente permaneceria num estado permanente de procura, inquietação e alienação (difusão da identidade) (Sprinthall & Collins, 2003). Neste caso, os jovens parecem não saber qual o seu lugar, quem são e no que se querem vir a tornar.

O confronto bem sucedido termina com a aquisição de um sentido de identidade pessoal, que se traduz na fidelidade. A formação da identidade é imprescindível para a tarefa da vida adulta - o desenvolvimento de relações íntimas com os outros, caracterizadas pela partilha de pensamentos e sentimentos privados (Sprinthall & Collins, 2003).

O grupo de pares tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia dos jovens, promovendo a formação de opiniões e atitudes (Schultz & Schultz, 2003). As relações com os pares facilitam a exploração de novas identidades pessoais, de diferentes papéis e relacionamentos, permitindo considerar, segundo a terminologia de Erickson, a fase da moratória psicológica (Pereira, 2001).

Assim, na passagem da dependência da infância para a independência da idade adulta, durante um processo de maturação progressiva, ocorrem algumas das mais complexas modificações do ciclo de vida, não só a nível físico, como também a nível psicológico e social. De forma breve, passamos a referir alguns dos aspetos mais significativos do desenvolvimento nesta época do ciclo de vida.

### **1.1. Desenvolvimento Psicosexual**

Puberdade e adolescência são conceitos com um alcance e significado diferente. A puberdade é um fenómeno universal, caracterizado por um conjunto de mudanças fisiológicas e físicas, é o processo que conduz à maturidade sexual e conseqüentemente, à capacidade de reprodução (Papalia et al., 2009) enquanto a adolescência é um fenómeno psicossociológico, não necessariamente universal, que assume contornos distintos em função das diferentes culturas.

Durante muitos anos, a puberdade era descrita como contribuindo para a “turbulência” e *stress* referidos por alguns adolescentes. Contudo, ao longo das últimas décadas, a conceção de adolescência como um período de agitação e tensão tem vindo a ser

substituída pela visão de um período em que o funcionamento biológico, cognitivo, emocional e social começa a reorganizar-se (Susman & Rogol, 2004; Susman, Dorn & Schiefelbein, 2003).

As mudanças biológicas da puberdade, que sinalizam o final da infância, caracterizam-se pelo crescimento em altura e peso, pelas alterações nas proporções e formas corporais e pelo culminar da maturidade sexual (Papalia et al., 2009; Sprinthall & Collins, 2003). A puberdade é resultado de um conjunto de mudanças hormonais que estão associadas a diferentes processos: desenvolvimento mamário, dos ovários, trompas e útero; aparecimento dos pelos púbicos e axilares; crescimento acelerado e transformação da estrutura corporal, maior intensidade do odor corporal, acne... Nas adolescentes, um importante marco desenvolvimental, surge com a maturação dos órgãos reprodutivos, que leva ao início da ovulação e ao aparecimento da menarca (Papalia et al., 2009; Sprinthall & Collins, 2003; Susman & Rogol, 2004). O processo de maturação sexual ocorre num período com uma duração média de três a quatro anos, sendo que nas raparigas tende a ocorrer dois ou três anos mais cedo (Stice, 2003). A nível fisiológico o jovem confronta-se, assim, com um período de grande crescimento e com as mudanças hormonais e físicas decorrentes da puberdade (Sprinthall & Collins, 2003).

O desenvolvimento físico é um sinal de que a criança está a tornar-se um adolescente e isso implica novos papéis sociais e responsabilidades no sistema cultural e social em que o jovem se desenvolve (Susman & Schiefelbein, 2003). A maturação biológica tem efeitos consideráveis no adolescente, refletindo as reações socioculturais à puberdade.

Embora a puberdade seja uma experiência basicamente biológica, as grandes mudanças físicas têm implicações psicológicas, uma vez que na adolescência a maioria dos jovens estão atentos à sua imagem corporal e a aceitação do corpo sexuado com novas possibilidades e necessidades nem sempre é fácil (Papalia et al., 2009; Stice, 2003). As reações de um adolescente às transformações do seu corpo são determinadas não só pela sua perceção e pela forma como se vivência a si próprio mas também pelas normas e padrões socioculturais e pelas expectativas sociais (Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2003; Veloso & Matos, 2008).

Vários autores consideram que o desafio de adaptação às mudanças corporais e às expectativas do seu novo papel podem contribuir para o desenvolvimento de sentimentos negativos (Ge, Conger & Elder, 1996; 2001; Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen & Rimpelä, 2003), para o aparecimento de níveis elevados de *stress* (Susman & Rogol, 2004) e de crenças negativas acerca do seu corpo (Hyde, Mezulis & Abramson, 2008). Além disso, estudos sobre a maturação precoce e tardia, têm demonstrado que as adolescentes que experienciaram a puberdade mais cedo apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem problemas de adaptação (Ge et al., 1996), níveis elevados de *stress* (Gowers, 2005; Susman & Rogol, 2004), consumo de substâncias (Archibald et al., 2003) assim como níveis mais elevados de depressão e ansiedade (Hyde et al., 2008; Kaltiala-Heino et al., 2003).

## 1.2. Desenvolvimento cognitivo e sócio-cognitivo

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o período da adolescência caracteriza-se pela entrada dos jovens no nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo - aquisição gradual do pensamento formal (Keating, 2004; Papalia et al., 2009). Em termos gerais, as mudanças cognitivas mais importantes neste período de vida estão relacionadas com a capacidade dos adolescentes para pensarem de forma abstrata e em termos hipotéticos e de se envolverem em estratégias de processamento da informação cada vez mais sofisticadas e elaboradas. Os adolescentes são agora, capazes de considerarem múltiplas dimensões de um problema de uma só vez e de refletirem sobre si próprios e sobre questões complexas (Eccles, 1999; Eccles, Wigfield & Byrnes, 2003; Gowers, 2005; Steinberg, 2005). Esta capacidade para pensar sobre diferentes possibilidades permite-lhes testarem hipóteses e resolverem problemas (Papalia et al., 2009). Assistimos à passagem de um pensamento egocêntrico e concreto para o pensamento formal, tornando possível a metacognição e o pensamento hipotético-dedutivo (Crosby, Santelli & DiClemente, 2009).

Estas alterações cognitivas afetam o auto-conceito dos adolescentes, assim como os pensamentos acerca do seu futuro e a compreensão que têm dos outros (Eccles et al., 2003). De acordo com os níveis de cognição social de Selman (1980), o adolescente passa a ter uma compreensão diferente de si e dos outros. O adolescente pensa em si e nos outros em termos de características mais internas e adquire gradualmente uma maior capacidade em descentrar-se da sua própria perspetiva e em coordenar o ponto de vista dos outros. Consegue pensar sobre o seu próprio pensamento e sobre o pensamento dos outros, bem como distinguir diferentes perspetivas assumidas por diferentes pessoas acerca da mesma situação ou circunstância.

As mudanças ambientais e biológicas na adolescência levam a novos encontros sociais e aumentam a consciencialização e interesse nas outras pessoas (Choudhury, Blakemore & Charman, 2006; Gowers, 2005; Steinberg, 2005). Afastando-se do egocentrismo característico da fase da infância, o adolescente adquire a capacidade de descentração e de reconhecer que as pessoas têm interesses, ideias e formas de ver o mundo diferente dos seus. Além de pensar sobre si próprio, pensa sobre as coisas, pensa sobre os outros e sobre o que acontece à sua volta. Estas mudanças permitem um aprofundamento das suas amizades, no sentido da maior intimidade e proximidade emocional.

Ainda que o pensamento formal distancie o adolescente em muitos aspetos do egocentrismo infantil, paradoxalmente, acaba por cair numa nova versão do mesmo (Coleman & Hendry, 2003).

Elkind (1967) acredita que a capacidade para considerar o pensamento das outras pessoas é a base do egocentrismo adolescente. Contudo, se por um lado, consegue pensar

sobre os pensamentos dos outros, por outro não o consegue fazer de uma forma diferenciada e separada do seu próprio objeto de pensamento.

Devido ao egocentrismo, o adolescente antecipa nas situações sociais, as reações reais ou imaginárias dos outros, no entanto, essas reações baseiam-se na crença de que as outras pessoas estão focadas no seu comportamento ou aparência, tanto quanto eles próprios. O adolescente está em constante construção de um público imaginário (Choudhury et al., 2006), acreditando que é o centro das atenções de toda a gente. Comportamentos como a timidez ou a preocupação com a aparência e o vestuário podem estar relacionados com esta noção de público imaginário (Coleman & Hendry, 2003).

Outro aspeto significativo do egocentrismo adolescente, visto como um exemplo de diferenciação excessiva de sentimentos, é o que Elkind (1967) referiu como narrativa pessoal. O adolescente acredita que é importante para muitas pessoas, começa a ver as suas preocupações e sentimentos como muito especiais, considerando que é único e que ninguém o compreende (Coleman & Hendry, 2003).

### 1.3. Desenvolvimento Moral

Paralelamente com o desenvolvimento cognitivo e com a complexificação das competências cognitivas assistimos também a mudanças a nível do desenvolvimento do raciocínio moral.

Na adolescência ultrapassa-se, de forma gradual, o raciocínio concreto, surgindo o pensamento mais abstrato e lógico, e que conduz a níveis mais complexos de tomadas de decisão. O jovem assume uma perspetiva mais ampla na resolução de problemas, indo além dos seus interesses pessoais e passando a ter em conta diferentes perspetivas que podem ser organizadas e hierarquizadas, ou seja, assiste-se ao emergir de uma moralidade interpessoal, marcada pela perspetiva de quem vive em sociedade (Lourenço, 1992; Pereira, 2001)

Embora a preocupação com o que é certo ou errado, o bem e o mal no comportamento pessoal e dos outros, seja uma preocupação que decorre desde a infância, estes aspetos tornam-se no entanto mais relevantes na adolescência, pois o desenvolvimento moral progride à medida que a capacidade de pensar abstratamente permite aos jovens compreender os princípios morais universais e as suas consequências morais tornam-se cada vez mais importantes e relevantes para os outros e para si (Hart & Carlo, 2005).

As alterações decorrentes da maturação fisiológica e física da puberdade parecem aumentar a sensibilidade emocional e a intimidade, e, conseqüentemente, o indivíduo passa a conseguir assumir a perspetiva social dos outros (e.g. a empatia) e a desenvolver comportamentos sociais (Eisenberg, Cumberland, Guthrie, Murphy & Shepard, 2005). Por exemplo, o envolvimento em relacionamentos íntimos e românticos durante a adolescência pode expor os jovens a situações de decisão moral significativas, com implicações a longo prazo (Hart & Carlo, 2005). Os adolescentes também têm mais oportunidades de se tornarem

agentes ativos nos seus papéis e responsabilidades sociais. Nomeadamente, o seu envolvimento em trabalho e/ou em atividades comunitárias (e.g. serviços comunitários, extra-curriculares) e a sua maior exposição a comportamentos socialmente regulados (e.g. conduzir, fumar, beber álcool) coloca os adolescentes perante situações de tomada de decisão moral (Hart & Carlo, 2005).

Lawrence Kohlberg (1976, 1986) retomou a conceptualização de Piaget (1965) e propõe um modelo de desenvolvimento moral com pontos comuns aos modelos de Piaget do desenvolvimento cognitivo, estabelecendo um modelo hierárquico constituído por três níveis de desenvolvimento moral: pré-convencional; convencional e pós-convencional. Cada um destes níveis engloba dois estádios qualitativamente distintos e o desenvolvimento processa-se de um nível mais simples para outro mais complexo<sup>4</sup> (Ferreira, 1996).

Para Kohlberg, durante a adolescência, a maioria dos indivíduos atinge o nível convencional. Nos estádios pertencentes ao nível convencional (estádio 3 e estágio 4) os sujeitos já interiorizaram as normas e as expectativas sociais, procurando viver de acordo com o que é socialmente aceite e procurando cumprir os seus deveres e a ordem estabelecida (Lourenço, 1992).

A maior autonomia adquirida durante a adolescência permite que os jovens passem mais tempo em contextos extra-familiares e o adolescente acredita que o que é bom a nível comportamental e moral, é o que agrada aos outros, procurando obter a aprovação por parte do seu grupo de colegas (Steinberg & Morris, 2001). Nesta fase o grupo de referência é o grupo de pares e assim sendo, as questões relacionadas com a justiça, a honestidade e as principais escolhas em termos de valores, são determinadas pela conformidade social com o grupo (Sprinthall & Collins, 2003).

Este fato pode contribuir para algumas divergências entre o jovem e a família, se os valores do grupo de pares forem muito distintos dos que os pais defendem, ou pode conduzir o jovem a comportamentos socialmente menos aceites, por não estarem de acordo com as normas e os valores da sociedade.

Desta forma, a adolescência é caracterizada pela existência de uma moralidade interpessoal e de uma perspetiva sócio-moral de alguém que vive em sociedade (Pereira, 2001).

---

<sup>4</sup> O modelo de Kohlberg comporta três níveis de raciocínio moral: *pre-convencional* (os valores morais assentam em acontecimentos externos, a internalização de valores morais está ausente; escolhas efetuadas ou para evitar as punições físicas ou para obter ganhos materialistas), *convencional* (os valores morais residem no desempenho de bons ou maus papéis, no ir de encontro às expectativas dos outros) e *pós-convencional* (sendo o nível superior de desenvolvimento moral, os valores e padrões morais são internos, dependendo do julgamento pessoal e não dos padrões de outros; os valores morais derivam de princípios que podem ser aplicados universalmente). A fase da adolescência caracterizar-se-ia pelo crescente recurso a processos típicos do raciocínio convencional (que inclui os estádios 3 e 4 - os indivíduos interiorizam as normas e valores sociais, procurando a conformidade com o que é socialmente aceite).

#### 1.4. Desenvolvimento Emocional e Social

O desenvolvimento social na adolescência é, fundamentalmente, caracterizado pela mudança na ecologia das relações e pela alteração da natureza das amizades (Pereira, 2001). O grupo de pares aumenta no tamanho e complexidade e a natureza das relações sofre modificações.

A rede social dos adolescentes caracteriza-se por dois aspetos fundamentais. Em primeiro lugar, os companheiros vêm para a vanguarda da rede social e o número de pares na rede aumenta. Neste período do desenvolvimento processa-se o “alargamento do mundo social”, ocorrendo um maior número e diversidade de contatos sociais (Sprinthall & Collins, 2003). Em segundo lugar, estas relações são marcadas por uma maior proximidade emocional, intimidade<sup>5</sup> e reciprocidade, começando a surgir os relacionamentos amorosos (Connoly, Furman & Konarsky, 2000; Sumter, Bokhorst, Steinberg & Westenberg, 2009).

Os relacionamentos com os colegas, com a família e com a sociedade passam por várias mudanças durante este período. Os adolescentes começam a ter maior controlo nas suas decisões, emoções e ações e começam a libertar-se do controlo parental. A maior parte do tempo é passada junto dos colegas da escola e dos amigos, em detrimento dos pais (Gowers, 2005; Sumter, Bokhorst, Steinberg & Westenberg, 2009) e as relações são essencialmente horizontais, mais equitativas e menos hierárquicas (Coleman & Hendry, 2003). A intensidade e a importância das amizades, assim como o tempo passado com os amigos, são provavelmente maior na adolescência do que em qualquer outro momento da vida. O grupo de pares constitui, ainda, uma fonte de referência relativamente aos padrões comportamentais, atitudes e valores a adotar.

Os adolescentes tendem a escolher amigos com a mesma idade, raça e nível socioeconómico (Smetana, Campione-Barr & Metzger, 2006) e que apresentem comportamentos e atitudes semelhantes (Sumter et al., 2009), o que leva alguns autores a referirem que o grupo de pares tem influência no reforço dos pontos fortes e fracos do adolescente mais do que na alteração das suas características (Eccles, 1999). Ter amigos e estar incluído no grupo é uma das maiores preocupações dos adolescentes, que por isso, investem uma grande energia e tempo nas atividades sociais e na aceitação pelos pares (Steinberg & Morris, 2001).

Com o aumento da importância atribuída aos pares, existe um movimento de maior independência e autonomia por parte do adolescente em relação à sua família. O desejo e a conquista de autonomia constituem uma tarefa crucial neste período da vida (Crosby, Santelli & DiClemente 2009; Eccles, 1999) que, muitas vezes, é acompanhado de conflito (Coleman & Hendry, 2003); podem começar a questionar as regras e papéis familiares, levando a

---

<sup>5</sup> A intimidade, pode ser descrita, em termos conceptuais, como uma “relação emocional caracterizada pela concessão mútua de bem-estar, pelo consentimento implícito para revelação dos assuntos privados, podendo envolver a esfera dos sentidos (toque, proximidade do corpo,...) e pela partilha de interesses e atividades comuns” (Cordeiro, 2006, pp.509)

divergências sobre questões como o vestuário, a aparência, as atividades e os relacionamentos amorosos (Eccles, 1999).

As relações familiares passam por transformações significativas durante este período e os pais consideram a adolescência como a fase mais desafiadora e difícil de educação dos filhos (Smetana et al., 2006). Contudo, Arnett (1999) referiu que apesar de ser durante os anos da adolescência que os conflitos entre pais e adolescentes tendem a ser mais frequentes, tal não se deve considerar um padrão generalizável a todas as famílias com filhos adolescentes. Embora a procura de autonomia implique um distanciamento relativamente aos pais, isso não provoca uma rutura emocional na relação entre pais e filhos. Antes pelo contrário, o que parecem sugerir as investigações é de fato que o processo de individuação coexiste com a manutenção da qualidade da relação parental e enfatizaram o papel central que desempenham os pais durante esta fase da vida (Coleman & Hendry, 2003; Wilkinson, 2010). As mudanças são graduais e, ao contrário da crença popular, não conduzem a uma rutura completa das relações. Considera-se que quer os pais quer os colegas têm influência em áreas diferentes da vida do adolescente. Os pais continuam a ser uma fonte importante de influência nas questões a longo prazo (como as escolhas de carreira, as questões morais e os valores), enquanto os pares influenciam em questões como gosto, estilo e aparência (Eccles, 1999; Smetana et al., 2006).

Uma mudança, também importante, acontece ao nível das relações de amizade. As amizades na adolescência são caracterizadas por maior intimidade, reciprocidade, lealdade e empatia (Kerr, Stattin, Biesecker & Ferrer-Wreder, 2003; Wilkinson, 2010).

O aumento da intimidade nas amizades dos adolescentes reflete não apenas uma maior competência social, mas também desenvolvimento cognitivo e emocional (Papalia et al., 2009). Os adolescentes são agora capazes de expressar mais adequadamente os seus sentimentos e pensamentos privados e entenderem com maior facilidade as opiniões, os pensamentos e os sentimentos dos amigos.

De um modo geral, na transição para a idade adulta, os pais são substituídos gradualmente por outras figuras de vinculação, normalmente relações românticas (Matos & Costa, 1996; Wilkinson, 2010). Ou seja, se durante a infância os pais tendem a ser as figuras de vinculação mais significativas, durante a adolescência e idade adulta são geralmente os pares que ocupam este papel.

O adolescente atravessa um período de mudança, onde os sentimentos de maior distanciamento afetivo dos pais são frequentemente acompanhados por sentimentos de isolamento emocional (Weiss, 1982). Esta ideia é apoiada por alguns autores ao constatarem que o “movimento em direção à autonomia e à independência psicológica pode dificultar a procura de proximidade, de conforto e apoio dos pais” (Mena Matos & Costa, 1996, pp. 48). Assim, o grupo de pares pode funcionar como fonte de afetos, simpatia, compreensão e novas experiências, é o espaço para obtenção da autonomia e da independência dos pais (Papalia et al., 2009).

As relações de amizade, neste período da vida, influenciam também o desenvolvimento e o ajustamento sócioemocional do adolescente a curto e a longo prazo (Burk & Laursen, 2005). Entre os efeitos da amizade no ajustamento sócioemocional do adolescente salientam-se *o desenvolvimento de competências sociais* (Ciairano, Beyers, Rabaglietty, Roggero & Bonino, 2007; Hartup, 1983). Os relacionamentos sociais nesta fase da vida podem contribuir para a estruturação de comportamentos mais ou menos agressivos (Ciairano et al., 2007) e oferecer múltiplas ocasiões de desenvolvimento de novas relações consigo próprio e com os outros, estimular a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações sociais gratificantes (Matos, 2008); *maior capacidade para gerir o stress existente no contexto familiar*. Este aspeto pode ser interpretado como um processo compensatório: os adolescentes que apresentam relações negativas com os pais, tendem a procurar nas relações de amizade a compensação do *stress* que vivenciam nos seus lares (Ciairano et al., 2007); *desenvolvimento da identidade*, o grupo de pares tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia dos jovens, promovendo a formação de opiniões e atitudes. As relações com os pares facilitam a exploração de novas identidades pessoais, de diferentes papéis e relacionamentos, permitindo considerar, segundo a terminologia de Erickson, a fase da moratória psicológica (Pereira, 2001); *o apoio social*, os amigos são uma importante fonte de apoio social, com os quais podem conversar acerca dos seus problemas pessoais e escolares, funcionando como suporte perante os acontecimentos indutores de *stress* característicos desta fase (Burk & Laursen, 2005; Ciairano et al., 2007; Matos, 2008). Além disso, os jovens que possuem relacionamentos afetivos estáveis geralmente têm uma boa autoestima, bom aproveitamento escolar e são mais sociáveis (Burk & Laursen, 2005; Ciairano et al., 2007; Wilkinson, 2010). Os amigos surgem assim como um elemento fundamental para o bem-estar e conseqüente ajustamento global do adolescente (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006)

Quanto às conseqüências a longo-prazo, as relações de amizade parecem ser importantes preditores de uma maior adaptação nas relações futuras. A existência de relações de intimidade na adolescência preconiza um bom ajustamento, uma vez que permite efetuar comparações sociais, maior desenvolvimento da compreensão do próprio e dos outros e das aptidões relacionais (Sprinthall & Collins, 2003). As amizades íntimas na adolescência ao caracterizarem-se por maior proximidade e confiança (Kerr et al., 2003) constituem a base que lhes permitirá alcançar a intimidade e que prepara os jovens para os relacionamentos amorosos e interpessoais em adulto (Brown, Feiring & Furman, 1999).

Contudo, alguns relacionamentos podem promover comportamentos desviantes e as relações de amizade com pares desviantes podem influenciar negativamente o ajustamento do indivíduo (Ciairano et al., 2007; Sprinthall & Collins, 2003; Sumter et al., 2009).

## 2. Fatores de Risco associados à adolescência

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento onde ocorrem algumas das mais rápidas e complexas modificações do ciclo vital, não só a nível físico, como também a nível psicológico, emocional e social. Estas alterações estão associadas ao desenvolvimento pubertal e à emergência da sexualidade reprodutiva, às redefinições do papel social e ao desenvolvimento cognitivo, emocional e moral (Perkins & Borden, 2003). O adolescente vive um período de adaptação às mudanças dos papéis sociais nos novos grupos de referência, à percepção do corpo e da imagem sexual (Susman & Rogol, 2004).

Todo este desenvolvimento vai implicar modificações ao nível das relações que estabelece consigo próprio mas também com os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido. As alterações que ocorrem representam um conjunto de desafios que podem ter consequências na sua saúde e no seu ajustamento social e emocional (Matos, 2008).

A segunda década de vida caracteriza-se por rápidas e significativas alterações e frequentemente surgem oportunidades para os adolescentes se envolverem em comportamentos de risco. Os padrões de comportamento adotados neste período podem comprometer o desenvolvimento e a saúde atual e futura do indivíduo (MacKay & Duran, 2007). Muitos jovens estão em risco, no futuro, de vir adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde (Crosby et al., 2009; MacKay & Duran, 2007).

Nas últimas décadas houve uma mudança nas causas de morbidade e mortalidade dos adolescentes. A adolescência constitui, o período de vida, com exceção para as doenças crónicas, onde existem menos necessidades em termos de saúde física (Gramkowsky et al., 2009). Nos países desenvolvidos, a maior parte dos problemas, está ligada a comportamentos e estilos de vida, por definição modificáveis (MacKay & Duran, 2007; Matos, 2008).

A maioria das ameaças para a saúde dos jovens é consequência de fatores sociais, ambientais e comportamentais (Crosby et al., 2009; DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996). Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos adolescentes, encontra-se um largo conjunto de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias, a violência, o suicídio, as perturbações do comportamento alimentar e os comportamentos sexuais de risco (DiClemente et al., 1996, 1996; León, Carmona & Garcia, 2010; Roche, Ahmed & Blum, 2008). Por exemplo, num estudo efetuado nos E.U.A<sup>6</sup>. constatou-se que dois terços do total de óbitos entre pessoas com idade superior a 25 anos eram, essencialmente, resultado de duas causas: doenças cardiovasculares e tumores e que a maioria dos comportamentos de risco associados a estas duas causas de morte tem o seu início durante a adolescência (Grunbaum et al., 2002). Alguns estudos epidemiológicos das principais causas de mortalidade em adultos (e.g. doenças coronárias,

---

<sup>6</sup> Youth Risk Behavior Surveillance, 2001

tumores, doenças pulmonares e acidentes vasculares cerebrais), revelaram que muitos dos fatores de risco predominantes para o aparecimento destas doenças são comportamentais (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). Comportamento e estilo de vida são, então, determinantes cruciais para a saúde, doença, incapacidade e mortalidade prematura (Simões & Matos, 2008).

Roche, Ahmed e Blum (2008) destacam os resultados obtidos num estudo que permitiu concluir que o início precoce<sup>7</sup> de comportamentos na adolescência, como consumo de álcool, número de parceiros sexuais e o abandono escolar, estava associado com comportamentos mais problemáticos no início da idade adulta. Alguns destes comportamentos, como fumar, ter relações sexuais desprotegidas, seguir uma dieta inadequada ou um estilo de vida sedentário, coloca a saúde dos adolescentes em situação de perigo (Gardner & Steinberg, 2005; León et al., 2010). Estes comportamentos são geralmente conhecidos por comportamentos de risco<sup>8</sup>.

Para alguns autores, uma característica significativa da adolescência diz respeito ao envolvimento dos jovens em comportamentos de risco, salientando que esta é uma fase por excelência para o aparecimento deste tipo de comportamentos (Arnett, 1999; Crosby et al., 2009; Mackay & Duran, 2007; Raffaelli & Crockett, 2003). Para além da ideia de invulnerabilidade e da curiosidade que é típica da adolescência, existe uma busca por novas sensações e experiências, que leva os jovens a envolverem-se em atividades que podem colocar em perigo a sua saúde (Romer & Hennessy, 2007).

Não obstante, a procura do risco pode ser visto como um processo funcional e instrumental no decorrer da adolescência, assumindo um papel importante na transição para a vida adulta (Jessor, 1991). Os comportamentos de risco podem servir para ser socialmente aceite pelos pares ou para ganhar maior autonomia dos pais, para a rejeição das normas e valores instituídos, para lidar com a ansiedade e frustração e como prova de maturidade e transição para um estatuto de adulto (Crosby et al., 2009; Jessor, 1991). Torna-se, no entanto necessário, distinguir os comportamentos de risco que apesar de envolverem algum perigo servem propósitos adaptativos e que, portanto, se apresentam com carácter transitório, daqueles comportamentos que têm potencial para comprometer o desenvolvimento adequado dos jovens. Deixam de ser considerados instrumentais e normativos quando levam o jovem a afastar-se da sua comunidade, a não partilhar interesses com aqueles que lhe são próximos, a sentir-se incompreendido e rejeitado pela sociedade (Simões & Matos, 2008) e ainda quando

---

<sup>7</sup> Quando utilizamos a expressão “início precoce durante a adolescência” referimo-nos aos jovens até aos 14 anos de idade. De acordo com vários autores a expressão “*early adolescence*” abrange os jovens até aos 14 anos de idade (Westman, 2010).

<sup>8</sup> Perkins & Borden (2003) definem comportamento de risco como qualquer comportamento ou ação que tem o potencial de comprometer os aspetos biológicos e psicossociais de um período de desenvolvimento. A OMS definiu-o como a probabilidade de obter um resultado adverso ou um fator que aumenta essa probabilidade (WHO, 2002). Para Igra & Irwin (1996) o termo *risk-taking* (correr riscos) tem sido usado para ligar conceptualmente um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde.

comprometem a aquisição de competências essenciais e a conquista de um sentido de adequação (Jessor, 1991; Perkins & Borden, 2003).

Os comportamentos de risco podem ser considerados não normativos em função da sua extensão ou gravidade e do momento em que têm lugar. Ou seja, o consumo de álcool ou o comportamento sexual em idades precoces podem ser considerados de risco, uma vez que ocorrem numa fase da vida em que não era esperado que acontecessem. Ambos os comportamentos se tornam normativos com o passar do tempo, quando o adolescente se aproxima da idade adulta. Também pela sua gravidade, alguns comportamentos podem ser entendidos como comportamentos de risco, como é o caso da delinquência e o consumo de substâncias (Igra & Irwin, 1996; Simões & Matos, 2008).

Na perspetiva de alguns autores, os adolescentes constituem um grupo de risco, principalmente devido aos comportamentos sexuais (Fergus et al., 2007; Raffaelli & Crockett, 2003) incluindo o uso inconsistente de preservativo (Grunbaum et al., 2002) e a prática de relações sexuais com múltiplos parceiros (Fergus et al., 2007; Grunbaum et al., 2002; Mackay & Duran, 2007). A não utilização ou a utilização inadequada do preservativo constitui a segunda causa de incapacidade e mortalidade nos países subdesenvolvidos e a nona causa nos países desenvolvidos (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno & Van Look, 2006; (Oliveira da Silva et al., 2011).

A adolescência é um período de rápido desenvolvimento, de descoberta, de experiências e pesquisa sobre todos os aspetos da vida, inclusive sobre a atividade sexual (WHO, 2006). A proximidade e intimidade com o grupo de pares tendem a aumentar (Connolly et al., 2000, bem como o apoio recebido da parte deles (Burk & Laursen, 2005; Ciairano et al., 2007; Matos, 2008).

A maturidade sexual e conseqüentemente, a capacidade de reprodução que caracteriza a adolescência é apenas um aspeto da sexualidade. A sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo” (Sprinthall & Collins, 2003, pp.405).

Nas últimas três décadas, assistimos a grandes mudanças na compreensão da sexualidade humana e do comportamento sexual, para a qual têm contribuído fatores como a infeção por VIH/Sida e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST's), a gravidez indesejada, o aborto inseguro, a infertilidade, a violência baseada no género, a disfunção sexual e a discriminação com base na orientação sexual, que têm vindo a ser amplamente documentadas (WHO, 2006) e levou a que a sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social e epidemiológica (Ogden, 2004)

Paralelamente são visíveis as mudanças no que toca aos valores sobre a sexualidade e a própria adolescência, que parecem ter contribuído para a antecipação do início da atividade sexual. Temos assistido a uma liberalização da atividade sexual pré-matrimonial não

só dos adultos (Sprinthall & Collins, 2003), como também dos adolescentes (Amaro, Frazão, Pereira & Teles, 2004).

A adolescência constitui, assim, o período da vida em que muitas pessoas iniciam a atividade sexual (Bekaert, 2005; MacKay & Duran, 2007; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006; Raffaelli & Crockett, 2003), contudo, este início durante os anos da adolescência não é sinónimo de uma educação sexual consistente, havendo ainda muito desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos e das doenças sexualmente transmissíveis (Frappier et al., 2008; Santelli, Morrow, Anderson & Lindberg, 2006) e uma má interpretação da fisiologia básica da reprodução (Sprinthall & Collins, 2003).

Apesar de se constatar uma tendência para o aumento da utilização do preservativo entre os jovens (Gavin et al., 2009; Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011; Santelli et al., 2006), a contraceção continua a não ser considerada como um tema prioritário no início da vida sexual ativa. Alguns fatores podem contribuir para este aspeto, nomeadamente, a imaturidade cognitiva dos jovens que não favorece o planeamento do relacionamento sexual, nem o uso de métodos contraceptivos (Fergus et al., 2007; Figueiredo, 2001).

Devido a restrições sociais, culturais e religiosas, não é socialmente aceitável, nem desejável que os adolescentes sejam sexualmente ativos. Como resultado, os jovens, especialmente as raparigas, tendem a esconder a sua sexualidade e atividade sexual (WHO, 2006), o que condiciona a procura de informações credíveis junto dos serviços de saúde reprodutiva para adolescentes (Santelli et al., 2006a). É essencial que as jovens disponham de acesso a informações precisas sobre as diversas formas de contraceção, para poderem consciente e informadamente escolher o método mais aconselhável, mas também para negociarem adequadamente o seu uso com os parceiros (Goicolea, Wulff, Öhman & Sebastian, 2009). Kirby (2001a) refere que o preservativo e os contraceptivos orais constituem os métodos preferidos e mais utilizados pelos jovens. No mesmo sentido, o relatório europeu sobre saúde sexual e reprodutiva<sup>9</sup>, refere que a contraceção oral constitui o método contraceptivo mais frequentemente utilizado na maioria dos países, com uma prevalência que varia entre 64,5% em Portugal até aos 17,9% em Espanha, 15,6% em Malta, 15,2% em Itália e 13% na Roménia. Quanto à utilização de preservativo, os valores oscilam entre 50% na Grécia e 39,4% em Malta até 7,8% em França (Oliveira da Silva et al., 2011).

Acrescente-se ainda, a manutenção de mitos relacionados com os anticoncepcionais e consequentemente com a gravidez, nomeadamente, “nesta fase do ciclo não há problemas”; “gravidez ou IST’s só acontecem aos outros”, “não engravidado na primeira vez” (Bekaert, 2005, pp. 59) ou ainda, a confiança no parceiro e a capacidade para reconhecer um portador assintomático pelo seu aspeto físico (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006).

---

<sup>9</sup> The reproductive Health Report 2011 - constitui uma análise crítica sobre a saúde sexual e reprodutiva na União Europeia. Este relatório identifica disparidades e desigualdades em cinco áreas principais: comportamento sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, uso de contraceptivos e políticas associadas, políticas de apoio à natalidade, tecnologias de reprodução medicamente assistida e aborto induzido nos 27 Estados membros da União Europeia. Este relatório foi coordenado pelo Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva.

Nos adolescentes que se tornam sexualmente ativos numa idade muito jovem, acresce a probabilidade de comportamentos sexuais de risco<sup>10</sup>, como terem múltiplos parceiros (Mackay & Duran, 2007), a não utilização de métodos contraceptivos (Fergus et al., 2007; Manlove & Terry, 2000; Perkins & Borden, 2003; Santelli et al., 2006a) e muitas vezes, quando os usam, fazem-no de forma ineficaz (Santelli et al., 2006a), ou utilizam mal ou de forma inconstante o preservativo (Grunbaum et al., 2002; Papalia et al., 2009), aumentando o risco de gravidez indesejada - uma adolescente sexualmente ativa que não use contraceção tem 90% de probabilidades de engravidar durante o primeiro ano (Papalia et al., 2009).

Os adolescentes podem ter recebido informação sobre métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro e podem ter maior facilidade de acesso aos métodos contraceptivos, mas isso não significa que muitos adolescentes os utilizem ou o façam de forma consistente ou correcta (Ferreira, 2008). Para comprovar esta afirmação podemos referir os dados obtidos em vários estudos. Num estudo longitudinal, realizado entre 1991-2003, em escolas secundárias dos Estados Unidos (Santelli et al., 2006a) a alunos sexualmente ativos, verificou-se que no ano de 2003, 46% do risco de gravidez resultou da não utilização de qualquer método contraceptivo e que 54% é proveniente de má utilização dos métodos anticoncepcionais. O "Youth Risk Behavior Surveillance" (Grunbaum et al., 2002) permitiu também obter dados relativamente à utilização do preservativo. Neste inquérito, 45,6% dos estudantes do ensino secundário afirmou que já tiveram relações sexuais e 42,1% dos estudantes sexualmente ativos referiu que não tinham usado preservativo na última relação sexual.

Alguns estudos nacionais são consistentes com os dados referidos. Um estudo recente com uma amostra de jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)<sup>11</sup>, da amostra parcial constituída por 3436 jovens que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, demonstrou que a percentagem de adolescentes que afirma já ter tido relações sexuais foi de 21,8%, sendo que uma maior percentagem de rapazes já tinha iniciado a vida sexual quando comparados com as raparigas (27,5% vs. 16,8%). Entre os jovens que referem já ter tido relações sexuais, 17,5% refere que não utilizaram qualquer método contraceptivo na última relação sexual (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Os adolescentes que se tornam sexualmente ativos muito cedo tendem, também, a ser mais propensos a manifestar outros problemas de comportamento (Cooper, 2002; Matos et al., 2008a; Parkes, Wight, Henderson & Hart, 2007; Poulin & Graham, 2001), tais como

---

<sup>10</sup> Comportamento sexual de risco pode ser definido como qualquer comportamento que aumente a probabilidade de obter resultados sexuais negativos, como o síndrome de imunodeficiência adquirida e outras infeções sexualmente transmitidas e gravidez indesejada. Estes comportamentos podem agrupar-se em duas categorias principais: (1) comportamentos indiscriminados, como ter múltiplos parceiros sexuais, ter parceiros ocasionais ou desconhecidos e falta de capacidade para discutir e negociar sobre medidas contraceptivas antes da relação sexual e (2) falha nas medidas de proteção, tais como o uso de preservativos e anticoncepcionais (Cooper, 2002)

<sup>11</sup> Em Portugal, dados consistentes e periodicamente atualizados acerca de diversos aspetos da saúde dos jovens têm resultado, desde 1996, do estudo colaborativo da OMS designado *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), que, no nosso país, tem sido coordenado pela Prof. Doutora Margarida Gaspar de Matos.

consumo de tabaco e abuso de álcool ou drogas (Parkes et al., 2007). O efeito provocado pelos consumos diminui o uso de preservativo, aumentando a possibilidade de transmissão de doenças sexuais e de uma gravidez não desejada (Stueve & O'Donnell, 2005) mas, por outro lado, desinibe o comportamento sexual, aumentando a probabilidade de um maior número de parceiros sexuais (Plant & Plant, 1992). Por exemplo, os resultados obtidos a partir do Youth Risk Behavior Surveillance, indicam que 23,3% dos adolescentes sexualmente ativos consumiu álcool ou drogas na última relação sexual. Constatou-se que os rapazes (27,6%) apresentam este comportamento mais frequentemente do que as raparigas (19%)(Eaton et al., 2006). O consumo destas substâncias parece estar relacionado com comportamentos de risco como baixa utilização de preservativos (Rivara, Park & Irwin Jr, 2009; Parkes et al., 2007) e múltiplos parceiros sexuais (Brook, Balka & Whiteman, 1999; Cooper, 2002; Parkes et al., 2007), que podem predispor à ocorrência de resultados sexuais negativos como uma gravidez indesejada e IST's (Fergus et al., 2007). Outras investigações encontraram uma forte associação entre o consumo de álcool e a ocorrência de relações sexuais casuais e a falta de planeamento do relacionamento sexual (Cooper, 2002; Poulin & Graham, 2001).

Estes resultados são corroborados no panorama nacional onde 12,9% dos jovens do 8.º e 10.º, que participaram no estudo nacional HBSC/OMS (2010), referiram o consumo excessivo de álcool, como motivo para terem a primeira relação sexual (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

A saúde sexual e reprodutiva dos jovens constitui uma importante preocupação a nível de saúde pública. Os comportamentos sexuais de risco constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como acarretam custos sociais e económicos elevados para a sociedade (Gavin et al., 2009).

Embora a sexualidade seja um aspeto normal da adolescência, quanto mais cedo os adolescentes iniciarem a vida sexual, mais vulneráveis estão às suas consequências negativas, como a gravidez indesejada (Bekaert, 2005; Gavin et al., 2009; Raffaelli & Crockett, 2003), o síndrome de imunodeficiência adquirida e outras infeções sexualmente transmitidas (Bekaert, 2005; Gavin et al., 2009; Ross, Godeau & Dias, 2004).

### **3. Determinantes dos comportamentos sexuais de risco na adolescência**

A sexualidade é uma dimensão vivencial, onde interagem os contextos biológico, psicológico, social e cultural, pelo que a compreensão desta multidimensionalidade se torna particularmente importante no caso da sexualidade dos adolescentes (Fonseca & Lucas, 2009). É neste período que se vão estruturar as bases comportamentais que modelarão os comportamentos sexuais futuros. Assim, é necessário perspetivar a sexualidade na complexidade dos vários vetores que a influenciam.

Para além das crenças de invulnerabilidade pessoal e da curiosidade típicas da adolescência, há outros fatores intrínsecos e extrínsecos ao adolescente que o podem predispor para comportamentos de risco, como o desejo de agir contra as normas estabelecidas pelos pais, família e sociedade em geral (Crosby et al., 2009).

Uma das abordagens que permite perceber a evolução dos comportamentos de risco na adolescência é a abordagem desenvolvimental. Esta abordagem dos problemas tem rejeitado uma visão monolítica e defendido a ideia de uma conceção multidimensional e complexa entre os diversos fatores e consequências dos comportamentos, “na qual uma variação ampla de competências, atitudes, relações e percursos é considerada relevante para conceptualizar o desenvolvimento adolescente” (Soares & Jongenelen, 1998, pp. 376).

A compreensão dos comportamentos de risco revela-se de grande importância quer para a compreensão da influência que desempenham na trajetória desenvolvimental dos jovens, quer enquanto base para a compreensão das múltiplas influências ecológicas no desenvolvimento global dos adolescentes (Perkins & Borden, 2003).

Apesar de, no próximo capítulo, nos determos especificamente nos fatores que influenciam as decisões implicadas nos processos que podem conduzir à gravidez precoce, importa neste momento mencionar, numa perspetiva mais generalista, os vários fatores que são apontados como determinantes dos comportamentos sexuais de risco, nomeadamente fatores de ordem sociodemográfica, individual e envolvental (Simões & Matos, 2008).

### **3.1. Fatores Sociodemográficos**

A nível sociodemográfico encontram-se fatores como o género, a idade, a etnia, ou o nível socioeconómico (Mancini & Huebner, 2004). Em termos gerais, verifica-se que são os rapazes e os adolescentes mais velhos quem apresenta um maior envolvimento em comportamentos de risco (Ciairano, Kliwer & Rabaglietti, 2009; Kavas, 2009; Romer & Hennessy, 2007; Zambon, Lemma, Borraccino, Dalmaso & Cavallo, 2006). Investigações com adolescentes têm mostrado que há uma predominância do género masculino para exhibir comportamentos de delinquência e maior consumo de substâncias ilícitas e de tabaco (Ciairano et al., 2009; Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004; Kavas, 2009; Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011), assim como maiores consumos de álcool (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011; Romer & Hennessy, 2007; Zambon et al., 2006), maior atividade sexual e múltiplos parceiros (Eaton et al., 2006; Kreiter et al., 1999; Manlove et al., 2002; Tubman, Windle & Windle, 1996). Num estudo realizado nos E.U.A. sobre as diferenças de género na sexualidade (Petersen & Hyde, 2010), os seus autores concluíram que os rapazes apresentam atitudes sexuais mais permissivas e maior número de parceiros sexuais.

Além disso, a saúde sexual e reprodutiva e a contraceção continuam a ser uma responsabilidade atribuída às mulheres. De fato, uma grande percentagem dos homens, em todo o mundo, refere nunca ter discutido planeamento familiar com as suas parceiras e menos de um terço é responsável pela contraceção (Marques & Frade, 2009).

São as raparigas que apresentam maior propensão para desenvolverem problemas de internalização, como a depressão e as tentativas de suicídio e a população de doentes com anorexia nervosa é maioritariamente constituída por elas, enquanto os rapazes são mais propensos ao consumo de álcool e drogas (comportamentos de externalização) (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011; Sprinthall & Collins, 2003).

A **idade** constitui um outro fator relacionado positivamente com os comportamentos de risco na adolescência (Gramkowsky et al., 2009; Guilamo-Ramos, Litardo & Jaccard, 2005; Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011; Zambon et al., 2006). Um estudo efetuado no Brasil com 1960 adolescentes, refere que a faixa etária está associada ao consumo de substâncias, quanto maior a idade dos jovens, maior a prevalência na utilização de drogas. Os adolescentes com idades compreendidas entre os 17-19 anos de idade referem mais do dobro de consumo de drogas quando comparados com os jovens que pertencem à faixa etária entre os 10-13 anos de idade (Tavares, Béria & Lima, 2004).

Estes resultados são consistentes com os que foram obtidos com a amostra de jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), que mostrou que são os jovens mais velhos que mais frequentemente dizem que já experimentaram tabaco e os que mais vezes ficaram embriagados. Quanto ao consumo de substâncias ilícitas no último mês, as raparigas e os mais novos dizem mais frequentemente não ter consumido. Para o consumo de marijuana, são os rapazes e os jovens mais velhos que mais consumiram ao longo da vida (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

No entanto, em relação aos comportamentos sexuais de risco, nomeadamente não utilizar métodos contraceptivos, parece ser mais comum nos adolescentes mais novos (Manlove et al., 2002; Petersen & Hyde, 2010). São os rapazes e os mais velhos que referem mais frequentemente ter utilizado preservativo na última relação sexual (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Vários estudos têm sugerido que existem diferenças entre as **etnias** a nível dos comportamentos de risco e alguns autores defendem que os indivíduos que pertencem a grupos raciais e étnicos minoritários têm maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (Manlove et al., 2002).

Em 2003 e 2005, a análise de uma amostra americana de adolescentes<sup>12</sup> indicou que os adolescentes negros iniciam a atividade sexual mais precocemente e têm maior probabilidade de ter múltiplos parceiros, por comparação com as outras etnias. (Eaton et al.,

---

<sup>12</sup> Youth Risk Behavior Surveillance (2003 e 2005)

2006; Grunbaum et al., 2004). Existem, ainda, diferenças no uso do preservativo: os adolescentes negros e brancos apresentam uma maior probabilidade de uso do preservativo, quando comparados com os hispânicos (Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004; Santelli et al., 2006a).

Estudos recentes indicam que as jovens negras representam o grupo com um início mais precoce da atividade sexual, por comparação com os outros grupos étnicos estudados (Eaton et al., 2006; Gavin et al., 2009) bem como, um número mais elevado de infeções (Gavin et al., 2009), de gravidezes e de filhos (Gavin et al., 2009; Grunbaum et al., 2004). Além disso, referem maior número de parceiros (Eaton et al., 2006) e, conseqüentemente, uma atividade sexual mais ocasional (Grunbaum et al., 2004). Contudo, utilizam com maior probabilidade o preservativo (Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004).

Finalmente, os adolescentes brancos apresentam uma maior prevalência no consumo de tabaco, quando comparados com os negros e os hispânicos (Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004; Mackay & Duran, 2007). Em relação ao álcool, os jovens brancos e hispânicos referem maiores taxas de consumo do que os estudantes negros (Eaton et al., 2006; Grunbaum et al., 2004; Mackay & Duran, 2007; Manlove et al., 2002).

Numa amostra nacional, comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os autores puderam concluir que são os jovens estrangeiros/africanos que mais afirmam consumir tabaco e bebidas alcoólicas em excesso (embriaguez) e maior consumo de haxixe no último ano (Matos, Gonçalves, Gaspar & Dias, 2008).

Quanto ao **estatuto socioeconómico** os dados são inconsistentes, sendo possível encontrar diferentes relações, em diferentes estudos, no que diz respeito aos comportamentos de risco em geral (Andersen, Holstein & Due, 2006; Geckova, van Dijk, Honcariv, 2003; Hanson & Chen, 2007; Hanson & Chen, 2007a; Richter, Leppin & Gabhainn, 2006; Richter & Leppin, 2007; Richter et al., 2009)

Uma investigação realizada simultaneamente em países europeus, nos E.U.A, no Canadá e em Israel, permitiu concluir que não existe uma associação forte entre os comportamentos de saúde que se desenvolvem durante a adolescência e o estatuto socioeconómico dos pais (Richter et al., 2009).

Ao contrário da maioria dos estudos com adultos, que mostram que o consumo excessivo de álcool é mais comum entre pessoas de grupos socioeconómicos baixos, na adolescência, estas diferenças revelam resultados contraditórios (Andersen et al., 2006). Por exemplo, os resultados obtidos a partir de um inquérito<sup>13</sup> epidemiológico realizado em 28 países da Europa e América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, demonstram que as desvantagens socioeconómicas parecem ser pouco relevantes para o consumo excessivo de álcool no início da adolescência (Richter et al., 2006). Estes resultados são consistentes com os que foram obtidos por outros estudos, segundo os quais, existe uma

---

<sup>13</sup> Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), (2001/02).

fraca associação entre o estatuto socioeconómico e o consumo de álcool (Andersen et al., 2006; Hanson & Chen, 2007a).

Não obstante, alguns autores têm verificado que os adolescentes que pertencem a um estatuto socioeconómico mais elevado referem maior consumo de álcool e drogas ilícitas (Hanson & Chen, 2007a; Richter et al., 2009), enquanto outros estudos indicam o maior consumo de tabaco em adolescentes de baixo estatuto socioeconómico (Geckova et al., 2003; Hanson & Chen, 2007; Hanson & Chen, 2007a; Richter & Leppin, 2007).

Em relação aos comportamentos sexuais alguns autores parecem apontar para uma relação entre as desvantagens socioeconómicas e a atividade sexual na adolescência (Lurie et al., 1995; Santelli, Lowry, Brener & Robin, 2000; Sionéan et al., 2001). Nos adolescentes que pertencem a um estatuto socioeconómico mais baixo acresce a probabilidade de comportamentos sexuais de risco, como início mais precoce da atividade sexual (Santelli et al., 2000), um número mais elevado de infeções sexualmente transmissíveis (Lurie et al., 1995; Santelli et al., 2000; Sionéan et al., 2001) e gravidez indesejada (Santelli et al., 2000).

Alguns autores referem uma associação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a pertença a contextos comunitários desfavorecidos (Singh et al., 2001; Whitaker, Miller, & Clark, 2000). As desvantagens socioeconómicas estão associadas a fatores como menores oportunidades sociais e educacionais e pior acesso aos serviços de saúde (Santelli et al., 2000; Singh et al., 2001), fracas condições de habitação, fracos recursos educacionais, desemprego, lares monoparentais, *stress* financeiro acrescido e psicopatologia parental (particularmente depressão e abuso de álcool e drogas) (Matos & Spence, 2008). Estes adolescentes apresentam ainda menores competências pessoais, níveis motivacionais mais baixos e falta de modelos sociais bem sucedidos (Singh et al., 2001).

### 3.2. Fatores Individuais

No que diz respeito aos **fatores individuais** é possível encontrar entre outros, os fatores de ordem comportamental, como o comportamento anterior e de ordem sócio-cognitiva, tais como as atitudes e as intenções comportamentais (Simões & Matos, 2008).

A adolescência constitui um período por excelência, para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes de responsabilidade perante a saúde. De igual forma, os comportamentos de risco para a saúde, adotados na infância ou na adolescência, são muitas vezes difíceis de erradicar na idade adulta (Williams et al., 2002).

O **comportamento anterior** é apontado por diversos estudos como um dos mais fortes preditores do comportamento futuro (Ariza-Cardenal & Nebot-Adell, 2002; Cornelius, Clark, Reynolds, Kirisci & Tarter, 2007; Grant, 1998; McGue & Iacono, 2005). Por exemplo, adolescentes fumadores têm mais tendência para serem adultos fumadores e quanto mais cedo se iniciar o hábito, maior é o risco do indivíduo se tornar adito (Ariza-Cardenal & Nebot-Adell, 2002; Rivara et al., 2009). A experimentação de substâncias alcoólicas na adolescência

é particularmente nociva, porque os adolescentes têm menor tolerância que os adultos e tornam-se dependentes com doses menores (Ferreira, 2008). Alguns estudos sugerem que problemas de consumo de álcool em adultos (alcoolismo) surgem muitas vezes durante a adolescência (Grant, 1998; McGue & Iacono, 2005; Rivara et al., 2009). Por sua vez, o início precoce da atividade sexual aumenta a probabilidade de consumo de cannabis e álcool entre os jovens (Cornelius et al., 2007).

Uma investigação revelou que os adolescentes que exibiam comportamentos problemáticos como atividade sexual precoce, consumo de substâncias e problemas com as autoridades policiais, apresentavam um risco elevado para na idade adulta se tornarem dependentes de substâncias e apresentarem diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (McGue & Iacono, 2005).

Também a prática de comportamentos de risco constitui um dos fatores determinantes de outros comportamentos de risco, como já se referiu anteriormente. Por exemplo, o consumo de tabaco tem tendência a aumentar significativamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, tais como, o consumo de drogas e álcool (Ariza-Cardenal & Nebot-Adell, 2002). Também, os jovens que se tornam sexualmente ativos muito cedo tendem a ser mais propensos a manifestar outros problemas comportamentais (Cooper, 2002; Matos, Gonçalves, Gaspar & Dias, 2008; Parkes et al., 2007; Poulin & Graham, 2001), como consumo de tabaco e abuso de álcool ou drogas (Parkes et al., 2007) e conseqüentemente apresentar comportamentos de risco como baixa utilização de preservativos e múltiplos parceiros sexuais (Brook et al., 1999; Cooper, 2002; Parkes et al., 2007). Em contraste, os jovens que ainda não iniciaram a atividade sexual, nem pensam começar no próximo ano, manifestam menor consumo de álcool e marijuana, pertencem a um grupo de pares mais normativo, possuem maior supervisão parental, ligações mais fortes à família e maiores expectativas escolares (Whitaker, Miller & Clark, 2000).

No que diz respeito a fatores sócio-cognitivos, os estudos mostram que existe uma relação positiva entre as intenções, atitudes e as crenças positivas face à atividade sexual e a atividade sexual propriamente dita; bem como uma relação positiva entre as intenções, atitudes e crenças negativas face à atividade sexual e a abstinência (Buhi & Goodson, 2007).

**A intenção ou a motivação para iniciar a atividade sexual** é um dos fatores preditores mais referidos para uma iniciação sexual precoce (Sieverding, Adler, Witt & Ellen, 2005). Inversamente, uma atitude mais positiva relativamente à abstinência revelou uma maior probabilidade de adiar o início da atividade sexual (Dilorio et al., 2001; O'Sullivan & Brooks-Gunn, 2005). Numa amostra nacional, os dados recolhidos evidenciam que os jovens que tencionam utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual, comparativamente aos que não o tencionam fazer, demonstram uma atitude muito mais positiva e favorável face ao uso do preservativo (Cruz et al., 1997).

As **crenças** são determinantes imediatos da atitude da pessoa em relação a um comportamento (Cruz et al., 1997; Oliveira, Abreu, Barroso & Vieira, 2009). Num estudo

recente, as principais crenças positivas associadas à utilização do preservativo durante as relações sexuais foram a prevenção de DST's (52,1%), da gravidez (41,8%) e da SIDA (3,9%). Evidencia-se ainda que os sujeitos do sexo feminino apresentaram uma percentagem ligeiramente maior de crenças comportamentais positivas ao uso do preservativo em relação ao sexo masculino (Oliveira et al., 2009).

De forma inversa, um fator que pode ajudar a explicar o carácter fortuito que assume a contraceção está relacionado com o número elevado de adolescentes que manifesta atitudes negativas, ou confusas, em relação aos contraceptivos (Sprinthall & Collins, 2003). Alguns jovens não acreditam que o preservativo oferece uma proteção segura contra a gravidez indesejada ou mesmo HIV. Num estudo realizado no Quênia, apenas 35 % dos alunos de áreas urbanas e 56% dos estudantes rurais expressa confiança na eficácia deste método contraceptivo (UNFPA, 2003), outros salientam que o uso do preservativo pode ser visto como uma quebra de confiança no parceiro e retira o prazer sexual (Gaspar & Matos, 2008). Os resultados negativos em relação ao uso do preservativo são de extrema importância, considerando que o peso de uma crença negativa em relação a um determinado comportamento constitui uma barreira importante para a sua realização (Oliveira et al., 2009)

Os autores têm sugerido que as infeções sexualmente transmissíveis, assim como uma gravidez indesejada e a maternidade na adolescência estão muitas vezes associadas a mitos e concepções erradas acerca dos métodos anticoncepcionais (UNFPA, 2003). Por exemplo, os investigadores referem que cerca de 42% dos sujeitos afirmava que quando se tem um só parceiro sexual, não é necessário usar preservativo (Cruz et al., 1997). Alguns adolescentes defendem que deve ser utilizado numa relação “esporádica” mas não numa relação “séria”. (Gaspar & Matos, 2008). Outros acreditavam que o HIV apenas acontece entre trabalhadores do sexo, utilizadores de drogas ou homens com múltiplos parceiros sexuais (UNFPA, 2003). Outras crenças comuns são aquelas que defendem que “gravidez ou IST's só acontecem aos outros” ou “não engravidado na primeira vez” (Bekaert, 2005, pp. 59).

### 3.3. Fatores Relacionais

Por último, ao nível dos **fatores envolvimentoais**, encontram-se preditores que derivam dos principais contextos de socialização: a família, os pares e a escola (Simões & Matos, 2008).

Steinberg & Morris (2001) referiram que “parents, problems, and hormones” (p. 85) se encontravam entre os principais e mais populares tópicos de investigação na adolescência. Ao longo do ciclo de vida dos sujeitos, a **família** constitui um dos contextos mais importantes do desenvolvimento, pelo que temos vindo assistir a um crescente interesse pela compreensão

do impacto que o ambiente familiar assume na exacerbação e manutenção de comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes (DiClemente et al., 2001).

Fatores relacionados com a estrutura física, social e psicológica das famílias e dos seus elementos, podem ser determinantes para o desajustamento a vários níveis (Simões, 2008). Alguns dos problemas na estrutura familiar mais referenciados pela literatura são o divórcio, as famílias monoparentais, os maus-tratos, as perturbações mentais e a desvantagem socioeconómica (Miller, 2002; Simões, 2008). Por exemplo, Quinlan (2003) refere que a separação dos pais durante a infância constitui um fator de risco para um início precoce da atividade sexual dos jovens, para um maior número de parceiros e para uma gravidez precoce. Também, alguns dos fatores do âmbito familiar que surgem associados ao consumo de álcool nos adolescentes são uma má relação afetiva e comunicação pais-filhos (Roche et al., 2008; Wills & Cleary, 1996), a baixa monitorização e supervisão (DiClemente et al., 2001; Whitaker et al., 2000) e um modelo parental de consumo de álcool (Braitman et al., 2009).

A **supervisão/monitorização dos pais** em relação aos comportamentos dos filhos é considerado um fator determinante para um menor envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco em geral (Buhi & Goodson, 2007; Roche et al., 2008; DiClemente et al., 2001) e do comportamento sexual, em particular (Sieverding et al., 2005). Uma revisão recente de vários estudos, efetuada por Buhi & Goodson (2007), revelou que uma maior supervisão da parte dos pais tinha um efeito protetor em relação ao início da atividade sexual dos jovens. Os adolescentes que percebem maior controlo parental estão menos propensos a envolverem-se em consumo de substâncias (DiClemente et al., 2001; Gaspar, Gonçalves, Ramos & Matos, 2006; Whitaker et al., 2000), comportamentos antissociais e comportamentos sexuais de risco.

Os mesmos resultados são corroborados por estudos que têm mostrado a importância das práticas parentais ajustadas (supervisão e monitorização adequada), de uma forte ligação afetiva entre os membros da família e de uma boa comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos, na prevenção ou redução dos comportamentos de risco (DiClemente et al., 2001; Goldstein, Davis-Kean & Eccles, 2005; Roche et al., 2008; Scabini, Marta & Lanz 2006). (Estes aspetos serão analisados mais detalhadamente no capítulo II).

O **grupo de pares** tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes proporcionando simultaneamente proteção e fatores de risco. Ser admirado e aceite pelos colegas é crucial para o desenvolvimento dos jovens e aqueles que não estão integrados socialmente estão mais propensos a apresentar problemas físicos e emocionais (Settertobulte & Matos, 2004).

Na generalidade, para os jovens, a convivência com os amigos reveste-se de extrema importância, o grupo de pares é necessário e indispensável ao adolescente para

simultaneamente obter maior independência e autonomia em relação à sua família e oferecer múltiplas ocasiões de desenvolvimento de novas relações consigo próprio e com os outros (Papalia et al., 2009). Os relacionamentos sociais nesta fase da vida podem funcionar como fonte de afetos, de compreensão e de novas experiências. Existe um grande investimento dos adolescentes em relação ao grupo de pares, o que faz com que estes passem a maior parte do tempo junto dos colegas da escola e dos amigos, em detrimento dos pais (Gowers, 2005; Sumter et al., 2009).

Alguns relacionamentos podem promover comportamentos desviantes e as relações de amizade com pares desviantes podem influenciar negativamente o ajustamento do indivíduo (Ciairano et al., 2007; Sumter et al., 2009; Wilkinson, 2010). Um adolescente que tenha amigos com atitudes e comportamentos ligados ao risco tem maior probabilidade de adoção dos mesmos comportamentos e atitudes (Cornelius et al., 2007; Jaccard, Blanton & Dodge, 2005; Wanner, Vitaro, Carbonneau & Tremblay, 2009). Através de um processo de modelagem de comportamentos, do encorajamento para o consumo (Romer & Hennessy, 2007), ou ainda através de comparações sociais com os melhores amigos (Prinstein, Meade & Cohen, 2003) o grupo de pares constitui uma fonte de referência relativamente aos padrões comportamentais, atitudes e valores a adotar.

Ter amigos e estar incluído no grupo é uma das maiores preocupações dos adolescentes (Eccles, 1999; Steinberg & Morris, 2001), o que os pode levar a envolverem-se em comportamentos perigosos e prejudiciais como forma de obterem a aceitação dos pares (Kirby, 2001; Zambon et al., 2006).

Quando se encontram no grupo, os jovens tendem a apresentar comportamentos mais problemáticos, a avaliar os comportamentos de risco de forma positiva e a tomar decisões mais arriscadas do que quando estão sozinhos (Gardner & Steinberg, 2005). Assim, a influência do grupo de pares desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de risco (Gardner & Steinberg, 2005; Léon et al., 2010; Romer & Hennessy, 2007; Zambon et al., 2006). Resultados recentes são consistentes com esta afirmação onde foram encontradas associações fortes entre os comportamentos de risco praticados pelos amigos e os comportamentos de risco praticados pelos adolescentes nomeadamente, a adoção de comportamentos desviantes (Wanner et al., 2009), o início precoce das relações sexuais (Cornelius et al., 2007; Wanner et al., 2009) relações sexuais desprotegidas (Dias, Matos & Gonçalves, 2007; Kirby, 2001) e comportamentos aditivos (Ariza-Cardenal & Adell, 2000). Por exemplo, a influência do grupo de pares é altamente preditiva para consumo de álcool (Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano & Abbott, 2000; McGue & Iacono, 2005). De fato, os adolescentes cujos amigos consomem bebidas alcoólicas, têm maiores probabilidades de apresentar um comportamento de consumo (Jaccard et al., 2005, 2005; Ariza-Cardenal & Adell, 2000; Simões et al., 2006). Também os adolescentes com amigos fumadores apresentam maior risco para o consumo de tabaco (Silva, Rivera, Carvalho, Guerra & Moreira, 2006; Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel & Saylor, 2001), uma vez que

os amigos os podem incentivar para o consumo e facilitar o acesso aos cigarros (Simons-Morton et al., 2001). Os jovens referem que o consumo de tabaco é utilizado como uma forma de obter aprovação social por parte do grupo.

Simultaneamente, o **contexto escolar** envolve um processo de socialização intensa, durante o qual os adolescentes apreendem normas e padrões comportamentais e se tornam cada vez mais conscientes das perspetivas dos colegas e professores (Choudhury et al., 2006). As escolas são organizações com características próprias (valores, normas, atividades e rotinas diárias), que podem ter impacto sobre o desenvolvimento intelectual, social, emocional e comportamental dos adolescentes (Eccles & Roeser, 2003). É o local onde os jovens permanecem um tempo significativo, numa idade em que se realiza uma boa parte das aprendizagens básicas e de “forma deliberada ou não, a escola é um lugar de construção de saberes, que suscita vivências ao nível afetivo-sexual” (Dias, Matos & Gonçalves, 2008, pp. 212).

Klem & Connell (2004) referem sete aspetos que parecem influenciar uma boa adaptação dos adolescentes à escola: (1) perceção de apoio da parte dos professores; (2) ligação à escola; (3) bons resultados académicos; (4) ter bons amigos na escola; (5) perceção de uma disciplina justa; (6) participação em atividades extracurriculares e (7) gostar da escola.

Um dos aspetos mais frequentemente referidos como fator de risco refere-se à ligação à escola. Os jovens que referem uma boa ligação à escola e que referem mais frequentemente que gostam da escola têm mais probabilidade de obter um bom rendimento escolar e uma maior perceção de bem-estar (Anderman, 2003; Ravens-Sieberer, Kökönyei & Thomas, 2004). Samdal e colaboradores (2004) verificaram que os estudantes do ensino secundário com forte ligação à escola, comparados com os estudantes com fraca ligação, tinham significativamente níveis mais baixos de stress e consumo de substâncias. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos, que mostram que a ligação à escola constitui um fator de proteção contra o uso de substâncias (Resnick et al., 1997; Simões et al., 2006).

Numa amostra nacional (Simões & Matos, 2008) os autores referiram que em relação à escola, os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais caracterizam-se por apresentar uma fraca ligação à escola, dado que referem mais frequentemente que não gostam nada da escola, que faltam às aulas, que o seu aproveitamento se situa abaixo da média e que se sentem muito pressionados pelos trabalhos de casa.

O sentimento de apoio por parte dos professores surge também como um dos preditores mais importantes da satisfação dos estudantes com a escola (McNeely & Falci, 2004; Simões et al., 2006; Wong, Eccles & Sameroff, 2003). Também em relação ao bem-estar, alguns autores referem que uma boa ligação com o professor, que dá suporte e aconselha constitui uma importante fonte de proteção, para o envolvimento em consumo de

álcool e tabaco e para o início precoce da atividade sexual (Gramkowski et al., 2009; McNeely & Falci, 2004).

Procurando sistematizar o exposto até aqui, sublinhamos que as múltiplas mudanças biológicas, psicológicas, afetivas, sociais e familiares e consequentes adaptações que acompanham os jovens neste momento do seu ciclo de vida, têm merecido muita reflexão. Se este tempo, considerado complexo para o indivíduo que tem de fazer face a novos desafios para os quais pode não estar suficientemente preparado, não for ultrapassado com êxito, pode constituir-se num momento privilegiado de maior vulnerabilidade. Os padrões de comportamento adotados neste período podem comprometer o desenvolvimento e a saúde atual e futura do indivíduo. Muitos adolescentes estão em risco como consequência de fatores sociais, ambientais e comportamentais. Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde dos adolescentes, encontra-se um largo espectro de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias, a violência, as perturbações do comportamento alimentar e os comportamentos sexuais de risco.



---

*Gravidez na Adolescência:  
período de transição e desenvolvimento | 2*



## Gravidez na adolescência: período de transição e desenvolvimento | 2

### 1. Gravidez na adolescência: Evolução histórico-cultural e considerações epidemiológicas

A saúde sexual e reprodutiva é uma componente fundamental da saúde das mulheres e homens durante toda a sua existência. Contudo, a adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as capacidades reprodutivas.

A adolescência constitui um período do desenvolvimento humano onde ocorrem muitas transformações físicas, psíquicas e sociais, acompanhadas por manifestos sentimentos de atração sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir (Justo, 2000). O adolescente vive um período de adaptação às mudanças dos papéis sociais nos novos grupos de referência, à percepção do corpo e da imagem sexual (Susman & Rogol, 2004). Para alguns autores, a adolescência constitui o momento da vida em que muitas pessoas iniciam a atividade sexual (Bekaert, 2005; MacKay & Duran, 2007; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006; Raffaelli & Crockett, 2003) e uma característica significativa diz respeito ao envolvimento dos jovens em comportamentos de risco, principalmente devido aos comportamentos sexuais (Fergus et al, 2007; Raffaelli & Crockett, 2003), aumentando a probabilidade de gravidezes indesejadas (cf. Capítulo 1).

Ao longo deste capítulo, procuramos debater a relevância dos aspetos ecológicos/contextuais que antecedem a ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida.

Especificamente, procuramos perspetivar a gravidez na adolescência valorizando as conceções desenvolvimentais e ecológicas do desenvolvimento humano.

Iniciamos este capítulo com a apresentação de alguns dados epidemiológicos da gravidez na adolescência, com incidência na Europa e em Portugal, procurando contextualizar este fenómeno no âmbito da atual conjuntura histórico-cultural. Em seguida, revemos a literatura que refere a gravidez na adolescência como uma cadeia sequencial de acontecimentos e decisões, explorando-se a relevância deste modelo enquanto enquadramento configurativo da heterogeneidade das adolescentes que engravidam e enquadramento privilegiado para a compreensão dos determinantes mais próximos da ocorrência de gravidez. Discutimos ainda, as perspetivas desenvolvimental e ecológica que constituem uma grelha de leitura privilegiada e compreensiva da gravidez na adolescência.

O período que corresponde à gravidez tem sido ao longo dos séculos alvo de estudo e interesse. As múltiplas transformações e consequentes adaptações que acompanham a mulher neste momento do seu ciclo de vida têm sido alvo de intensa análise. A vivência da sexualidade e a gravidez na adolescência têm merecido um particular interesse, pela investigação científica, mas também pelas instituições de saúde, de ensino e governamentais (Justo, 2000). A atividade sexual e a gravidez na adolescência surgem como problemas emergentes que não são, todavia, peculiares à nossa época, não são fenómenos novos e recentes, embora a sua visibilidade tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos, sobretudo nas sociedades industrializadas.

Algumas décadas atrás, o contexto histórico e social era propício à defesa da fecundidade como valor fundamental, em todos os grupos humanos. A atividade sexual pré-matrimonial era considerada uma relação de alto risco, devido à inexistência de métodos contraceptivos eficazes. Assim, considerava-se que não deviam ter relações sexuais, aqueles que não tinham um compromisso estável e não podiam garantir cuidados adequados à descendência (Fonseca & Lucas, 2009).

No passado, o lugar privilegiado da procriação era o casamento. Atualmente, a ideia de associar a sexualidade, com o casamento e a maternidade está cada vez menos presente nas mentalidades atuais (Jongenelen, 2003).

As mudanças no que toca aos valores sobre a sexualidade e a própria adolescência parecem ter contribuído para a antecipação do início da atividade sexual. Temos assistido a uma liberalização da atividade sexual pré-matrimonial dos adolescentes (Amaro et al., 2004) que conduziu a um maior risco de gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001).

Entre os fatores responsáveis por estes aspetos salienta-se a maior disponibilidade da contraceção<sup>14</sup>, que possibilitou a dissociação entre sexualidade e reprodução e permitiu às mulheres uma maior autonomia nas suas escolhas de vida e a mudança de valores relativamente à sexualidade, à família e padrões de casamento e à própria adolescência (Hardy & Zabin, 1991; Stevens-Simon & Kaplan, 1998). A mudança no que toca aos valores e atitudes contribui para que muitas adolescentes, mesmo não assumindo um relacionamento amoroso, se decidam pela maternidade (aumentou de 13% em 1990 para 79% em 2000) (Feldman, 2007).

A maior participação da mulher na vida laboral, social e o aumento da sua escolaridade fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além dos tradicionais papéis de esposa e de mãe. A mulher aspira, tal como o homem, a ter uma vida privada com outras oportunidades de realização pessoal e profissional e independência económica.

O adiamento da maternidade retrata as mudanças que se têm verificado no ciclo de vida dos indivíduos, nomeadamente quanto à participação no sistema de educação, à introdução no mercado de trabalho, à entrada na conjugalidade e conseqüentemente, à entrada na parentalidade.

Este contexto sócio-cultural contribui para uma visão da gravidez na adolescência como fenómeno não esperado, não aceitável, nem socialmente desejável. A gravidez e a maternidade na adolescência tendem a ser descritas pela literatura como estando relacionadas com situações de precariedade, pobreza e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé (Canavarró & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Imamura et al., 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001).

Mantendo a tendência que já se verifica há alguns anos, observou-se entre 2003 e 2009 um decréscimo das taxas de fecundidade<sup>15</sup> nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento em grupos etários mais elevados, tendência reveladora de um adiamento da idade da maternidade. As mulheres têm filhos mais tarde, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho passou de 27,4 para 28,6 anos e ao nascimento de um filho de 29,2 para 30,3 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011).

Também a taxa de fecundidade nas adolescentes (dos 15 aos 19 anos de idade) manteve a tendência de decréscimo, atingindo o mínimo histórico de 14,4‰ (19,6 ‰ em 2004) em 2010.

---

<sup>14</sup> Santelli, Lindberg, Finer e Singh (2007) concluem no seu estudo que a promoção, e o respectivo aumento, do uso de contraceptivos foi o principal determinante da diminuição das taxas de gravidez na adolescência nos EUA entre 1995 e 2000, explicando 77% dessa diminuição. Os autores acrescentam, ainda, que esta avaliação parece ser consistente com o padrão observado nos demais países desenvolvidos.

<sup>15</sup> A evolução do número de nascimentos pode ser afetada pela dimensão e pela composição da população feminina em idade fértil, revelando-se pertinente a análise do índice sintético de fecundidade (ISF), indicador conjuntural que traduz o número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade) (INE, 2010).

As taxas mais elevadas de gravidez e maternidade na adolescência ocorrem na África Subsariana e em alguns países da Ásia e da América Latina (Manlove et al., 2002). Entre os países industrializados ocidentais, as taxas mais altas reportam-se aos Estados Unidos da América, onde todos os anos se estima que 750.000 jovens engravidam<sup>16</sup> (Kost et al., 2010). Conclusões de Kost, Henshaw e Carlin (2010) indicam que no ano de 2005 a taxa de gravidez na adolescência atingiu o seu nível mais baixo, em mais de 30 anos (69,5), desde o seu pico em 1990 (116,9). Nas últimas duas décadas, tem-se verificado nesse país tal como nos restantes países industrializados, uma tendência consistente, para um decréscimo da gravidez e maternidade nos anos da adolescência. Este declínio parece estar associado a uma maior eficácia da educação sexual e a uma maior utilização de contraceptivos, ao maior recurso ao aborto e menor atividade sexual devido aos receios de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (Santelli, Lindberg, Finer & Singh, 2007).

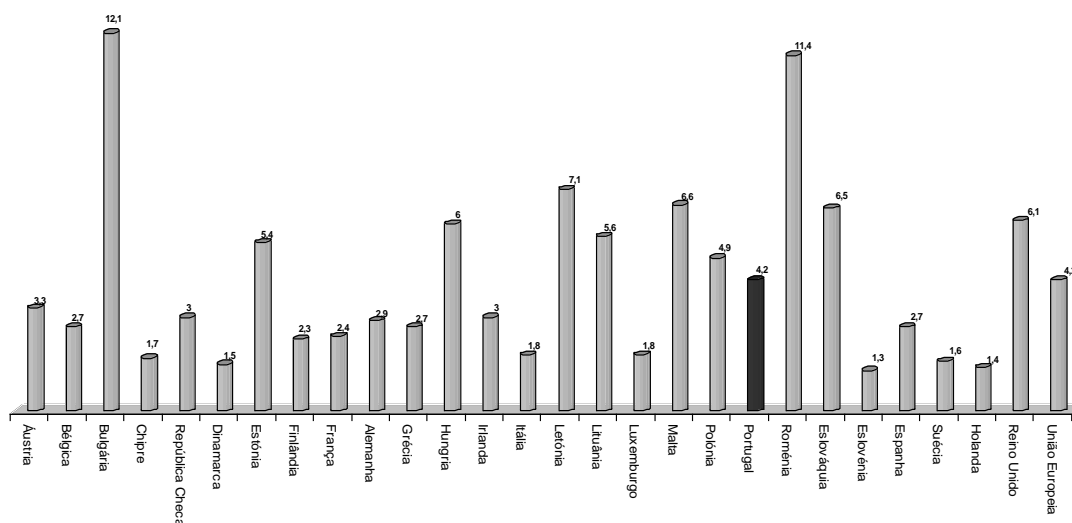
No relatório europeu sobre saúde sexual e reprodutiva, os Estados membros da União Europeia registam cerca de 207 000 nados vivos de mães adolescentes, o que corresponde a 15 nascimentos por cada 1000 adolescentes com idades compreendidas entre 15-19 anos. Os valores mais baixos (menos de 6 nascimentos por cada 1000 adolescentes com idades compreendidas entre 15-19 anos) foram registados na Holanda, Eslovénia, Dinamarca e Suécia e os mais elevados na Bulgária e na Roménia (Oliveira da Silva et al., 2011) (cf. Figura 1).

Salientamos o caso do Reino Unido<sup>17</sup>, onde os níveis de gravidez na adolescência são muito elevados em comparação com os outros países europeus. O governo estabeleceu, como meta, até ao ano de 2010, reduzir para metade a taxa de grávidas adolescentes com 18 anos e impulsionar uma tendência de queda entre as jovens com menos de 16 anos de idade (Revans, 2008).

---

<sup>16</sup>Vários são os países com elevadas taxas de incidência de gravidez e maternidade na adolescência, na frente dos quais se encontram os EUA, muitas vezes relacionadas com o número elevado de parceiros sexuais (Westman, 2009).

<sup>17</sup> Mesmo em países como o Reino Unido, onde os métodos contraceptivos são gratuitos, pelo menos um quarto das gravidezes que terminam em aborto são consequência da utilização inadequada de contraceção; as restantes são o resultado de uso incorrecto ou inconsistente, ou ainda da utilização de métodos pouco eficazes (Glasier et al., 2006).



**Figura 1 - Percentagem de nascimentos vivos de mães adolescentes em 2009 – União Europeia (Eurostat, 2010)**

Em Portugal, observa-se uma diminuição da ocorrência deste fenómeno, após uma década (1970-1980), em que se assistiu ao aumento progressivo na percentagem de mães com idade inferior a 19 anos, atingindo-se o valor de 11,3% em 1980 (Silva, 1992). Assim, o número dos nascimentos em mulheres adolescentes tem vindo a decrescer lentamente, mantendo-se porém demasiado elevados. Até muito recentemente Portugal era o segundo país da Europa, apenas suplantado pelo Reino Unido, com a taxa mais elevada de gravidez na adolescência (Eurostat, 2004, 2008). Com a entrada de novos países na União Europeia, a posição do nosso país melhorou, mas continua a ser bastante desfavorável (cf. Figura 1).

Uma breve análise ao Quadro 1 permite observar um desequilíbrio regional ao nível do número de nascimentos vivos<sup>18</sup>. O Alentejo e o Algarve apresentaram valores acima da média nacional ao longo deste período de análise. As restantes regiões apresentam valores abaixo ou iguais à média nacional, sendo a região do Centro aquela que apresenta consistentemente os números mais baixos e o Alentejo os mais elevados. Note-se ainda que todas as regiões registam valores inferiores aos observados em 2008.

<sup>18</sup> Os resultados obtidos pelo HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), que se centra no estudo dos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes, salientam também as discrepâncias regionais em vários domínios avaliados. Nomeadamente, quando comparadas as cinco regiões do país incluídas no estudo, constatamos que os jovens do Centro e de Lisboa são aqueles que referem mais frequentemente já ter tido relações sexuais, enquanto os jovens do Norte referem mais frequentemente que não tiveram relações sexuais. (Matos et al., 2012).

**Quadro 1 - Nados vivos de mães adolescentes, relativamente ao total de nados-vivos em 2009**  
(ACS, 2010; INE, 2010)

Nados vivos em mulheres adolescentes/100 nados vivos						
Meta 2010					<5	
Melhor valor da EU 15 (2008)					4,1	
Portugal (2001)					5,9	
	2004		2008		2009	
	Taxa	Nascimento	Taxa	Nascimento	Taxa	Nascimento
Portugal	5,1	5264	4,2	4132	4,2	3927
Norte	5,1	1947	4	1381	4,2	1371
Centro	4,7	758	3,4	507	3,8	526
Lisboa e Vale do Tejo	4,9	1947	4,4	1791	4,2	1613
Alentejo	7,2	329	5,3	223	5,3	212
Algarve	5,9	283	4,7	230	4,3	205

Entre 2004 e 2009, em Portugal Continental, o número de nados vivos em mulheres adolescentes registou uma diminuição relativa de 17,6%, passando de 5,1 para 4,2. Esta tendência de decréscimo registou-se em todas as Regiões, sendo mais evidente nas Regiões do Sul de Portugal, onde os decréscimos relativos, no mesmo período, foram superiores a 25%.

Mantendo a tendência que se tem vindo a verificar há alguns anos, os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), acerca da percentagem de nados vivos de mães adolescentes, referem que em 2010, **1182** raparigas na zona **Norte**, **646** na zona **Centro**, **1378** na zona de **Lisboa e Vale do Tejo**, **310** no **Alentejo** e **210** no **Algarve** foram mães. Em Portugal Continental nasceram **3726** crianças filhas de mães adolescentes, isto é, menos 1538 do que o número verificado em 2004.

Apesar da evolução favorável deste indicador, a gravidez e a maternidade na adolescência no nosso país continuam a ser elevadas e a constituir uma preocupação social e mesmo governamental. Nas metas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2007), incluiu o objetivo global de atingir o valor de 5% para a taxa de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (por 100 nados vivos). Entre 2001 e 2009 o valor deste indicador diminuiu de 5,9 para 4,2, alcançando a meta estipulada para 2010 (menos de 5 por 100 nados vivos), ainda no ano de 2009. (cf. Quadro 1).

Em Dezembro de 2010, foi editado pelo Alto Comissariado da Saúde um documento com os valores mais recentes dos indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, “Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010”. Este documento refere que a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes apresenta tendência decrescente em todas as Regiões

de Portugal Continental. A meta para 2010 (menos de 5 nascimentos em mulheres adolescentes por 100 nados vivos) foi alcançada em todas as Regiões, à exceção do Alentejo. O novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016<sup>19</sup>, no que se refere à percentagem de nascimentos em mulheres adolescentes, estabeleceu a meta de 3% a nível nacional até ao ano de 2016.

Apesar de estarmos a assistir nos últimos anos a um decréscimo destes valores no panorama nacional, este continua a ser bastante desfavorável, sendo um problema social incontornável na atualidade, pelo que o estudo da gravidez adolescente na nossa cultura se acresce de significado e importância e constitui, pois, uma importante linha de intervenção no âmbito da promoção da saúde.

Algumas explicações para este decréscimo da incidência de gravidezes na população adolescente prendem-se com uma atitude mais aberta na aceitação da sexualidade na adolescência, uma educação sexual mais eficaz, a disponibilização de mais informação, maior facilidade de acesso a contraceção gratuita (Brook, 2007), a maior utilização de medidas contraceptivas e ainda ao maior recurso ao aborto (Canavarro & Pereira, 2001).

A possibilidade de efetuar uma opção marca a experiência de gravidez e maternidade da mulher pós-moderna, ocidental e de classe média (Canavarro, 2001). A capacidade de escolher qual o melhor período da vida para se ter um filho é um aspeto fundamental da saúde reprodutiva. A vivência de uma gravidez não desejada em adolescentes está frequentemente associada a uma interrupção dos estudos, menores oportunidades de emprego, pior qualidade de vida e comprometimento do desenvolvimento da mãe e do bebé (MacKay & Duran, 2007).

De entre as jovens que engravidam, a maioria não o desejou (Finer & Henshaw, 2006; Araújo-Pedrosa, 2009) nem planeou a gravidez (MacKay & Duran, 2007; WHO, 2007). Em Portugal, apesar da ausência de dados a nível nacional, estudos regionais como o realizado na Região Autónoma dos Açores, no ano de 2009, referem que cerca de 70% das gravidezes prosseguidas por adolescentes não resultam de uma intenção de gravidez (Araújo-Pedrosa, 2009). Em 2009, a análise de uma amostra portuguesa de adolescentes<sup>20</sup>, efetuada na zona de Lisboa e Vale do Tejo, indicou que 36,1% das adolescentes do estudo já tinha utilizado contraceção de emergência, e destas, 51,7% já usou mais do que uma vez. Em relação às interrupções voluntárias da gravidez (IVG), 18,4% já efetuou uma IVG e destas 14% já efetuou a 2.ª IVG (Granja, 2009).

O relatório europeu sobre saúde sexual e reprodutiva, refere que mais de metade das gravidezes adolescentes termina em aborto, nomeadamente na Suécia (79%), Dinamarca (75%), França (61%), Finlândia (60%), Eslovénia (55%), Espanha (52%) e Itália (51%). Em

---

<sup>19</sup> Estratégias para a Saúde - V.3) Cadernos do PNS - Indicadores e Metas em Saúde (Versão Discussão). O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 ainda se encontra em fase de discussão.

<sup>20</sup> Estudo efetuado com 315 jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 23 anos, que frequentam o Olá jovem - Centro de Atendimento a Adolescentes na Amadora.

Portugal o relatório refere o valor de 36% para as gravidezes adolescentes que terminam em aborto (Oliveira da Silva et al., 2011).

Nos Estados Unidos a maioria das gravidezes adolescentes não são planeadas (82%), correspondendo a mais de um quinto de todas as gravidezes indesejadas por ano. Cerca de 40% dos casos de gravidez indesejada em jovens com idades compreendidas entre os 15-19 anos terminam em aborto<sup>21</sup> (Finer & Henshaw, 2006; MacKay & Duran, 2007). Já o Alan Guttmacher Institute (2010) indica que 6% dos abortos ocorrem em jovens com idades entre os 15 e os 17 anos, 11% em adolescentes com idades entre 18 - 19 e 0,4% com idade inferior a 15 anos. Estudos realizados em quatro países da América Latina concluíram que 10% a 14% das gravidezes em adolescentes não casadas terminavam em aborto (UNFPA, 2003).

Em Portugal, volvidos quatro anos sobre as novas condições da Lei da Interrupção da Gravidez<sup>22</sup>, no período correspondente aos meses de janeiro a dezembro de 2010, de um total de 18911 interrupções da gravidez por opção da mulher, cerca de 2284 (12,07%) foram solicitadas por jovens com idade até aos 19 anos, sendo que 0.52% corresponderam a situações de adolescentes com menos de 15 anos (DGS, 2011). No ano de 2008, os dados relativos aos 12 meses indicam valores semelhantes, sendo as taxas referidas respetivamente de 11.5% e 0.5%.

Apesar de nas últimas décadas termos assistido a uma tendência progressiva para a diminuição das taxas de gravidez em adolescentes, este é ainda um problema incontornável na atualidade, devido às implicações físicas, sociais e psicológicas de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida.

De acordo com Kirby (2001), a investigação dos fatores antecedentes para a ocorrência de uma gravidez precoce revela-se de grande importância não só para identificar grupos específicos de jovens que apresentam maior propensão para iniciar a vida sexual precocemente e para utilizarem de forma ineficaz os métodos contraceptivos, mas também para elaborar programas de intervenção mais específicos e eficazes.

É muito importante conhecer as causas e consequências de uma gravidez não desejada durante a adolescência, para compreender melhor o problema e para planear intervenções que a possam prevenir ou minorar as suas consequências (APF, 2003).

---

<sup>21</sup> A *interrupção voluntária da gravidez* ou *aborto induzido* pode ser definida como “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extrauterina independente” (OMS, 1970, p. 6), por intermédio de ações humanas deliberadas, vocacionadas para a remoção ou expulsão prematura desse embrião ou feto. O *aborto induzido* pode ser realizado por *procedimento medicamentoso*, de modo a induzir a contração uterina e, em poucas horas, uma hemorragia com expulsão do feto; ou por *procedimento cirúrgico*, envolvendo a remoção do conteúdo uterino por aspiração ou curetagem (Brien & Fairbairn, 1996).

<sup>22</sup> Em 2007 a IVG passou a não ser punível se realizada, por opção da mulher, até às 10 semanas de idade gestacional, na sequência da entrada em vigor da portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho e ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril (que alterou o artigo 142.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, e alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 julho).

## 2. A transição para a maternidade no contexto da gravidez na adolescência

### 2.1. A gravidez na adolescência enquanto cadeia sequencial de acontecimentos e decisões comportamentais

Alguns autores referem-se à gravidez na adolescência como uma cadeia sequencial de acontecimentos e decisões (Hardy & Zabin, 1991; Miller, Sage & Winward, 2005). A gravidez na adolescência é então “o produto final de uma série de comportamentos que se iniciam com o estabelecimento da atividade sexual e continuam através das relações coitais, contraceção, gravidez e nascimento, e de uma série de decisões conscientes e inconscientes acerca desses comportamentos” (Hardy & Zabin, 1991, pp. 357).

Esta cadeia de comportamentos, tal como descrita na figura 2 (cf. Pg. 46) é útil para ajudar a identificar momentos críticos para a prevenção e intervenção e, desde logo, aponta para um Quadro configurativo da heterogeneidade das adolescentes que engravidam e que não se enquadram num perfil uniforme, bem como para a diversidade de percursos que podem anteceder a transição para a maternidade na adolescência.

Na figura 5 podemos observar os determinantes mais próximos da ocorrência de gravidez durante os anos da adolescência. Cada dimensão reflete uma condição, decisão, ou o nível de envolvimento sexual. A coluna do lado direito contém decisões que antecipam, ou adiam a sucessão para níveis crescentes de envolvimento relacionados à sexualidade.

No caso de uma gravidez não planeada observamos uma diversidade de possibilidades que podem contribuir para a sua ocorrência (cf. Capítulo 1). Nomeadamente, nas adolescentes que se tornam sexualmente ativas numa idade muito jovem, acresce a probabilidade de comportamentos sexuais de risco, como terem múltiplos parceiros, a não utilização de métodos contraceptivos e muitas vezes, quando os usam, fazem-no de forma ineficaz ou utilizam mal ou de forma inconstante o preservativo, aumentando o risco de gravidez indesejada.

Como referimos, a maioria das gravidezes adolescentes não são planeadas e as jovens que não planeiam a gravidez vêm-se, em determinado momento, confrontadas com o seu estado e têm que decidir se querem levar a gravidez até ao fim e assumir o papel de mãe.

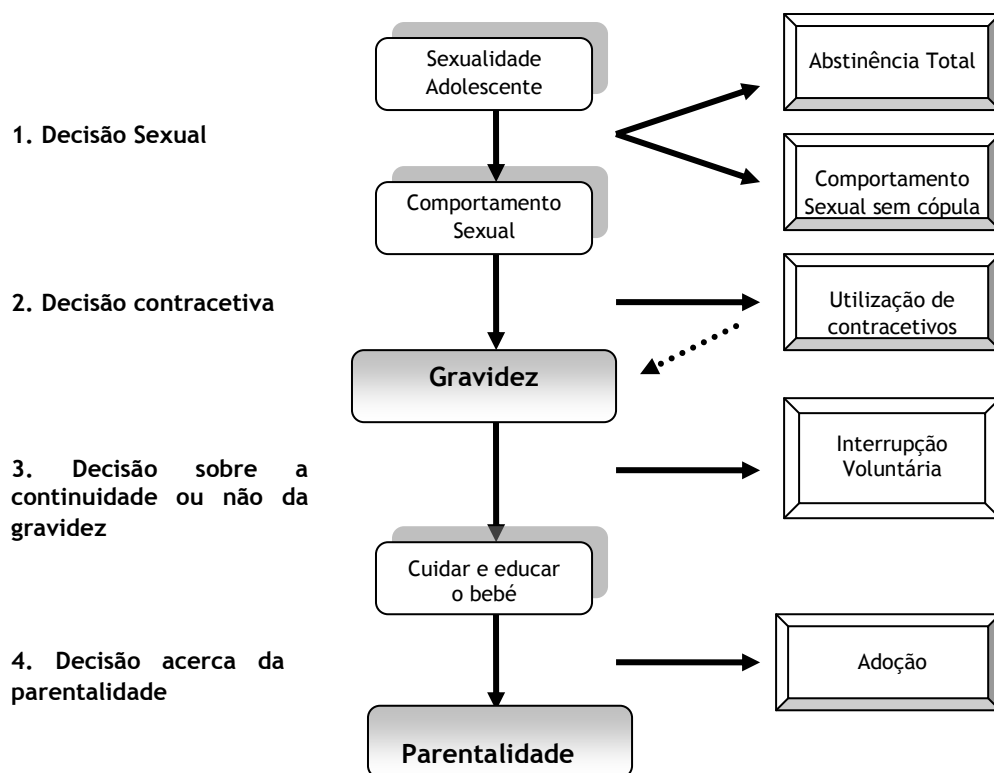


Figura 2: Sequência de decisões conducentes à gravidez e à maternidade na adolescência (adaptado de Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Miller et al., 2005)

A gravidez nem sempre conduz à maternidade e para algumas jovens a hipótese do *aborto* surge como forma de solucionar uma situação desagradável que lhes causa ansiedade (Benson, 2004). Alguns autores referem como as razões mais frequentes para a interrupção da gravidez, nesta fase desenvolvimental, os sentimentos de imaturidade para assumir a responsabilidade de um filho, o desejo de adiar a parentalidade para uma fase posterior do ciclo de vida, a instabilidade da relação interpessoal com o companheiro, a falta de apoio do parceiro e a prioridade atribuída à educação (Bankole, Singh & Haas, 1998; Santelli, Speizer, Avery & Kendall, 2006).

Santelli e colaboradores (2006) referem cinco motivos que parecem influenciar a decisão de abortar entre as mulheres com idade inferior a 20 anos: (1) ser demasiado jovens (73%); (2) imaturidade para assumir a responsabilidade de um filho (64%); (3) dificuldades financeiras para educar uma criança (56%); (4) ser solteira (45%) e (5) instabilidade na relação com o companheiro (20%).

Coleman (2006) tem sugerido, ainda, que a tendência para enveredar pelo aborto como resolução de uma gravidez indesejada se relaciona com estilos educativos parentais caracterizados por reduzida afetividade, criticismo e exigência.

Em Portugal, volvidos três anos sobre as novas condições da Lei da Interrupção da Gravidez, as características demográficas e reprodutivas das mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez tem sido pouco especificada. Antes da despenalização da IVG, eram escassos os estudos que abordam a problemática da tomada de decisão reprodutiva, já que o acesso aos números reais era dificultado pela ilicitude legal do ato.

Numa investigação efetuada, em 2008, constituída por 53 participantes do sexo feminino que procuraram a Consulta de Aconselhamento Reprodutivo da Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para interromper a gravidez, as principais motivações para abortar entre as mulheres mais jovens (até aos 24 anos de idade) destacam-se razões relacionadas com perceções de imaturidade (*e.g.* ser demasiado nova; medo de não conseguir ser boa mãe) e motivações vinculadas ao relacionamento interpessoal com o companheiro (*e.g.* não querer ser mãe solteira, imaturidade da relação, pressão por parte do companheiro para abortar) (Guedes, 2008).

Outras adolescentes decidem levar a gestação até ao fim e a investigação tem referido que um número muito diminuto das jovens que engravidam opta por entregar o bebé para **adoção** (1-2%) (Resnick et al., 1990, cit. in Benson, 2004).

Entregar um filho para adoção é uma decisão difícil e complicada. A gravidez na adolescência é caracterizada por uma resposta emocional complexa: o desespero e o medo são apenas algumas das emoções experienciadas pelas jovens quando descobrem que estão grávidas e percebem que não podem manter a criança por qualquer motivo (Theron & Dunn, 2006).

De acordo com um estudo, efetuado com jovens que não estavam grávidas, a adoção surgia como a possibilidade menos considerada e discutida para resolver uma gravidez não planeada (Daly, 1994). As adolescentes da amostra mostravam opinião favorável em relação à adoção, mas consideram-na um processo demasiado complexo e juridicamente difícil.

A literatura tem agrupado por categorias, os principais aspetos que levam uma adolescente a optar pela adoção, nomeadamente: aspetos sociodemográficos, o apoio familiar e a opinião do pai do bebé (Howerton, 2010).

As jovens que têm uma perceção positiva da adoção são provenientes de famílias de NSE mais favorecido, em que o desempenho académico e profissional são valorizados (Namerow, Kalmuss & Cushman, 1993). De acordo com os mesmos autores, as adolescentes brancas e mais velhas apresentam, também, uma maior probabilidade de fazer essa opção. Além disso, são jovens que referem não se sentir preparadas para exercer a parentalidade (Daly, 1994).

As pessoas significativas na vida da adolescente parecem desempenhar um papel importante na decisão de entregar o recém-nascido para adoção. Essas pessoas são na maioria das vezes os pais, o pai do bebé ou outros membros da família (Benson, 2004). O apoio parental, especialmente da mãe, surge como um dos principais determinantes da decisão de uma adolescente optar pela adoção. Namerow, Kalmuss e Cushman (1993) constataram que as

adolescentes que decidem pela adoção têm geralmente o apoio da mãe nessa tomada de decisão.

As adolescentes que decidem *prosseguir a gestação* e pretendem cuidar do bebé pertencem, em geral, a famílias numerosas e a agregados familiares mais carenciados, apresentam baixas aspirações académicas e percebem como escassas as oportunidades profissionais (Benson, 2004), contudo, as atitudes acerca da parentalidade são perspectivadas de forma positiva, sendo aceite com maior naturalidade. Vários estudos internacionais referem que muitas adolescentes atribuem baixos custos a uma gravidez precoce, devido não só às baixas aspirações académicas e à percepção de escassas oportunidades profissionais (Grant et al., 2002), mas também porque a gravidez na adolescência parece constituir o meio mais adequado para as jovens obterem estatuto social e se tornarem independentes e responsáveis (Szigethy & Ruiz, 2001).

No que se refere ao panorama nacional, estudos empíricos conduzidos em alguns dos bairros de realojamento social de Lisboa, demonstram que a gravidez precoce e consequente maternidade constitui um fenómeno esperado e alvo de valorização, em consequência da existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência. Muitas destas jovens assistiram à gravidez das irmãs, das vizinhas, das cunhadas e mesmo as suas mães já foram mães adolescentes (Malta, Roque, Duarte & Ventura, 2007).

O contexto comunitário e cultural é determinante na aceitação da gravidez na adolescência. Em determinadas zonas habitacionais existe um maior risco de gravidez precoce, resultado de circunstâncias sociais mais desfavoráveis mas também da existência de determinadas normas da comunidade relativas à atividade sexual e à gravidez (Lourenço, 1998). A maternidade adolescente parece ser um projeto individual e uma valorização pessoal e social (Pereira, 2001).

Como refere Malta e colaboradores (2007) a este respeito, a parentalidade adolescente parece ser o projeto de vida de muitas jovens quando outros falham: como a escola, a vida familiar, a procura de curso profissional ou emprego. “Estas jovens não se sentem “competentes” em mais nada, sendo a gravidez e a posterior maternidade um momento de valorização” (pp.12).

Este aspeto será aprofundado no próximo capítulo.

## **2.2. Gravidez na adolescência: Antagonismo de tarefas desenvolvimentais**

Numa perspetiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são concebidas como um período de desenvolvimento que à semelhança de outros períodos desenvolvimentais, como a puberdade ou a menopausa, exigem um processo de adaptação à nova situação (Canavarro, 2001; Fernandez & Cabaco, 2004) e a necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento específicas. Logo, vai obrigar a uma negociação de padrões existenciais,

negociação de papéis sociais e relações interpessoais (Figueiredo, 2000). Os modelos de desenvolvimento consideram que determinados acontecimentos de vida, como a transição para a parentalidade, exigem mudanças e envolvem potenciais riscos, uma vez que podem exigir recursos inexistentes e desencadear novos problemas ou amplificar vulnerabilidades prévias. Por outro lado, podem potenciar o desenvolvimento de novas formas de lidar com as situações problemáticas e conseqüentemente possibilitar novos níveis de adaptação.

Assim, a gravidez pode ser conceptualizada, por um lado, como oportunidade de mudança, evolução e desenvolvimento e, por outro, como risco de bloqueamento/dificuldade.

Autores como Colman e Colman (1994) descrevem pormenorizadamente um conjunto de tarefas fundamentais que a grávida tem de efetuar ao longo do período gestacional na preparação para ser mãe, que culminam com uma redefinição dos papéis e uma integração maturacional (para uma leitura compreensiva cf. Canavarro, 2001). Passaremos agora a analisar, de forma breve, essas tarefas de desenvolvimento.

*Tarefa 1 - aceitar a gravidez* - Nesta primeira fase da gravidez, que corresponderá ao primeiro trimestre na maioria das mulheres grávidas, caracteriza-se pela ambivalência em relação à confirmação da gravidez; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o seu novo estado implica e em relação à própria maternidade.

Nesta altura, é compreensível que comportamentos de ambivalência afetiva surjam em relação à maternidade, à aceitação do bebé e às mudanças que este estado implica (Colman & Colman, 1994; Justo, 1990). A constatação de que a conceção ocorreu de fato faz com que a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez, independentemente de ter desejado/planeado ou não esta gravidez (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

A tarefa seguinte - *aceitar a realidade do feto* - neste período a grávida entra numa fase mais adaptativa, uma vez que começa a vivenciar a autonomia do feto, que se traduz na aceitação pela grávida do bebé como entidade separada, como um indivíduo distinto de si própria (Justo, 1990). Numa fase inicial, a relação entre a mãe e o bebé concebe-se no plano da fantasia, uma vez que a mãe começa por conceber o bebé como parte de si própria. Gradualmente, a autonomia do feto começa a ser percebida pela perceção cada vez maior das modificações da imagem corporal e da presença do feto (perceção dos movimentos fetais, ouvir o bater do coração do feto no consultório médico, ver o bebé no ecrã da ecografia). Na maioria das vezes, é nesta altura que as grávidas intensificam as fantasias relacionais com o bebé, começam a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados e são capazes de começar a fantasiar acerca de vários aspetos do seu filho, como aspeto físico, o sexo, o temperamento e o nome (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

*Reavaliar a relação com os pais* - com a chegada de um novo elemento é fundamental que a grávida inicie o processo de identificação materna. Para tal, a mulher vai procurar referências nos modelos maternos conhecidos, sobretudo na sua própria mãe, tentando encontrar exemplos de como se comportar e se preparar para a chegada do novo elemento. A avaliação dos próprios progenitores faz parte da preparação para a maternidade e da procura de modelos bons. Neste âmbito, a gravidez pode ativar memórias afetivas e emoções de como foi ser filho e fazer reviver velhos medos de rejeição e abandono parental (Colman & Colman, 2004; Cordeiro, 2002). De acordo com Canavarro (2001), a realização desta tarefa tem duas funções: por um lado, o afastamento de posicionamentos extremos que são habitualmente pouco adaptativos e a adoção de comportamentos que considera adequados. Assim, levará a imitar comportamentos semelhantes aos da mãe e outros comportamentos diferentes, em substituição dos que considera disfuncionais ou pouco adaptativos.

Em relação ao presente, o bebé surge como um elemento unificador das gerações, servindo para estabelecer laços e fortificar laços já existentes. Permitindo uma maior aproximação entre pais/avós e filhos/pais (Canavarro & Pedrosa, 2005). Tal como já referimos, o nascimento de um bebé implica grandes mudanças e tem um enorme impacto também na vida familiar dos indivíduos, ao modificar os papéis e funções de toda a família.

Nesta sequência impõe-se ainda uma outra tarefa - *reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro* - que tal como as anteriores exige flexibilização e adaptação aos novos papéis e funções, envolve lidar com as novas questões no relacionamento com o cônjuge/companheiro. O casal vai sentir mudanças a nível do plano afetivo, relacionamento sexual e das próprias rotinas diárias. Esta época surge como um período de risco e de oportunidades. O risco do casal se desencontrar, mas também a oportunidade de conseguirem ascender a níveis mais complexos e gratificantes da sua relação. O casal deixa de ser “o casal” a dois, para passar a ser uma família. A gravidez e a maternidade assinalam a transição da conjugalidade para a parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001).

*Aceitar o bebé como pessoa separada* - já mais próximo do fim da gravidez, outro desafio se coloca, pelo qual a mulher terá de se desligar da gravidez para aceitar o bebé enquanto pessoa separada, com necessidades próprias e específicas. Nesta fase, salienta-se o momento em que a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez e que se concretiza no momento do parto (Justo, 1990). Ao longo da gravidez a mulher sabe que o seu estado vai culminar com o nascimento do bebé, mas é sobretudo no final da gravidez que a sua preocupação e preparação se focam no trabalho de parto, no parto e no bebé (Colman & Colman, 1994).

Neste contexto, há medida que o parto se aproxima as mulheres expressam ambivalência entre a excitação de ter o filho e terminar a gravidez e o desejo de impedir o acontecimento (Mendes, 2002; Smith, 1999). A mulher sabe que a criança que se foi desenvolvendo ao longo de cerca de quarenta semanas, dentro de si, em breve deixará de o estar e que irá nessa altura descobri-la na sua realidade. Os receios tendem também a surgir na cabeça da grávida, o que se traduz por receio do parto e das suas consequências; o receio

de dificuldades de adaptação com o nascimento e o desejo de encontro com o bebé real que pode não coincidir com o bebé imaginado (Bayle, 2005).

O grande desafio que coloca esta etapa na vida da mulher é conseguir de forma harmoniosa flexibilizar a sua forma de estar ligada à criança. Como refere Canavarro (2001) “protegendo-a completamente numas alturas e aceitando, noutras ocasiões, os seus ímpetos súbitos de autonomia” (p.43).

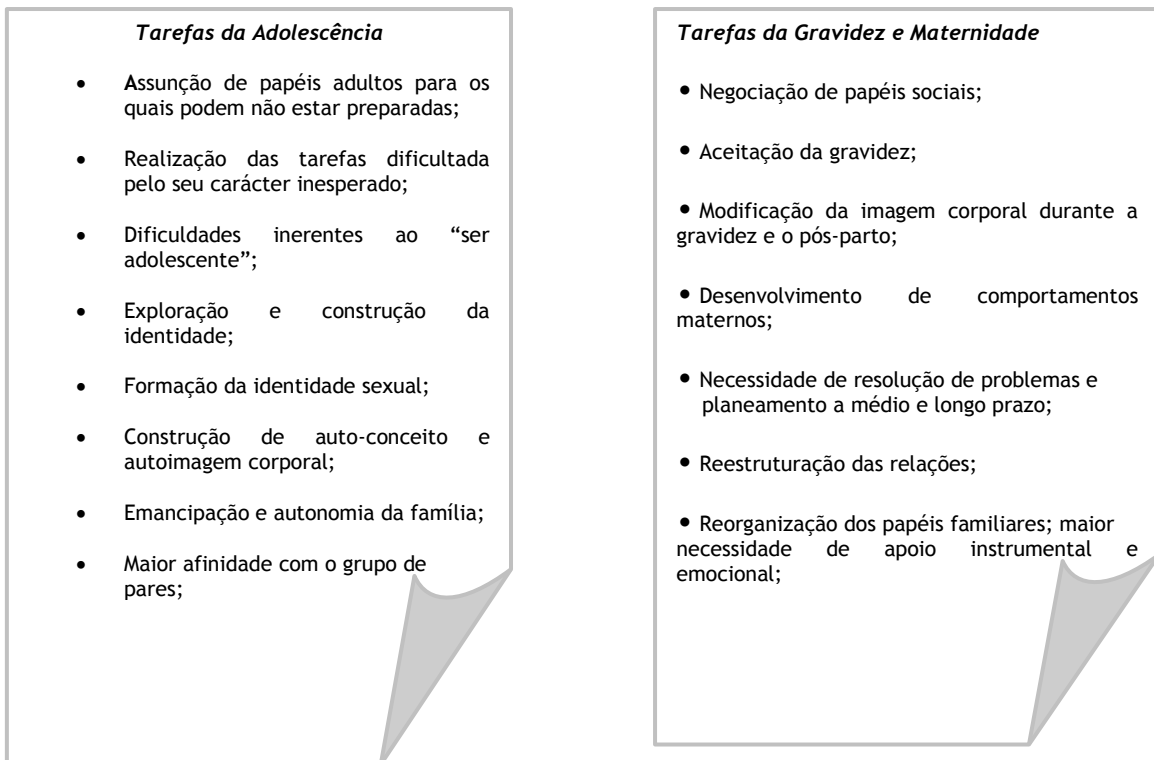
A tarefa de *integrar a identidade parental* exige uma grande capacidade de reorientação, envolvendo aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais (Mercer, 2004). Uma das maiores exigências que se coloca nesta fase ao casal é conseguir responder eficazmente aos seus novos papéis e funções enquanto pai e mãe, não negligenciando a relação conjugal.

Em síntese, podemos referir que num projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é um período que, do ponto de vista psicológico, vai possibilitar a preparação para ser mãe, culminando numa redefinição de papéis e uma integração maturacional. Mais especificamente, ao longo da gravidez os progenitores, vão ter de efetuar um conjunto de tarefas que se colocam como reações normais à mudança e desenvolvimento - ligar-se afetivamente ao bebé, iniciar a reestruturação de relações, de forma a incluir o novo membro, incorporar na identidade a existência do filho e, ao mesmo tempo, aprender a aceitá-lo como uma pessoa separada, com vida própria (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Colman & Colman, 1994).

No contexto específico da gravidez na adolescência, estas tarefas assumem contornos específicos, que importa discutir e detalhar.

A adolescente não vai vivenciar o processo de transição da gravidez para a maternidade e as tarefas a ela associadas da mesma forma que uma mulher adulta. Esta situação é compreensível porque para a grávida adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio desenvolvimental muito exigente, pois “*as jovens grávidas enfrentam uma dupla crise desenvolvimental: a “crise da adolescência” e a “crise da gravidez”*” (Soares et al., 2001, pp. 360).

Engravidar durante os anos da adolescência pode ser conceptualizado como um acontecimento de vida que não é normativo, uma vez que implica respostas que não fazem parte do repertório comportamental das jovens e faz convergir tarefas oriundas de diferentes fases desenvolvimentais - adolescência e gravidez - correspondentes a situações que habitualmente não são coincidentes no tempo e que são muitas vezes antagónicas na sua essência (cf. Figura 3; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001).



**Figura 3: Gravidez na adolescência: Dupla exigência de tarefas desenvolvimentais (adaptado de Canavarro, 2001)**

A gravidez que ocorre durante os anos da adolescência vai colocar em causa o processo normativo, na medida que adia e altera a resolução das tarefas normativas da adolescência e simultaneamente exige que a adolescente lide com as tarefas da gravidez e maternidade, para as quais em termos desenvolvimentais ainda não está preparada (Jongenelen, 2003).

Passemos agora a descrever a convergência decorrente de tarefas e processos oriundos de diferentes fases desenvolvimentais.

A *aceitação da gravidez* constitui, como vimos, a primeira tarefa desenvolvimental. De entre as jovens que engravidam, a maioria não o desejou (Finer & Henshaw, 2006) nem planeou a gravidez (MacKay & Duran, 2007; WHO, 2007).

Figueiredo, Pacheco e Magarinho (2005), ao compararem um grupo de grávidas adolescentes com um grupo de grávidas adultas, na zona do Porto, concluíram que as adolescentes além de referirem mais frequentemente que a gravidez não foi planeada, referem com significativa frequência ser uma gravidez indesejada.

O planeamento e o desejo de engravidar e a própria gravidez, envolvem uma necessidade de reajustamento em várias dimensões: mudança de identidade, nova definição de papéis e novos níveis de integração (Teixeira & Leal, 1995). O carácter súbito de um acontecimento tende a deixar o sujeito sem controlo e as suas consequências podem complicar-se (Vaz Serra, 1999). Quando a mulher efectua um processo de avaliação acerca do seu estado atual de gravidez inicia um processo de confronto com a situação. Não desejar a gravidez pode provocar sentimentos e expectativas negativas na gestante acentuando, desta forma, os níveis de ansiedade e conseqüentemente os efeitos psicológicos adversos que tais níveis de ansiedade provocam (Carvalho, Loureiro & Simões, 2007; Gurung et al., 2005).

As jovens ao terem de assumir responsabilidades e papéis de adultas precocemente e ao perspetivarem esta gravidez como um acontecimento que vem interromper as tarefas da adolescência, ficam expostas a maiores níveis de *stress* o que pode implicar inicialmente um desinvestimento afetivo. Segundo Carlos e colaboradores (2007), do ponto de vista emocional, quando uma adolescente confirma a sua gravidez, produz-se uma reação geralmente negativa, com sentimentos de tristeza e medo da reação dos pais e do companheiro.

Durante o período gestacional algumas das manifestações mais comuns referidas pelas adolescentes são: medo do parto, medo da criança não nascer bem e de abortar (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005), ansiedade em relação à troca de papéis e medo de não saber cuidar do bebé (Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005).

À medida que o tempo de gestação avança e apesar de um impacto inicial negativo, o significado da gravidez vai sendo reavaliado e em muitas situações a maternidade acaba por ser avaliada de uma forma positiva (Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008) e no terceiro trimestre surgem mudanças significativas na aceitação da gravidez, que se traduzem por uma melhoria da aceitação por parte da grávida, do companheiro e das famílias de ambos (Figueiredo et al., 2006).

Excetuando os casos em que a gravidez foi planeada, as jovens não estão à espera da gravidez, não tinham elaborado um projeto de maternidade e conseqüentemente não se imaginam como mães, “não estando disponíveis psicologicamente para receber uma criança e para responder a todas as exigências que a relação materna acarreta” (Carlos et al., 2007, pp. 186).

Numa primeira fase da gravidez, é compreensível que comportamentos de ambivalência afetiva surjam em relação à maternidade, à aceitação do bebé e às mudanças que este estado implica (Colman & Colman, 1994; Justo, 1990). Nestes primeiros tempos, mesmo quando uma gravidez é planeada e desejada os sentimentos de incerteza (Smith, 1999) e ambivalência são experimentados pelas mulheres adultas e poderão ser potenciados nas grávidas adolescentes. Este tempo de espera contribui, muitas vezes, para que a jovem adie o início da vigilância da gravidez. De acordo com Lourenço (1998), o fato das adolescentes grávidas raramente planearem a sua gestação, contribui para que a experienciem de forma ambivalente e conseqüentemente têm uma assistência pré-natal lacunar. As adolescentes justificam o fato de iniciarem os cuidados pré-natais numa fase

avançada da gestação por desconhecerem que estão grávidas (Pinho, 2009) e por não quererem que se soubesse que estavam grávidas (Carlos et al., 2007).

Resultado de uma transição desenvolvimental assíncrona, associada à confluência da gravidez e maternidade, estas jovens vão ter de lidar concomitantemente, não só com os desafios das tarefas desenvolvimentais típicos da adolescência, mas também com as mudanças e *stress* associados à gravidez e às tarefas da maternidade. Começando pela identidade sexual, estas adolescentes têm de lidar juntamente com as mudanças corporais e sexuais pubertárias relativas ao seu corpo sexuado de adolescente e com as mudanças corporais decorrentes da gravidez, integrando-as numa identidade corporal adaptada (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001). O corpo, a perceção do corpo e da aparência física, são questões que surgem como prioritárias e determinantes para o desenvolvimento durante os anos da adolescência (Cordeiro, 2006). Assim, “considerar a dimensão corporal, como parte integrante do *self* em movimento, torna-se de extrema importância na gravidez na adolescência...” (Jongenelen, 2003, pp.177).

No primeiro trimestre é frequente a jovem envolver-se em períodos de autorreflexão ou questionamento, em relação às transformações do seu corpo, equacionando as mudanças que vai experienciar na sua aparência física. As mudanças corporais que se sucedem ao longo dos meses de gravidez são acompanhadas, muitas vezes, de sentimentos de perda da autoestima devido à incapacidade de sedução e perceções subjectivas de fraca atratividade física, persistindo a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez (Silva & Figueiredo, 2005). Não é invulgar ouvir as jovens referirem um sentimento de bizarria ou estranheza em relação ao seu corpo em mudança constante e acelerada (Lourenço, 1998).

Com o avançar da gravidez, *aceitar a realidade do feto*, como entidade física e psicológica distinta, é uma nova tarefa com que a adolescente vai ter que lidar.

As mudanças cognitivas mais importantes neste período de vida estão relacionadas com a aquisição da capacidade dos adolescentes para pensarem de forma abstrata e em termos hipotéticos e de se envolverem em estratégias de processamento da informação cada vez mais sofisticadas e elaboradas. Assumir um papel parental antes de alcançar este nível de pensamento, pode ter consequências negativas para os pais e mães adolescentes. Ao nível cognitivo a jovem ainda não possui capacidade para racionalizar as consequências futuras, decorrentes do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com situações de risco, como gravidez não planejada ou desejada (Godinho, Schelp, Parada & Bertoncello, 2000).

Uma das dificuldades associadas à vivência da maternidade na adolescência, está relacionada com as características cognitivas das adolescentes que surgem muitas vezes pouco compatíveis com o período da maternidade. Referimo-nos ao egocentrismo e narcisismo, característico da adolescência, às dificuldades de planeamento da ação que não permite à jovem entender as consequências a longo-prazo de uma gravidez (Canavarro &

Pereira, 2001) e dificulta a percepção do seu bebé enquanto realidade separada e distinta com necessidades próprias que podem ser diferentes das suas (Figueiredo, 2001).

O pensamento concreto e mais centrado no presente, dificulta uma resposta bem adaptada à maternidade por parte destas jovens, por exemplo, no que toca à capacidade de se descentrarem das suas próprias necessidades e compreenderem o investimento e compromisso que a gravidez implica. Como referem Colman e Colman (1994) as mulheres mais conscientes das mudanças que a gravidez implica, constroem uma visão mais realista do bebé e do que é ser mãe.

As limitações impostas pela imaturidade cognitiva aliada às tarefas psicossociais da adolescência, contribui para que as jovens sintam dificuldade em centrar-se na maternidade e dar prioridade às necessidades do bebé em detrimento das suas próprias necessidades. “São jovens que estão muito envolvidas nas tarefas desenvolvimentais da adolescência e não se conseguem “descentrar” dos seus sentimentos e desejos de adolescente para se sintonizar física e emocionalmente à maternidade” (Carlos et al., 2007, pp. 192).

No âmbito da *reestruturação relacional*, a partir do momento que as jovens sabem que estão grávidas e que vão ser mães, vai obrigar a uma reavaliação e recapitulação da relação com os seus pais e com o companheiro.

Durante a adolescência, os jovens começam a ter maior controlo nas suas decisões, emoções e ações e começam a libertar-se do controlo parental. Com o aumento da importância atribuída aos pares, existe um movimento de maior independência e autonomia por parte do adolescente em relação à sua família. O desejo e a luta pela autonomia constituem uma tarefa crucial neste período da vida (Crosby et al., 2009; Eccles, 1999). Canavarro e Pereira (2001) alertam para o conflito que pode resultar deste movimento centrífugo de maior independência e autonomia, característico da adolescência, ao ser limitado pela situação de gravidez.

Numa etapa de desenvolvimento que deveria caracterizar-se por uma progressão para a independência e autonomia, uma gravidez tende a vir interromper esta tendência e conseqüentemente assistimos a uma maior dependência de apoio familiar. A vida relacional passa a ocorrer no seio familiar, longe do grupo de pares, ficando as jovens privadas das possibilidades deste contexto propício ao desenvolvimento das suas relações e competências interpessoais (Figueiredo, 2001).

Ao engravidar a rapariga é muitas vezes exposta à perda prematura da condição adolescente (Lourenço, 1998) vendo-se obrigada a gerir um número acrescido de mudanças, para além daquelas que geralmente caracterizam a experiência de maternidade em qualquer idade. Assim, a capacidade da família se envolver e lidar com a gravidez pode influenciar positivamente a adolescente, ajudando-a na preparação para o papel parental (Jongenelen, 2003) e apoiando-a na resolução das tarefas desenvolvimentais da adolescência ou pode dificultar a resolução dessa tarefa se não apoiar a adolescente, onde a expectativa do nascimento do bebé, pode resultar em conflito familiar (Cervera, 1994).

Figueiredo e colaboradores (2006) referem que os resultados que obtiveram, num estudo efetuado na zona Norte, à semelhança do que foi encontrado em outros estudos nacionais (Soares et al., 2001), asseveram a relevância do apoio e da aceitação por parte da família de origem da jovem e do companheiro na adaptação da adolescente à gravidez.

Os dados da investigação na área da parentalidade em geral, e da maternidade adolescente em particular, indicam que a perceção de níveis elevados de apoio social aparece geralmente associada a melhores indicadores em termos de ajustamento emocional e conjugal e a um comportamento parental mais adequado (Pereira et al., 2005; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001).

Dado que para a maioria das adolescentes, a gravidez corresponde a uma situação que não foi planeada nem desejada, constituindo-se como um acontecimento que vai obrigar à gestão de um número acrescido de mudanças e para as quais a adolescente não está preparada, o apoio social fornecido pelos elementos da sua rede social poderá revelar-se de grande importância (Jongenelen, 2003).

No que respeita à composição das redes de apoio e perante a extensa literatura que aborda o tema, a mãe e o companheiro surgem como as principais fontes de apoio emocional e instrumental para a grávida (Jongenelen, 2003). Lourenço (1998) constatou que a família é percecionada como uma importante fonte de apoio, com particular importância a figura materna. Os resultados obtidos no estudo de Jongenelen (2003), efetuado na zona Norte do País, referem que tanto durante a gravidez como no 12.º mês do pós-parto, o cônjuge e a mãe da adolescente são consideradas pelas jovens, como as figuras mais significativas e que lhe prestam mais apoio. Este resultado é consonante com a visão descrita na literatura sobre a temática (e.g. Canavarro & Pereira, 2001; Cervera, 1994; Soares et al., 2001) que sugere que com a gravidez e com a antecipação da maternidade, a adolescente poderá encontrar junto da mãe, a oportunidade de partilhar as suas experiências relativas à gravidez, ao nascimento e prestação de cuidados.

As tarefas e responsabilidades inerentes ao cuidar de um bebé são exigentes, daí que a importância do apoio instrumental nomeadamente o fornecimento de informação e conselhos na prestação de cuidados ao bebé tem sido também destacado (e.g. Logsdon, Gagne, Hughes & Patterson, 2005). Para a jovem grávida que atravessa uma transição de vida não normativa e abrupta, o apoio emocional e financeiro recebido é muito importante para o seu bem-estar (Pereira, 2001).

Um estudo qualitativo efetuado por Spear (2001) constatou que as jovens grávidas referem que dependem muito do amor e suporte emocional das mães e que os laços afetivos foram reforçados durante a gravidez. Cervera (1994) constatou, ao estudar famílias de grávidas adolescentes, que no decurso da gestação, gradualmente, a relação da adolescente com a mãe, caracteriza-se por poucos conflitos e por um elevado nível de apoio da mãe à adolescente.

Numa investigação desenvolvida por Lima e colaboradores (2004), as adolescentes recebiam apoio financeiro e afetivo (63,2%), sobretudo da mãe. Situação semelhante foi

constatada no estudo realizado por Godinho e colaboradores (2000), onde as adolescentes recebiam apoio financeiro dos pais, moravam com eles, e a maioria (85%) referiu ter recebido apoio familiar na gravidez (sobretudo do pai e/ou mãe), assim como após o nascimento do bebé. As mães das adolescentes, mesmo tendo, inicialmente referido sentimentos de rejeição, desgosto e tristeza, acabaram por aceitar a gravidez e cuidar da criança.

Também o apoio e as relações com a família de origem do companheiro assumem um papel importante no ajustamento à gravidez precoce, pelo que não deve ser negligenciado o papel da família em geral (Figueiredo et al., 2006). O mesmo refere Sieger & Renk (2007), ao realçarem o importante papel de apoio proporcionado por elementos da família alargada da jovem. No mesmo sentido, Araújo-Pedrosa (2009), refere que as adolescentes que verbalizam níveis mais elevados de satisfação com o apoio recebido do companheiro e da família deste tendem a percepcionar uma maior competência. Também, um estudo de Kissman (1990), salientou que as mães adolescentes que dispunham de suporte social dos membros familiares, do grupo de amigos e do pai da criança, apresentam maior propensão para prosseguir os seus estudos académicos e/ou percurso profissional.

Os efeitos positivos do apoio familiar no comportamento materno das adolescentes e no desenvolvimento do bebé têm sido destacados em inúmeras pesquisas. Quando a jovem não sente esse apoio, sentimentos de auto-desvalorização, desespero e abandono, podem fazer parte da sua forma de pensar e agir (Carlos et al., 2007). Pelo contrário, quando sentem apoio, isso contribui para a redução do *stress* e ansiedade associada à própria gravidez (Devereux, Weigel, Ballard-Reisch, Leigh, G. & Cahoon, 2009; Jongenelen, 2003), para uma melhor adaptação às mudanças resultantes da gravidez, para a construção do papel parental e para comportamentos maternos mais adequados (Soares et al., 2001).

Contudo, o papel do apoio social não deve ser considerado, de forma linear e uniforme. Se por um lado constitui uma forma de proteção, favorecendo uma maternidade positiva e afetuosa (Coley & Chase-Lansdale, 1998), por outro, muitas vezes, proporciona um sistema complexo, instável e conflituoso (Levandowski et al., 2008) para os cuidados dispensados ao bebé. Alguns estudos mais recentes têm evidenciado os efeitos negativos desse apoio, nomeadamente nos cuidados parentais menos adequados e em níveis de desenvolvimento menos elevados (Figueiredo, 2000).

O apoio social pode ser percecionado pelas mães adolescentes como intrusivo. Por exemplo, Oyserman, Radin e Saltz (1994) verificaram, que contrariamente às suas expectativas, o apoio da avó estava relacionado com interações menos favoráveis da mãe adolescente com o bebé. A este propósito Shapiro e Mangelsdorf (1994), concluem que as adolescentes que recebem altos níveis de apoio instrumental e emocional dos pais tornam-se mais dependentes e menos competentes no desempenho do seu papel materno, o que pode impedir a autonomia da jovem enquanto mãe.

Neste sentido, Canavarro e Pereira (2001) salientam que as avós são modelos de comportamentos adequados e que devem fornecer ajuda, mas simultaneamente devem

potenciar nas jovens mães a autonomia que necessitam para assumir eficazmente a responsabilidade de serem as primeiras fornecedoras de cuidados. “Desta forma, as avós são modelos de comportamentos adequados para as jovens mães, sem existir um descomprometimento total ou um controlo absoluto das responsabilidades parentais” (pp. 349-350).

O nascimento de um filho implica, assim, grandes mudanças e tem um enorme impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos (Relvas & Lourenço, 2001) e modifica de forma irreversível a identidade, papéis e funções da jovem e de toda a família (Colman & Colman, 1994; Relvas & Lourenço, 2001). Com o nascimento do bebé, os filhos passam a assumir o papel de pais e os pais passam a ser avós.

A ocorrência da gravidez adolescente vai conduzir à necessidade de reorganização da família, o que nem sempre acontece de maneira imediata e adequada e, em algumas famílias, pode não chegar a ocorrer. A literatura tem sublinhado o modo idiossincrático com que cada família vai experienciar e lidar com a gravidez na adolescência. Cervera (1994) refere que a antecipação do nascimento do bebé, ao criar um desafio importante, poderá significar uma oportunidade de crescimento, enquanto noutras famílias este acontecimento pode constituir uma situação de crise e rutura. Acrescenta que em algumas famílias, a gravidez poderá manifestar uma continuação das dificuldades já vivenciadas.

Tal como já referimos, a jovem vai deparar-se com um conjunto de situações novas e inesperadas, para as quais a experiência, ou a falta desta, não forneceu ainda respostas eficazes, ou seja, todas estas mudanças surgem num período no qual os recursos pessoais das jovens para lidar com o *stress* estão em pleno desenvolvimento (Soares, 2000). Nesta altura, o suporte prestado pelos avós (sob a forma de suporte instrumental e/ou emocional), se concedido de forma adequada torna-se um fator protetor de adaptação à nova tarefa que se impõe (Canavarro & Pedrosa, 2005). Quando a família não consegue reorganizar-se adequadamente, os papéis familiares ficam mal definidos, não contribuindo para o estabelecimento de uma nova dinâmica familiar (Levandowski et al., 2001).

Convém ainda referir, que o modo como a adolescente vai reavaliar o relacionamento com os pais depende do tipo de relacionamento que teve com os mesmos durante a infância. Investigações realizadas por Mercer (2004) consideram que uma melhor e maior sensibilidade materna foi associada a indivíduos com memórias de aceitação parentais. As grávidas cujos pais falharam na capacidade de lhes transmitir que eram amadas e valorizadas como crianças apresentavam agora pessimismo e tristeza na transição para a parentalidade.

Nesta sequência de tarefas impõe-se ainda uma outra, que tal como as anteriores exige flexibilização e adaptação aos novos papéis e funções. *Reavaliar o relacionamento com o cônjuge/companheiro* envolve lidar com as novas questões no relacionamento e vai assumir contornos específicos na adolescência. Neste contexto, é a situação de gravidez que vai

precipitar o início da vida conjugal, passando a adolescente e o parceiro a viverem juntos ou a casar, durante a gravidez.

Em consequência do egocentrismo adolescente, a capacidade de assunção de papéis adultos e a empatia não são completamente conscientes. Na perspectiva de Erikson (1959), referido em Sprinthal e Collins (2003), “muitos jovens casam-se nestas circunstâncias; esperam encontrar-se a si mesmos, ao encontrarem outra pessoa...para que duas pessoas construam uma união verdadeira, cada uma delas tem de encontrar-se primeiro a si própria” (pp.442). Esta mudança de estatuto matrimonial ocorre num período de formação da identidade, pelo que o adolescente não está preparado para a intimidade psicológica, para integrar as diferentes emoções que acompanham um relacionamento.

A resolução de uma gravidez não planeada e desejada parece passar frequentemente pela conjugalidade que não estava prevista e que vai obrigar a adolescente e o companheiro a funcionarem como casal, ao mesmo tempo que estão a preparar-se e antecipar a chegada do filho (Jongenelen, 2003). A literatura tem salientado, que o casamento na adolescência, sobretudo se resultante de uma gravidez, apresenta menores níveis de estabilidade conjugal, resultando muitas vezes em separação ou divórcio (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Westman, 2009).

A gestão de um número acrescido de mudanças, para além daquelas que geralmente caracterizam a experiência de maternidade em qualquer idade, pode ajudar a explicar a deterioração da relação com o pai do bebé durante a gestação (Figueiredo et al., 2006). Geralmente, a gravidez adolescente é fruto de uma relação pouco consolidada e com um tempo de namoro curto (Carlos et al., 2007), além disso, a maioria destas adolescentes engravida fora do casamento ou de uma relação afetiva pouco estável (Lourenço, 1998).

Figueiredo e colaboradores (2006), ao caracterizarem as condições da gravidez na adolescência numa amostra de 161 utentes da Maternidade Júlio Dinis (Porto - zona Norte), concluem que uma importante fonte de dificuldades é a drástica mudança no estatuto matrimonial e no relacionamento com o companheiro (que piora) ao longo da gestação. De acordo com as autoras os resultados mostram que um número significativo de adolescentes passou a viver com o companheiro e que 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).

O companheiro vai ter de abandonar o papel de parceiro romântico exigindo-se a formação de uma nova aliança emocional, a aliança parental, no sentido de comunicar em torno de questões de âmbito parental e de partilhar experiências e decisões relativas à criança (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Se durante o tempo de namoro a jovem e o namorado não conseguiram desenvolver o seu sentido de identidade como casal, o desenvolvimento da intimidade e o estabelecimento da aliança parental podem ser ainda mais dificultados (Jongenelen, 2003).

Por último, importa compreender a forma como as tarefas de *aceitar o bebé, como pessoa separada e integrar a identidade materna* vão ser vivenciadas no contexto da gravidez e maternidade na adolescência.

Muitas grávidas adolescentes, em consequência do seu pensamento concreto e da dificuldade em antecipar as consequências dos seus atos, apresentam dificuldades em prever as exigências futuras que um bebé suscita (Figueiredo, 2001; Westman, 2009). Num estudo efetuado em 2005, muitas jovens, quando questionadas sobre as mudanças que a chegada do bebé pode provocar, acreditavam que não seriam alterações significativas. Segundo os autores, estas expectativas demasiado positivas podem dificultar uma preparação adequada para assumir as exigências do desempenho do papel materno (Frizzo et al., 2005).

Muitas adolescentes tendem a referir uma vivência idealizada da vida conjugal e da maternidade, minimizando as dificuldades e criando um cenário idílico relativamente ao seu caso concreto. As adolescentes não conseguem perspetivar que o nascimento de uma criança vai provocar grandes alterações nas suas vidas, as noites sem dormir, o choro de uma criança em casa, pouco tempo disponível para si, que exigem adaptações e reestruturações nos seus relacionamentos e rotinas. A este respeito Colman e Colman referem que “os pais idealizam, muitas vezes, uma criança mágica, que é mais uma projeção da perfeição do que uma criança real” (1994, pp.185).

O fato de algumas adolescentes fantasiarem e apresentarem expectativas irrealistas acerca do bebé, pode impedir que a criança seja perspetivada como ser individual com necessidade específicas, ou seja, como uma entidade separada e não como parte de si próprio (Colman & Colman, 1994). Neste contexto, há medida que o parto se aproxima a jovem sabe que a criança que se foi desenvolvendo ao longo de cerca de quarenta semanas, dentro de si, em breve deixará de o estar e que irá nessa altura descobri-la na sua realidade. O parto surge, assim, como um momento de separação biológica abrupta, como uma relação que se interrompe, como um fim de várias fantasias fomentadas pela gravidez, em síntese, como o momento que permite a confrontação com o bebé real. A jovem vai agora ser obrigada a confrontar-se com o seu bebé real e compara-o, ainda que de forma implícita, com o bebé que fantasiou ao longo da gravidez. As fantasias que foi criando acerca do seu aspeto físico, temperamento, padrões de sono, entre outros aspetos, são finalmente confrontadas com o bebé real, uma realidade concreta com as suas particularidades e especificidades (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005).

No âmbito da construção da identidade materna, a gravidez surge como uma antecipação da maternidade, pois é nesta altura que se inicia a formação do *self* (Jongenelen, 2003). De acordo com Mercer (2004), tornar-se mãe, implica um processo de preparação ativo e complexo para a maternidade exigindo às mães uma preocupação com elas próprias e com os seus filhos. Este processo começa quando a mulher tenta ficar grávida ou fica grávida, quando a gravidez é confirmada e quando decide continuar a gravidez.

Conjuntamente com o desenrolar normal das adaptações fisiológicas que acompanham a gravidez, a grávida vai ter ainda de desenvolver e integrar diversas competências e conhecimentos fundamentais para efetuar uma transição segura para a maternidade. Estas adaptações psicológicas integradas num conjunto de tarefas, permitem que a mulher aceite que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente diferente e autónomo e do qual terá de vir a separar-se (Justo, 1990).

Convém referir que o período que se inicia com a gravidez não termina com o momento do parto, dado que com o nascimento do filho a mãe é confrontada com uma multiplicidade de tarefas, de decisões a tomar, de modificações na rotina e no relacionamento familiar e social. Após o nascimento, a identidade materna vai sendo também construída a partir da experiência efetiva com a criança. Durante o primeiro ano de vida a mãe e o bebé vão aprender a viver a vida em conjunto. Muitas exigências e desafios vão exigir que ambos estejam sincronizados (Soares, 2001).

A mãe adolescente passa a ter de desempenhar dois papéis sociais em simultâneo e no contexto social do mundo ocidental aparentemente contraditórios: ser adolescente e ser mãe.

Como referimos a tarefa mais relevante com que se confrontam os jovens é a construção da identidade pessoal, que pode ser conseguida através de um período de exploração ativa de papéis e ideologias, na tentativa de determinar os mais compatíveis com eles (Schultz & Schultz, 2003). Estes fatores, além de outros, promovem o desenvolvimento cognitivo, social e emocional, preparando a adolescente para adotar tarefas de vida adulta. Paralelamente, ser mãe implica a reestruturação das relações, a reorganização dos papéis familiares, a maior necessidade de apoio instrumental e emocional e uma maior dependência da família ou redes de suporte (Canavarro, 2001). Neste sentido, ser adolescente e ser mãe, dificilmente serão condições complementares, podendo criar conflitos e problemas significativos. Como resultado desta transição desenvolvimental assíncrona, estas grávidas encontram-se expostas a um maior *stress*, que pode ser potencialmente prejudicial quer para o seu bem-estar, quer eventualmente para o do próprio filho (Araújo-Pedrosa, 2009).

A investigação empírica mais tradicional caracterizava a gravidez na adolescência como sendo sempre uma situação de risco, como um momento extremamente desorganizador e vivido com grande sofrimento (Lourenço, 1998). Atualmente, o desenvolvimento de investigações empíricas mais sofisticadas, conduziram à falência destes modelos de explicação, uma vez que algumas adolescentes organizam-se internamente de um modo satisfatório (Correia & Alves, 1990), sendo capazes de respostas adaptadas e de trajetórias de desenvolvimento adaptativas; outras parecem adotar trajetórias mais inadaptativas.

Assim, uma linha de investigação mais atual, concebe o fenómeno como complexo e determinado por múltiplos fatores que influenciam não apenas a adolescente mas também a

família, a comunidade e a cultura mais vasta, na qual estão inseridos (Jongenelen, 2003) e com múltiplos resultados desenvolvimentais.

Em seguida, explora-se a relevância da abordagem ecológica dos processos desenvolvimentais, que tem dominado as concepções mais recentes nesta área e que remete para a valorização das interações indivíduo(s)-contexto(s) ao longo do ciclo de vida.

### **2.3. Abordagem ecológica da gravidez na adolescência**

O desenvolvimento humano é um processo multideterminado e dinâmico e, como tal, não ocorre isoladamente de outras transações que se sucedem nos contextos sociais, daí a necessidade de análise do desenvolvimento da adolescente nunca isolada dos contextos relacionais e sociais mais vastos onde a gravidez está inserida.

Uma linha de investigação sobre a temática, de cariz desenvolvimental, tem vindo a emergir, ultrapassando o foco de análise do meramente individual, para o relacional e contextual, em que se procura estudar os contextos de vida significativos e a sua relevância na adaptação da adolescente à transição desenvolvimental da maternidade (Jongenelen, 2003).

Na tentativa de compreender o desenvolvimento, os modelos teóricos foram evoluindo no sentido de abarcarem mais áreas de aplicação e diferentes contextos. Assim, nas teorias e modelos atuais do desenvolvimento, no seio dos quais a Psicopatologia do Desenvolvimento tem sido uma concepção privilegiada, a gravidez adolescente é perspetivada como multideterminada e com resultados desenvolvimentais muito diversos (Canavarro & Pereira, 2001).

Na Psicopatologia do Desenvolvimento, a ênfase está colocada em definir, traçar e compreender as trajetórias normais de desenvolvimento, em especificar os desvios significativos destes percursos normais, em sublinhar as transformações comportamentais que ocorrem quando o indivíduo segue uma trajetória desenvolvimental atípica e identificar os fatores que estão envolvidos na mudança desse percurso. A dupla focalização na competência face à adversidade por um lado e, por outro lado, na continuidade da inadequação é a essência da investigação sobre o risco e, logo, a compreensão da natureza das trajetórias de desenvolvimento é fundamental (Soares, 2000).

Podemos referir ainda que a Psicopatologia do Desenvolvimento invoca ao reconhecimento da necessidade de estudar o desenvolvimento normal para melhor compreender o atípico, tendo por base a concepção da psicopatologia como um esforço adaptativo (Stroufe, 1989) e, assim, da coerência da adaptação, o que leva a uma dupla focalização nas trajetórias adaptativas e inadaptativas.

Nesta linha, uma das tendências atuais está relacionada com a adoção de uma perspetiva ecológica ou contextual, que reconheceu a importância da interação entre o

indivíduo e os seus contextos para o estudo e compreensão do desenvolvimento humano. As conceptualizações ancoradas no campo da Psicopatologia do Desenvolvimento, nomeadamente o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1977, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), reconhecem a complexidade inerente ao processo de adaptação, na medida que contemplam a importância de um vasto conjunto de variáveis quer intrafamiliares, quer ambientais, enquanto aspetos que influenciam o desenvolvimento, constituindo-se como enquadramento teórico propício ao estudo e análise dos determinantes da adaptação perante situações indutoras de *stress*, sejam elas normativas ou não normativas (e.g. ocorrência de gravidez na adolescência).

O modelo bioecológico supera uma perspetiva unidimensional e envolve quatro componentes interrelacionados (pessoa-processo-contexto-tempo)<sup>23</sup>. A dimensão *processo* implica as relações dinâmicas entre o indivíduo e o contexto. Assume um papel crucial, pois refere-se a formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente (processos proximais), que atuam ao longo do tempo e são postulados como o mecanismo primário na construção do desenvolvimento humano, entendido enquanto “estabilidade e mudança nas características biopsicossociais dos seres humanos ao longo do ciclo de vida e através das gerações” (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p.995).

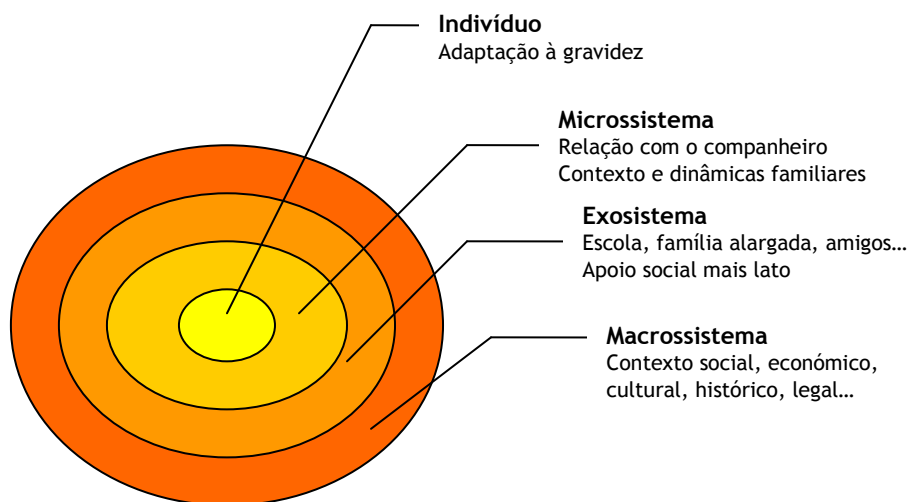
Bronfenbrenner propõe, no modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, a existência de quatro sistemas influentes no desenvolvimento humano: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Bronfenbrenner, 1977). O *microssistema* consiste no padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experimentados pelo indivíduo em desenvolvimento, num dado contexto; o *mesossistema* refere-se aos contextos nos quais a pessoa interage ou, por outras palavras, agrupa as interrelações entre numerosos microssistemas; o *exossistema* é composto por contextos que não envolvem diretamente o indivíduo, nem onde este tem participação direta, mas que influenciam o seu desenvolvimento; o *macrosistema* corresponde ao nível mais abrangente do desenvolvimento humano e integra os contextos culturais e o conjunto de valores e crenças que atuam sobre os níveis anteriores (Bronfenbrenner, 1977, 1979).

São vários os contextos em que podem atuar fatores que antecedem e se sucedem à gravidez na adolescência, influenciando decisivamente a sua ocorrência e a adaptação à maternidade dela resultante (Araújo-Pedrosa, 2009); o modelo bioecológico ultrapassa uma perspetiva unidimensional do desenvolvimento do indivíduo, integrando-o num contexto

---

<sup>23</sup> A dimensão *processo* implica as relações dinâmicas entre o indivíduo e o contexto. A *pessoa* que inclui as suas características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais; O *Contexto* do desenvolvimento, conceptualizado como um conjunto de sistemas que, integrados, constituem a ecologia do desenvolvimento ontogénico; e finalmente, o *Tempo*, que envolve um conjunto de dimensões temporais, nomeadamente o tempo ontogénico (tempo de vida individual - nascimento - morte), o tempo familiar (localização de cada indivíduo relativamente às gerações anteriores e futuras) e o tempo histórico (referente ao sistema cultural e social que existe na vida do indivíduo e as mudanças que ocorrem neste sistema durante a vida) (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

dinâmico e multidimensional, em diferentes níveis de organização tais como biológico, psicológico, social, relacional, familiar, institucional, comunitário, cultural e histórico. Os vários sistemas e subsistemas não se exercem de forma autónoma mas através da integração dos seus efeitos de interação (cf. figura 4).



**Figura 4: Uma abordagem ecológica no estudo da adaptação à gravidez na adolescência (adaptado de Canavarro & Pedrosa, 2005)**

Com a prevalência atual dos modelos multifatoriais do desenvolvimento, tem vindo a ser dada importância aos contextos relacionais e sociais de vida, como parte integrante do desenvolvimento, que esteve, em geral, ausente na conceptualização e investigação empírica na gravidez na adolescência (Jongenelen, 2003).

A investigação psicológica na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado identificar aspetos que podem contribuir para que uma jovem, em processo de formação e desenvolvimento, engravide. Atendendo à multiplicidade de fatores que caracterizam a gravidez nesta fase do ciclo de vida e para uma melhor compreensão deste fenómeno multissistémico, importa esclarecer os múltiplos fatores de risco associados aos contextos individuais, relacionais e sociais das jovens que engravidam.

Assim, no próximo capítulo, vamos deter-nos nos fatores antecedentes associados à ocorrência de gravidez na adolescência.

---

***Gravidez na adolescência: contextos de influência | 3***



## Gravidez na adolescência: contextos de influência | 3

### 1. Contextos de influência associados à etiologia de gravidez na adolescência

O contributo de diversos fatores, nomeadamente, a maior participação da mulher na vida laboral e social e o aumento da escolaridade fizeram com que a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependessem de outros papéis, além dos tradicionais de esposa e de mãe. Nesta conjuntura, a gravidez na adolescência adquiriu, ao longo do século XX, e sobretudo a partir da década de 70, o estatuto de problema social e de saúde pública nas sociedades desenvolvidas, particularmente, nos países ocidentais.

Os enquadramentos conceptuais da maternidade na adolescência reportam-se a dois aspetos: à compreensão dos seus antecedentes (fatores de risco) e à verificação das suas consequências (impacto desenvolvimental). Com a prevalência atual dos modelos multifatoriais do desenvolvimento, tem aumentado a atenção não só aos fatores de risco e à interação entre eles, mas também à presença de fatores protetores que interagem com os anteriores (Figueiredo, 2001). Neste âmbito, a investigação dos antecedentes e, mais tarde, dos resultados desenvolvimentais de uma gravidez adolescente, começou por valorizar os aspetos sociodemográficos e apenas mais recentemente se debruçou sobre a importância da componente psicológica neste fenómeno (Coley & Chase-Lansdale, 1998).

Numa revisão de estudos efetuada durante duas décadas (Miller, Benson & Galbraith, 2001), foram identificados os seguintes fatores de risco associados a uma gravidez precoce: desvantagem socioeconómica; famílias monoparentais; gravidez adolescente da mãe ou de uma irmã; puberdade precoce; défice de comunicação entre pais e filhos acerca da

sexualidade; existência de outros comportamentos de risco (e.g. consumo de álcool, drogas e tabaco) e comportamentos sexuais de risco praticados pelo grupo de pares.

Kirby (2001) através de uma revisão que abrangeu cerca de duzentos e cinquenta estudos, identificou mais de cem razões que parecem potenciar um início mais precoce da atividade sexual na adolescência, tais como (a) características biológicas, (b) fatores económicos, (c) estrutura familiar, (d) influência dos pares, (e) relação com a escola, (f) características da comunidade, (g) crenças e atitudes sobre sexualidade, entre outros.

Este autor organizou em *clusters* os fatores de risco e proteção<sup>24</sup> dos comportamentos sexuais e gravidez na adolescência. Conjuntamente, todos estes fatores identificados retratam um panorama detalhado e complexo (cf. Quadro 2).

---

<sup>24</sup> De acordo com Kirby (2001) os antecedentes que aumentam as possibilidades de envolvimento em comportamentos sexuais de risco e gravidez são chamados "fatores de risco" aqueles que reduzem as probabilidades são chamados de "fatores de proteção"

**Quadro 2 - Fatores Antecedentes dos comportamentos sexuais e gravidez na adolescência**

COMUNIDADE	FAMÍLIA	JOVEM
<p><b>Desvantagem Comunitária</b></p> <p>(+) habilitações escolares elevadas                      (-) taxas elevadas de desemprego                      (+) alto nível socioeconómico                      (-) taxa de criminalidade elevada</p> <p><b>PARES</b></p> <p><b>Atitudes e Comportamentos dos Pares</b></p> <p>(+) amigos com bom aproveitamento escolar                      (-) pares que consomem substâncias e que exibem comportamentos desviantes                      (-) pares que já iniciaram atividade sexual                      (+) atitudes positivas dos pares na utilização de métodos contraceptivos</p> <p><b>COMPANHEIRO</b></p> <p><b>Atitudes do Companheiro</b></p> <p>(+) Aprovação do companheiro para utilizar métodos contraceptivos</p>	<p><b>a) Estrutura Familiar dos Jovens</b></p> <p>(+) família nuclear (2 pais)                      (-) Alterações no estatuto marital dos pais                      (+) pais com elevadas habilitações escolares                      (+) pais com alto nível socioeconómico</p> <p><b>b) Relacionamento e Dinâmica Familiar Positiva</b></p> <p>(+) apoio parental e proximidade familiar                      (+) monitorização e supervisão parental</p> <p><b>c) Atitudes Familiares e Modelos Parentais de Comportamento Sexual e Gravidez Adolescente</b></p> <p>(-) mãe com idade precoce no início da atividade sexual e na primeira gravidez                      (-) mãe solteira                      (+) valores parentais de desaprovação face ao relacionamento sexual precoce ou pré-marital                      (+) valores parentais positivos acerca da utilização de métodos contraceptivos                      (-) irmãs mais velhas que iniciaram precocemente a atividade sexual ou tiveram uma gravidez adolescente</p>	<p><b>a) Antecedentes Biológicos</b></p> <p>(-) jovens mais velhos e com maior maturidade física                      (-) níveis hormonais elevados</p> <p><b>b) Etnia</b></p> <p>(+) Raça branca (vs negros ou hispânicos)</p> <p><b>c) Ligação e Sucesso Escolar</b></p> <p>(+) bom aproveitamento escolar                      (+) expectativas académicas e projetos para o futuro</p> <p><b>d) Afiliação com Instituições Religiosas</b></p> <p>(+) participação assídua em atividades religiosas</p> <p><b>e) Comportamentos de Risco</b></p> <p>(-) consumo de tabaco, álcool ou drogas                      (-) problemas comportamentais ou delinquência                      (-) outros comportamentos de risco</p> <p><b>f) Distúrbios Emocionais</b></p> <p>(-) níveis elevados de stress                      (-) depressão                      (-) ideação suicida</p> <p><b>g) Relacionamento com os Companheiros</b></p> <p>(-) relacionamentos precoces                      (-) relacionamentos duradouros e estáveis                      (-) número elevado de parceiros                      (-) companheiro mais velho (3 ou mais anos)</p> <p><b>h) Abuso Sexual</b></p> <p>(-) história de abuso sexual</p> <p><b>i) Conhecimentos, atitudes e crenças acerca da sexualidade</b></p> <p>(+) atitudes conservadoras acerca da atividade sexual pré-marital                      (+) importância de evitar a gravidez e IST's                      (+) bom conhecimento acerca dos métodos contraceptivos                      (+) atitude favorável à utilização de métodos contraceptivos                      (+) boa perceção de autoeficácia na utilização de métodos contraceptivos</p>

(+) fator protetor/ (-) fator de risco

Adaptado de Kirby (2001)

No mesmo sentido, uma investigação efetuada em cinco países desenvolvidos (Canadá, França, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos), sugere que a gravidez na adolescência é mais frequente entre as jovens com baixo nível socioeconómico e baixo nível de escolaridade (Singh et al., 2001). Mais recentemente, Imamura e colaboradores (2007)

através de uma revisão sistemática abrangendo vinte e cinco países da União Europeia, procuraram identificar fatores de risco associados à gravidez adolescente, salientando como fatores mais consistentes o baixo nível socioeconómico, a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional.

Em Portugal os estudos revelam a mesma tendência. Apesar de transversal aos vários setores da sociedade (Justo, 2000), a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural, nomeadamente no que toca a situações de pobreza, baixos níveis educacionais, exclusão do sistema de ensino e do emprego (Figueiredo et al., 2006; Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004, 2005), ambientes familiares caracterizados por *stress*, pressão e conflitos, apresentando, deste modo, maior disfuncionalidade e rigidez (Lourenço, 1998) e condições desenvolvimentais adversas na sua história de vida (Figueiredo et al., 2004).

Para facilitar uma revisão mais clara dos fatores antecedentes e associados à gravidez adolescente, optamos por agrupá-los utilizando a perspetiva ecológico-social de Bronfenbrenner (1979), que tem sido utilizada como grelha de orientação em alguns estudos relacionados com a sexualidade e gravidez na adolescência (Araújo-Pedrosa, 2009; Corcoran, 1999; Van Horne, Wiemann, Berenson, Horwitz & Volk, 2009). Não havendo a pretensão de examinar exaustivamente as centenas de variáveis com possibilidade de influenciar estes processos, procuramos destacar algumas que se têm mostrado boas discriminadoras entre os grupos de adolescentes grávidas e não grávidas.

Salientamos que o grupo de grávidas adolescentes é muito heterogéneo e que a gravidez na adolescência se revela um fenómeno multideterminado, com resultados desenvolvimentais diversos (Canavarro, 2001) e como tal esta deve ser encarada como um processo resultante dos múltiplos níveis de transação com as várias ecologias de vida da jovem e, conseqüentemente, da interação entre fatores de diversa ordem (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Pereira, 2001; Soares et al., 2001).

Com estas ideias presentes, serão analisados nos pontos seguintes os principais fatores relacionados com o risco de gravidez na adolescência começando nos fatores individuais.

### 1.1. Fatores Individuais

A investigação tem revelado entre as múltiplas circunstâncias que podem proporcionar uma gravidez nos anos da adolescência, o contributo de fatores biológicos, psicológicos e desenvolvimentais (Araújo-Pedrosa, 2009; Pires, 2009).

Uma das transformações significativas durante a adolescência diz respeito, em termos **biológicos**, ao alcançar da maturidade sexual e reprodutiva.

Esta maturidade contribui para a precocidade da atividade sexual, implicando um alargamento do período de tempo em que a gravidez na adolescência é suscetível de

acontecer e constituindo-se, por isso mesmo, como um fator de risco consensualmente apresentado na literatura (Canavarro & Pereira, 2001; Deardorff, Gonzales, Christopher, Roosa & Millsap, 2005; Dunbar, Sheeder, Lezotte, Dabeiea & Stevens-Simon, 2008; Figueiredo, 2001; McKay & Duran, 2007).

Nos últimos cem anos, a idade de início da maturação sexual tem vindo a diminuir, estando o crescimento e o desenvolvimento físico a decorrer de forma mais acelerada (Ferreira, 1996). A idade média da menarca tem vindo a decrescer a uma taxa de 2-3 meses por década, desde o século XIX, resultando numa diminuição global de cerca de três anos (Chen et al., 2007), provavelmente em consequência de melhor nutrição, melhores cuidados de saúde e outros fatores ambientais (Padez & Rocha, 2003).

A idade para a menarca, que nos finais do séc. XIX se situava nos dezassete anos, atualmente, nas sociedades industrializadas inicia-se entre os onze e os dezasseis anos, embora existam casos de puberdade prematura (Pereira, 2001). Estes resultados são consistentes com os obtidos no panorama nacional, segundo os quais, presentemente em Portugal se tem vindo a verificar o decréscimo da idade da menarca ao longo dos últimos séculos, situando-se, em média por volta dos 12 anos (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Assim, a capacidade de procriar surge cada vez mais cedo, mas antes de se alcançar a maturidade cognitiva, emocional e social necessária para a parentalidade (Westman, 2009).

Segundo Miller e colaboradores (2001), vários estudos defendem o papel de influências hereditárias (e.g. idade da menarca) no risco de gravidez na adolescência. Por exemplo, os autores referiram várias investigações onde foi possível encontrar correlações entre a idade da menarca, o início da atividade sexual e a ocorrência de gravidez de mães e filhas. Um outro estudo chegou a resultados semelhantes, ao registar uma relação positiva na idade da menarca e paridade entre gerações (Pouta, Jarvelin, Hemminki, Sovio & Hartikainen, 2005).

À medida que a maturidade sexual surge verificasse um maior interesse em estar com indivíduos do género oposto, a proximidade e intimidade com o grupo de pares tendem a aumentar (Connolly et al., 2000; Sumter et al., 2009), assim como o início da atividade sexual (Bekaert, 2005; MacKay & Duran, 2007; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006; Raffaelli & Crockett, 2003).

Embora a sexualidade seja um aspeto normal da adolescência, quanto mais cedo os adolescentes iniciarem a vida sexual, mais vulneráveis estão às suas consequências negativas, como a gravidez indesejada (Bekaert, 2005; Gavin et al., 2009; Raffaelli & Crockett, 2003).

Nos países mais desenvolvidos existe uma idade cada vez mais precoce para as primeiras experiências sexuais. Os resultados obtidos a partir do Youth Risk Behavior Surveillance (2005) indicam que quase metade dos estudantes do ensino secundário já iniciou a vida sexual e que 6,2% o fizeram antes dos 13 anos de idade (Eaton et al., 2006). No estudo promovido pela Secretaria de Estado da Juventude “Jovens Portugueses de Hoje” (2007)

verificou-se que cerca de 23% dos jovens inquiridos se tornam sexualmente ativos antes dos 16 anos. A iniciação sexual ocorre em média aos 15,4 anos nos rapazes e aos 16,6 anos nas raparigas (Freira et al., 2007). Já os resultados de 2010, do estudo HBSC/OMS referem que a grande maioria dos adolescentes que iniciou a vida sexual (81,8%) teve a primeira relação aos 14 anos ou mais (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Segundo alguns autores, há uma associação direta entre a idade da menarca e a idade da primeira experiência sexual (Deardorff et al., 2005; Farber, 2009). Farber (2009) sublinha que cerca de 40% das adolescentes que atingem a menarca até aos 11 anos de idade tendem a ser sexualmente ativas com cerca de 13 anos, enquanto apenas 10% das meninas cuja menarca ocorreu mais tardiamente são sexualmente ativas aos 14 anos de idade

Não podemos descurar os contributos dos aspetos culturais, sociais, emocionais e relacionais na compreensão deste início precoce da atividade sexual. Apesar de vários estudos demonstrarem que os adolescentes iniciam relações sexuais mais cedo, o início desta atividade não está contudo associado a um conhecimento adequado acerca de vários aspetos da sexualidade (Frappier et al., 2008; Manlove & Terry, 2000; Perkins & Borden, 2003), ao uso eficaz e consistente de métodos contraceptivos (Grunbaum et al., 2002; Santelli et al., 2006a), o que aumenta, não só o risco de gravidez, como também de IST (Fergus et al., 2007).

Algumas características psicológicas parecem também favorecer o risco para uma vivência precoce da gravidez. Características como a impulsividade, a predominância do pensamento concreto, a dificuldade de abstração para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais, não favorece o planeamento do relacionamento sexual, nem o uso de métodos contraceptivos (Fergus et al., 2007; Figueiredo, 2001), contribuindo para o aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente (Figueiredo, 2000, 2001). Esta imaturidade psicológica e cognitiva contribui ainda para percecionar a tarefa de cuidar de um bebé como fácil e pouco exigente, aumentando o risco de uma gravidez precoce.

Quanto aos **fatores de ordem sócioemocional**, os resultados das investigações não são consensuais. Alguns autores referem que determinados aspetos de personalidade - como locus de controlo externo (Young, Martin, Young & Ting, 2001), instabilidade emocional (Soares et al., 2001) - bem como os sentimentos de desvalorização e baixa autoestima (Dangal, 2005; Lourenço, 1998; Sieger & Renk, 2007) aparecem relacionados com a gravidez na adolescência. Contudo, Goodson, Buhi e Dunsmore (2006) numa revisão sistemática abrangendo as últimas duas décadas, salientam que a maioria dos estudos analisados não estabelece qualquer relação entre autoestima e as intenções, atitudes e comportamento sexual dos adolescentes.

Neste âmbito, é ainda de referir que as jovens que engravidam nesta fase do ciclo de vida tendem, também, a ser mais propensas a manifestar outros problemas de comportamento (Cooper, 2002; Matos, Gonçalves, Gaspar & Dias, 2008; Parkes et al., 2007;

Poulin & Graham, 2001), tais como consumo de tabaco e abuso de álcool ou drogas (Parkes et al., 2007). O efeito provocado pelos consumos diminui o uso de preservativo, aumentando a possibilidade de transmissão de doenças sexuais e de uma gravidez não desejada.

Como mencionado no capítulo 1 (cf. ponto 3.2), os estudos mostram que existe uma relação positiva entre as intenções, atitudes e as crenças positivas face à atividade sexual e a atividade sexual propriamente dita; bem como uma relação positiva entre as intenções, atitudes e crenças negativas face à atividade sexual e a abstinência (Buhi & Goodson, 2007). A intenção ou a motivação para iniciar a atividade sexual é um dos fatores preditores mais referidos para uma iniciação sexual precoce (Sieverding et al., 2005). Acrescente-se, ainda, alguns mitos construídos relacionados com a gravidez, nomeadamente, “nesta fase do ciclo não há problemas”; “gravidez ou IST’s só acontecem aos outros”, “não engravidou na primeira vez” (Bekaert, 2005, pp. 59).

A diminuição da probabilidade de iniciar precocemente a vida sexual parece estar relacionada com aspetos religiosos. As adolescentes que se assumem como religiosas tendem a iniciar a atividade sexual mais tardiamente e a terem menos parceiros sexuais, ao invés das adolescentes que se descrevem como menos crentes (Kirby, 2001; Wallace & Forman, 1998). Um estudo realizado em Portugal, com 2621 jovens que frequentavam o 10º e o 12º ano de escolaridade, demonstrou que é entre os que se dizem “ateus”, “indiferentes”, “agnósticos e “católicos não praticantes” que se encontra a maior proporção dos que já iniciaram relações sexuais (Vilar & Ferreira, 2009). Também as jovens que têm forte afiliação com instituições religiosas apresentam menor probabilidade de iniciar precocemente a sua vida sexual e mesmo de terem relações sexuais fora do enquadramento marital (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), o que diminui a possibilidade de ocorrência de gravidez nessa fase de vida.

A escola<sup>25</sup> desempenha um papel primordial no processo de desenvolvimento da autoestima e na aquisição de estilos de vida (Samdal, Nutbeam, Wold & Kannas, 1998). Os adolescentes que não prosseguem a escola apresentam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, tais como consumo de tabaco, álcool, drogas e atividade sexual precoce (MacKay & Duran, 2007; Matos & Carvalhosa, 2001a). De acordo com Matos & Carvalhosa (2001) “o afastamento da escola favorece o envolvimento dos adolescentes com outros adolescentes com a mesma falta de laços em relação à escola e, muitas vezes, este fato foi relacionado com um envolvimento em comportamentos de risco para a saúde partilhados pelos pares, como se de uma cultura de grupo se tratasse” (p. 45).

Numa amostra nacional (Simões & Matos, 2008) as autoras concluíram que os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais caracterizam-se por apresentar uma fraca ligação à escola, dado que afirmam mais frequentemente que não gostam nada da

---

<sup>25</sup> A escola assume-se como relevante para o aumento ou diminuição do risco de gravidez, quer concebida enquanto variável individual restrita (na medida em que afeta o funcionamento e a capacidade intelectual das jovens), quer enquanto contexto de iteração da adolescente (Corcoran, 1999).

escola, que faltam às aulas, que o seu aproveitamento se situa abaixo da média e que se sentem muito pressionados pelos trabalhos de casa.

Contrariamente, os adolescentes que prosseguem a escola, que demonstram bom aproveitamento escolar e boa integração no sistema escolar tendem a apresentar menor probabilidade de gravidez precoce, uma vez que esta poderia interferir com as oportunidades atuais e com os projetos futuros (Scarammella et al., 1998). Por outro lado, as responsabilidades inerentes a ter um filho na adolescência poderiam alterar ou dificultar a concretização dos projetos académicos, pelo que as adolescentes com altas expectativas e interesses em relação à escola, possuem maior tendência para a utilização de métodos contraceptivos (Darroch, Singh & Frost, 2001). Consequentemente, estas jovens diminuem o risco de ocorrência de uma gravidez indesejada, mas, caso aconteça têm maior probabilidade de recorrer ao aborto (Coleman, 2006).

Estudos recentes referem, ainda, que as adolescentes que participam em atividades de voluntariado social tendem a apresentar menor propensão para se envolverem em comportamentos de risco (MacKay & Duran, 2007)

É frequente a associação entre gravidez na adolescência e a exposição a **acontecimentos adversos**<sup>26</sup> ao longo da trajetória desenvolvimental (Goicolea et al., 2009; Lansford et al., 2007; Miller, 2001, 2002; Perkins & Borden, 2003). Alguns dos acontecimentos mais referenciados pela literatura são a transgeracionalidade da gravidez na adolescência (Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Pereira, Canavarro, Mendonça & Cardoso, 2005; Pires, 2009), nomeadamente da mãe e/ou de uma irmã (Dangal, 2006), a institucionalização (Gramkowski et al., 2009), os maus-tratos, as perturbações mentais, a desvantagem socioeconómica (Miller, 2002), o divórcio ou a separação dos pais durante a infância (Figueiredo et al., 2006; Miller, 2002; Quinlan, 2003) e a ausência de um ou ambos os progenitores (Dangal, 2006; Goicolea et al., 2009).

Um estudo retrospectivo, efetuado nos E.U.A., com 10.847 mulheres permitiu concluir que um divórcio/separação dos pais durante a infância acresce a probabilidade de comportamentos sexuais de risco, como início mais precoce da atividade sexual e gravidez adolescente e contribui para a menor duração do 1.º casamento (Quinlan, 2003). Este autor referiu ainda que se a separação/divórcio dos pais ocorrer durante a adolescência, aumenta a probabilidade de envolvimento com um maior número de parceiros sexuais.

Fergusson, Horwood e Lynskey (1997), estudaram a influência de experiências de abuso sexual na infância no aumento de comportamentos sexuais de risco durante a adolescência. Verificaram existir uma forte relação entre aquelas e o início precoce de atividade sexual, da ocorrência de gravidez na adolescência, da existência de múltiplos

---

<sup>26</sup> As circunstâncias perturbadoras a que um indivíduo pode ser exposto durante a infância podem ter repercussões prejudiciais na vida adulta porque o ser humano é apanhado numa fase formativa com poucos recursos e defesas psicológicas e consequentemente muito vulnerável (Vaz Serra, 1999).

parceiros sexuais, de envolvimento em relações sexuais desprotegidas e conseqüentemente de doenças sexualmente transmissíveis.

Outros autores têm sugerido que as jovens que sofreram abuso sexual, apresentam uma probabilidade duas vezes maior de terem uma gravidez precoce, comparativamente com aquelas que não vivenciaram este tipo de acontecimentos de vida adversos (Noll, Shenck & Putnam, 2009). Analogamente, Francisco e colaboradores (2008) através de uma revisão sistemática abrangendo 13 estudos, concluíram que a maioria (n=9) referia a existência de uma relação entre o abuso sexual na infância e a ocorrência de gravidez adolescente.

Estes resultados levaram muitos investigadores a apresentar evidências que a adversidade na infância cria uma vulnerabilidade para a vivência de uma gravidez precoce, seja por potenciarem o início precoce da atividade sexual (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997; Quinlan (2003); Goicolea et al., 2009; WHO, 2007), seja pela utilização menos consistente ou ineficaz de métodos contraceptivos (Fergusson et al., 1997; Goicolea et al., 2009).

## **1.2. Fatores Relacionais**

A literatura tem vindo a evidenciar a existência de um conjunto diverso de fatores de risco ou de proteção que estão associados aos comportamentos sexuais. Entre estes tem aumentado o interesse em compreender o impacto de fatores envolvimentoais como a família, o grupo de pares e as relações amorosas na adoção e manutenção de comportamentos sexuais nos adolescentes (DiClemente et al., 2001). Em seguida, passamos a descrever o contributo destes vários contextos para a problemática em causa.

### **1.2.1. Contexto Familiar**

A procura de autonomia que caracteriza a adolescência e que implica algum distanciamento relativamente aos pais, levou alguns autores a desvalorizarem o papel da família na segunda década de vida. Contudo, o que parecem sugerir as investigações mais recentes, é que o processo de individuação coexiste com a manutenção da qualidade da relação parental e enfatizam o papel central que desempenham os pais durante esta fase da vida (Coleman & Hendry, 2003; Wilkinson, 2010). A qualidade da relação com os pais surge como o preditor mais consistente da saúde mental e bem-estar geral dos adolescentes (Resnick et al., 1997).

Um vasto conjunto de variáveis familiares tem sido referido no risco de gravidez na adolescência (a este propósito, cf. Miller et al., 2001, para uma revisão compreensiva).

Influências familiares que vão desde a transmissão hereditária ou biológica de características individuais (e.g., a idade precoce da menarca, níveis hormonais e genes), aos fatores contextuais e estruturais das famílias (e.g. grau de escolaridade dos pais, estado civil e n.º de irmãos) até às práticas educativas parentais (e.g. supervisão e monitorização adequada), têm sido apontados como fatores que podem potenciar a ocorrência de uma gravidez precoce.

Como mencionado anteriormente, os estudos na área da gravidez na adolescência tendem a caracterizar este fenómeno como pertencendo a um conjunto de problemas relacionados, tais como, o baixo nível socioeconómico (Boden, Fergusson & Horwood, 2008), famílias monoparentais (Freira et al., 2007), reduzidas habilitações escolares (Carvalho & Canavarro, 2010; Pereira et al., 2005) e transgeracionalidade da gravidez na adolescência (Bonell et al., 2006; East, Reyes & Horn, 2007). Neste contexto, não é de estranhar que a maioria das investigações se centre principalmente nas características sociodemográficas e estruturais das famílias, das grávidas adolescentes.

Ao mesmo tempo que os adolescentes iniciam um movimento de maior independência e autonomia, que constitui uma tarefa crucial neste período da vida (Crosby et al., 2009), aumenta também a sua dependência relativamente aos pais (Pearson, Muller & Frisco, 2006). Neste sentido, alguns autores têm vindo a referir que a integração das adolescentes numa família nuclear, onde sintam orientação e apoio, parece adiar a idade de início da atividade sexual (Kohler, Manhart & Lafferty, 2008; Pearson et al., 2006) e ter um efeito protetor sobre a ocorrência de gravidez na adolescência (Blum et al., 2000; Goicolea et al., 2009).

Estas conclusões são corroboradas, na população portuguesa, com estudos que verificam a existência de uma maior percentagem de adolescentes sem história de gravidez que vive com a família intacta, comparativamente com as adolescentes que engravidam (Carvalho & Canavarro, 2010; Pereira, 2001). Num estudo efetuado com 1449 estudantes, com idades compreendidas entre os 10 e 14 anos de idade, com o objetivo de analisar os fatores associados ao início precoce da atividade sexual, constatou-se que cerca de 12% dos adolescentes que referem já ter tido relações sexuais fazem parte de uma família reconstituída (Simões & Matos, 2008).

Assim, as famílias monoparentais parecem ser um contexto propício para a ocorrência de gravidez precoce. Esta afirmação é corroborada pelos dados da investigação que revelam que pais solteiros ou divorciados apresentam geralmente atitudes mais permissivas face à sexualidade (Thornton & Camburn, citado em Pearson et al., 2006). Viver numa família nuclear intacta parece constituir um fator de proteção para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Diversos estudos têm sugerido a existência de **padrões intergeracionais** nos processos de gravidez na adolescência. Ter modelos de maternidade adolescente na família, por parte da mãe (Bonell et al., 2006; Carvalho & Canavarro, 2010; Pereira et al., 2005) ou de irmãs (East & Kiernan, 2001; East & Jacobson, 2001; East et al., 2007) é uma das variáveis que aparecem como potenciando um maior risco de gravidez precoce. Num estudo, concluiu-se

que as jovens que tinham mães que engravidaram na adolescência, apresentavam maior propensão para a ocorrência de uma gravidez aos 15/16 anos de idade, comparativamente com as adolescentes cujas mães adiaram a gravidez para a idade adulta (Bonell et al., 2006)

Vários motivos têm sido apresentados na tentativa de compreender a forma como a existência de modelos de maternidade na adolescência constituem fatores que se associam a maior risco de gravidez precoce.

Um fator explicativo está relacionado com a predisposição biológica no que concerne à gravidez adolescente (Miller et al., 2001).

Outro motivo assume que a probabilidade de ocorrência de uma gravidez adolescente tende a aumentar se o relacionamento entre as irmãs for pautado por sentimentos de companheirismo, amizade e proximidade. Contrariamente, a existência de conflitos frequentes com uma irmã mais velha, que teve um parto na adolescência, foi associada com um risco reduzido de gravidez precoce (East et al., 2007). Estes resultados são coerentes com a perspectiva da teoria da aprendizagem social, que postula o mecanismo de modelação de comportamentos e a maior suscetibilidade à influência de modelos que sejam significativos e com os quais interagimos com maior frequência (Bandura, 1975, 1989).

Um terceiro motivo deriva da alteração nas práticas educativas parentais. O estilo educativo, após a ocorrência de uma gravidez adolescente na família, passa a caracterizar-se por níveis mais baixos de supervisão por parte dos pais e pelo aumento da aprovação da gravidez e parentalidade precoces, sobretudo por parte da mãe (East & Kiernan, 2001; National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2008)

Outra razão que tem sido apontada para explicar a existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência, está relacionada com a constatação que os ambientes sociais afetam não apenas um elemento da família, mas todos os seus membros. Por exemplo, se constituem fatores de risco para a ocorrência de uma gravidez adolescente a desvantagem socioeconómica, a monoparentalidade e viver num bairro perigoso, esses fatores também vão aumentar o risco de gravidez entre as irmãs mais jovens que partilham as mesmas estruturas familiares (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2008). Além disso, um estudo de Frizzo, Kahl e Oliveira (2005) referiu que estas jovens recebem muito apoio das mães, porque muitas delas também foram grávidas adolescentes, tornando a maternidade precoce, um fenómeno normal nos contextos sociais em que vivem. O papel materno parece ser o papel social mais importante a ser desempenhado nestes contextos socioeconómicos.

Não podemos descurar os contributos dos aspetos emocionais e relacionais na compreensão do risco de gravidez na adolescência. Os dados mais evidenciados para a redução do risco de ocorrência de gravidez precoce foram os seguintes: proximidade emocional entre pais e filhos, nomeadamente no adiar da idade de início da atividade sexual; monitorização e supervisão parental; atitudes e valores parentais de desaprovação face aos comportamentos sexuais e à gravidez durante os anos da adolescência e comunicação positiva

entre pais e filhos sobre sexualidade que proporcione um sentimento de apoio (Miller et al., 2001).

Em seguida, são explorados alguns dos contributos destes dados para a problemática em questão.

Uma boa **supervisão**, um bom suporte afetivo e uma boa comunicação entre pais e filhos foram identificados como influenciando as atitudes e comportamentos sexuais protetores ou de risco para a saúde dos jovens (Donenberg, Paikoff & Pequegnat, 2006; Miller et al., 2001; Sieverding et al., 2005). A investigação conduzida por DiClemente e colaboradores (2001) mostrou que uma menor monitorização parental estava associada a uma maior prevalência de DST's, a menor utilização de preservativos na última relação, a um aumento do número de parceiros sexuais e ao maior consumo de substâncias, nos últimos 30 dias.

Num estudo efetuado em Portugal, com 1449 estudantes, nos resultados relacionados com a supervisão/monitorização é possível verificar que o grupo de adolescentes que referem já ter tido relações sexuais se caracteriza por níveis baixos de supervisão por parte dos pais, mais concretamente por parte da mãe. Cerca de 30% destes adolescentes refere que a mãe sabe pouco ou nada sobre as suas saídas à noite, 14% refere que a mãe não sabe nada sobre os seus tempos livres e cerca de 8% refere que a mãe não sabe onde estão depois das aulas (Simões & Matos, 2008). Analogamente, outros estudos referem que uma menor monitorização parental aumenta a probabilidade de ocorrência de atividades sexuais (Donenberg et al., 2006), pelo que as adolescentes que percebem maior controlo/supervisão parental tendem a adiar o início da atividade sexual (Sieverding et al., 2005; Yang et al., 2007).

A ausência e/ou pouca supervisão dos pais durante a adolescência aumentam o risco de início precoce de atividade sexual e de gravidez adolescente, ao proporcionarem maior vulnerabilidade a influências externas à família (Westman, 2009)

Não obstante, alguns autores têm destacado a dificuldade dos pais em encontrarem o equilíbrio adequado no exercício da supervisão e controlo sobre o comportamento social dos filhos. Quando os pais são excessivamente permissivos, podem colocar os adolescentes em situação de risco, ao aumentar o impacto às influências negativas do grupo de pares (Goldstein et al., 2005), mas também a perceção pelos jovens de uma supervisão excessiva ou intrusão dos pais na sua vida pode constituir um fator de risco (Dias et al., 2007; Goldstein et al., 2005; Miller, 2002).

Numa revisão de diversos estudos efetuada por Figueiredo (2001) neste âmbito, destacaram-se o carácter de risco das seguintes circunstâncias: falta de estrutura, de coesão, de apoio e/ou instabilidade familiar, bem como falta ou excesso de supervisão parental.

A **qualidade da relação** que os pais estabelecem com os seus filhos constitui, também, um fator importante na tomada de decisão sobre as questões sexuais (Goldstein et

al., 2005; Manlove et al., 2002). A percepção por parte dos adolescentes de apoio e suporte dos pais e a existência de uma relação familiar próxima, contribui para o adiamento do início das relações sexuais (Donenberg et al., 2006; Roche et al., 2008), para uma maior tendência de utilização de contraceptivos (Whitaker, Miller, May & Levin, 1999) e tem um efeito protetor em relação ao consumo de substâncias (Roche et al., 2008; Whitaker et al., 2000).

Estes dados são consistentes com os que se obtiveram em estudos realizados em Portugal (Carvalho & Canavarro, 2010; Pereira, 2001) e que apontam a proximidade emocional entre pais e filhos e as práticas parentais caracterizadas por afeto e suporte, como estando associadas à redução do risco de ocorrência de gravidez.

Pereira (2001), ao comparar dois grupos de adolescentes, com e sem história de gravidez, conclui que as jovens grávidas percebem menor apoio emocional do pai e menor sobreproteção por parte do pai e da mãe do que as jovens sem história de gravidez, sugerindo que a percepção de menor suporte emocional por parte da família pode conduzir a que as jovens procurem outras fontes de segurança afetiva, nomeadamente nas relações românticas. A gravidez na adolescência pode, assim, ser vista como busca de amor e ternura de que estas jovens estão carentes (Lourenço, 1998) e mesmo como forma de desafiar e agredir os pais (Grant et al., 2002). Engravidar de um namorado que não é aprovado e aceite pelos pais, pode tornar a interação familiar mais contenciosa e conseqüentemente aumentar a dependência do namorado (Grant et al., 2002).

Resultados de um estudo nacional, efetuado na zona Norte do País (Mendonça, Maia & Ribeiro, 2007), concluiu que os adolescentes que iniciaram a atividade sexual parecem ter um pior ambiente familiar quando comparados com os outros colegas, apresentando valores mais elevados no que toca à tomada de decisão de forma independente dos pais.

O apoio dos pais pode ainda ter um efeito protetor sob outros fatores de risco como a propensão para se envolverem em comportamentos desviantes, a diminuição do impacto das normas do grupo de pares (Wills & Cleary, 1996) e na prevenção do abandono escolar precoce (Roche et al., 2008). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que mostram que uma boa relação com a família e mais concretamente uma boa comunicação entre pais e filhos, é um fator determinante do bem-estar e ajustamento global do adolescente (Simões et al., 2006). A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Blake, Simkin, Ledsky, Perkins & Calabrese, 2001).

A **comunicação pais-filhos** tem sido associada com o início da atividade sexual mais tardia dos jovens (Blake et al., 2001), com maior utilização do preservativo e uso mais consistente do preservativo ao longo da vida sexual (Miller, Levin, Whitaker & Xu, 1998; Whitaker et al., 1999). Este tipo de comunicação parece ainda importante para diminuir o impacto das normas do grupo em relação às questões relacionadas com a sexualidade (Dias et al., 2007) e para promover discussões positivas com o parceiro (Whitaker et al., 1999). Num estudo de Jaccard, Dodge e Dittus (2003), concluíram que os adolescentes que referem um bom relacionamento com os pais e que conversam mais frequentemente com a mãe acerca

das consequências nefastas de uma gravidez precoce apresentam atitudes mais negativas em relação à gravidez na adolescência.

Quando os pais deixam de ser a fonte mais provável de informações, os jovens tendem a recorrer aos pares quando têm dúvidas ou problemas e a guiar o seu comportamento sexual mais pelas normas do grupo, aumentando a probabilidade de obterem informações pouco correctas e conselhos desadequados e consequentemente de se envolverem em comportamentos de risco (Goldstein et al., 2005; Léon et al., 2010).

Não obstante, tem sido defendido por alguns estudos, que não existem evidências dos efeitos diretos entre os padrões comunicacionais de pais e filhos adolescentes e o risco de gravidez precoce (cf. Miller et al., 2001).

A partilha de informação sobre sexualidade apenas é eficiente se for efetuada de forma aberta e sem censura (Donenberg et al., 2006) e se os pais estiverem bem informados e conseguirem passar a mensagem de forma adequada (Whitaker et al., 1999).

Um estudo concluiu que os temas mais discutidos entre pais-filhos estavam relacionados com as consequências negativas da atividade sexual precoce (e.g. gravidez indesejada ou doenças sexualmente transmissíveis), raramente mencionando os aspetos relacionados com a prevenção dessas consequências negativas. Apenas um em cada quatro pais referiu que falou com os filhos acerca da obtenção e/ou utilização de preservativo ou de outros métodos contraceptivos (Eisenberg, Sieving, Bearinger, Swain & Resnick, 2006). Os mesmos autores concluem que os pais que acreditavam que os seus filhos mantinham um relacionamento amoroso, apresentavam uma probabilidade 2,5 maior de falar com os filhos acerca de temáticas sexuais, comparativamente com aqueles que acreditavam que os filhos não tinham um par amoroso.

As principais barreiras apresentadas pelos adolescentes, para uma comunicação positiva, estão relacionadas com a dificuldade sentida pelos pais para dialogar com os filhos e muitas vezes, os pais não possuem muitos conhecimentos ou as informações mais correctas. Outra explicação para o deficiente diálogo entre pais e filhos acerca da sexualidade, poderá estar associada com o fato de serem os jovens a evitar o diálogo ou porque se sentem desconfortáveis ou porque não têm à vontade para conversar com os pais (Dias et al., 2007; Frappier et al., 2008). Quando questionadas sobre como se sentem a falar de educação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que se sentem pouco à vontade para falar com os professores e pais. Os rapazes referem que se sentem à vontade para falar com os amigos e colegas (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Contudo, os adolescentes que falam com os pais sobre sexualidade interiorizam, pelo menos a curto prazo, um conjunto de valores e crenças que podem contribuir para a diminuição dos comportamentos sexuais de risco no futuro (Blake et al., 2001).

Uma outra dimensão a introduzir e que conjuntamente com a comunicação entre pais-filhos, tem impacto nas decisões sexuais dos filhos é o conjunto de **valores e atitudes dos pais** face à sexualidade e parentalidade adolescentes.

A interação e relacionamento que o adolescente estabelece no seio familiar e os modelos de identificação, influenciam o desenvolvimento de valores e normas de conduta, tal como o tipo de interação. As adolescentes que referem um bom relacionamento com a mãe tendem a respeitar e a interiorizar os seus valores e crenças (Pearson et al., 2006). Os mesmos autores acrescentam que a partilha de interesses e a participação conjunta em atividades, contribui para uma comunicação mais frequente pais-filhos e conseqüentemente isso parece estimular a orientação pelos mesmos valores e atitudes.

Estas constatações são coerentes com outros estudos (Resnick et al., 1997; Sieving, McNeely & Blum, 2000; Sieverding et al., 2005) que estabelecem uma associação entre as percepções dos filhos de desaprovação de relacionamento sexual precoce ou pré-marital por parte dos progenitores e o adiamento do início da vida sexual. Da mesma forma, quando os pais expressam valores positivos sobre a contraceção, os filhos tendem a apresentar maior propensão para a utilização de métodos contraceptivos (Kirby, 2001).

### **1.2.2. Contextos extra-familiares**

#### **Grupo de pares**

As relações familiares passam por transformações significativas durante a adolescência, e como foi referido anteriormente, os pais continuam a ser uma importante fonte de apoio social e emocional, mesmo perante a crescente importância do grupo de pares.

O alargamento das relações sociais do adolescente e as mudanças na ecologia dessas relações e na natureza das amizades estabelecidas, caracterizam também o desenvolvimento nesta fase do ciclo de vida. Ao mesmo tempo, cresce a intimidade e a intensidade da amizade com um grupo restrito de pares, proporcionando experiências que permitem o desenvolvimento de novas estratégias de regulação do comportamento interpessoal e da segurança pessoal percebida (Mena Matos & Costa, 2003; Santrock, 2008).

Na adolescência as relações com o grupo de pares tornam-se extremamente importantes. Os amigos são considerados fundamentais e a aceitação ou rejeição pelo grupo marca profundamente a vida do adolescente (Eccles, 1999; Steinberg & Morris, 2001). Os resultados das investigações tornam evidente que a influência dos pares está significativamente associada a muitos comportamentos de risco (Jaccard et al., 2005). Ter comportamentos de risco pode ser uma forma de mostrar lealdade e respeito pelos valores do grupo (Kirby, 2001).

O desejo de ser aceite e respeitado leva os adolescentes a agirem em conformidade com os comportamentos do grupo. Os pares constituem uma fonte de influência normativa (Pereira, 2001), sendo habitualmente forte a conformidade com a pressão exercida no sentido

da adoção dos mesmos comportamentos e padrões (Gardner & Steinberg, 2005; Hampton, Watters, Jeffery & Smith, 2005; Jaccard et al., 2005). Quanto mais forte for a relação com o grupo maior a tendência para seguir as expectativas dos pares, procurando adotar as mesmas atitudes.

Através de um processo de modelagem de comportamentos (Romer & Hennessy, 2007), através de comparações sociais com os melhores amigos (Prinstein et al., 2003) ou ainda através da pressão para adotar os mesmos estilos atitudinais e comportamentais (Kirby, 2001) o grupo de pares constitui uma fonte de referência relativamente às expectativas, atitudes e comportamentos sexuais dos jovens.

Os pares parecem ser um preditor poderoso de iniciação da atividade sexual, pois podem exercer pressão para os amigos serem sexualmente ativos (Dias et al., 2007; UNFPA, 2003) e determinar as escolhas dos adolescentes no que diz respeito à contraceção (Kirby, 2001). O estímulo para o início da atividade sexual (Boyce, Gallupe & Fergus, 2008), conjuntamente com o medo de rejeição pelo grupo, parece aumentar a probabilidade de um início precoce da atividade sexual entre as jovens adolescentes (Brendgen, Wanner & Vitaro, 2008).

Quando sabem que os amigos têm relações sexuais aumenta o incentivo e a vontade de experimentar (Hampton et al., 2005). Neste contexto, convém salientar os resultados do estudo nacional HBSC (2010) que refere que na amostra dos 8.º e 10.º anos, 21,8% dos adolescentes reportam já ter tido relações sexuais. No entanto, quando questionados sobre a perceção que têm relativamente ao comportamento sexual dos jovens da sua idade, estimam que a percentagem de jovens que já teve relações sexuais é 43,3%, ou seja, cerca do dobro do que é auto-reportado (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Os jovens referem que quando consideram que os pares ainda não iniciaram atividade sexual diminui a pressão para ter relações sexuais pois sentem que se enquadram nas normas do seu grupo de pares. *“Por exemplo, no meu grupo de amigos e na maior parte dos que eu conheço ainda não fizeram e eu acho que quem já teve é que é o único. Então não há assim tanta pressão...”* (Dias et al., 2007, pp.630), acrescente-se que a pressão para iniciar a atividade sexual é mais visível junto de jovens mais novas (Boyce et al., 2008). Situação análoga acontece relativamente à utilização de métodos contraceptivos e à gravidez precoce. Kirby (2001) referiu que se os jovens tiverem a perceção que os seus pares utilizam métodos contraceptivos têm mais probabilidade de utilizar contraceção. Também se a adolescente tiver amigas que foram grávidas adolescentes manifestam maior propensão para uma gravidez precoce.

As **normas dos pares** são um poderoso determinante das intenções e do próprio comportamento sexual, bem como da sua iniciação em idades mais precoces (Buhi & Goodson, 2007). Nomeadamente, em relação às normas dos pares, o estudo de Prinstein, Meade e Cohen (2003) mostrou que a perceção que os adolescentes têm acerca do comportamento sexual dos amigos parece influenciar o seu próprio comportamento sexual. Também um estudo de Whitaker e Miller (2000) mostrou que os adolescentes que têm a

percepção de que os seus pares já tiveram relações sexuais têm mais probabilidade de ter tido relações sexuais e de ter tido mais que um parceiro. Resultados consistentes com estes foram obtidos numa amostra portuguesa, em que os autores mostraram que os jovens que dizem já ter iniciado a vida sexual referem mais frequentemente que o seu grupo de amigos também já o fez (Simões & Matos, 2008).

A associação e **influência com pares desviantes** constituem um dos principais fatores determinantes dos comportamentos de risco (Jaccard et al., 2005). Esta influência tende a acentuar-se quando a relação com os progenitores é de baixa qualidade (Scaramella et al., 1998), se o número de amigos é reduzido e a intimidade que sentem ter com eles é fraca ou, ainda, se existe insatisfação com as relações de amizade por parte das adolescentes (Pereira et al., 2005). Segundo o estudo de Whitaker, Miller e Clark (2000) os jovens que ainda não tinham iniciado a sua vida sexual, pertenciam a um grupo de pares mais normativo e com ligações mais fortes à família e escola, comparativamente com os jovens que pensavam vir a iniciar a sua vida sexual no próximo ano.

Os pares têm uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes e na maioria das vezes constituem o grupo de referência mais disponível e relevante para obtenção de informações sobre as práticas, normas e riscos associados com o comportamento sexual (Matos et al., 2008a). A maioria dos jovens considera os pares como uma fonte confortável e bastante acessível de informação e de suporte, permitindo-lhes sentirem-se mais à vontade para trocar ideias, ouvir conselhos e opiniões e esclarecer dúvidas (Dias et al., 2007). Contudo, este tipo de comunicação parece aumentar o impacto das normas do grupo em relação as questões relacionadas com a sexualidade, aumentando a probabilidade de obterem informações pouco correctas e conselhos desadequados e consequentemente de se envolverem em comportamentos de risco (Goldstein et al., 2005; Léon et al., 2010).

## **Companheiro**

Conjuntamente com a precocidade com que começam a namorar e do maior número de parceiros sexuais das adolescentes que engravidam, também o tipo de relacionamento com o namorado parece constituir um fator importante para a ocorrência de gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001).

Observa-se uma situação bastante semelhante ao nível de algumas características sociodemográficas entre a jovem grávida e o companheiro. Nomeadamente, os companheiros das adolescentes caracterizam-se por terem habilitações escolares baixas, maioritariamente ao nível da escolaridade obrigatória ou inferiores, e trabalharem sobretudo em profissões que exigem baixas qualificações (Abeche, Maurmann, Baptista & Capp, 2007; Araújo-Pedrosa, 2009; Figueiredo et al., 2006).

Os resultados de Pereira e colaboradores (2005) e Araújo-Pedrosa (2009) sugerem que a gravidez surge, habitualmente, no contexto de uma relação exclusiva e com alguma estabilidade. Um estudo recente de Araujo-Pedrosa (2009), efetuado com grávidas adolescentes no Arquipélago dos Açores, sugere que as relações amorosas estabelecidas pelas adolescentes são relativamente duradouras: para 34.9% das jovens, ocorre no seio de uma relação com mais de um ano de duração e, em cerca de 20.4% das situações, a relação dura há mais de dois anos.

No entanto, Ford, Sohn e Lepkowski (2001) referem que, quanto mais esporádico o relacionamento sexual, mais elevado é o risco de uma gravidez indesejada e IST's. As adolescentes que têm relações sexuais com o parceiro/companheiro, no contexto de um relacionamento regular, apresentam maior probabilidade de utilizarem preservativo e outros métodos contraceptivos de forma consistente.

Vários estudos têm sugerido que a diferença de idades entre os parceiros constitui um importante preditor de atividade sexual precoce (Darroch, Landry & Oslak, 1999; Kaestle, Morisky & Wiley, 2002; Miller, Clark & Moore, 1997).

As jovens com parceiros com idades superiores têm maior probabilidade de antecipar o início da atividade sexual (Darroch et al., 1999; Kaestle et al., 2002) e de menor utilização de preservativo (Ford, Sohn & Lepkowski, 2001; Araújo-Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro & Datilio 2011), aumentando o risco de uma gravidez precoce. Estes dados são corroborados por outros estudos que referem que cerca de três em cada 10 gravidezes adolescentes ocorrem com parceiros com idade substancialmente superior (3-5 anos mais velhos) (Darroch et al., 1999). As adolescentes que têm parceiros mais velhos apresentam maior probabilidade de engravidar comparativamente às jovens com parceiros da sua idade e, uma vez grávidas, de terem o bebé ao invés de optarem pelo aborto (Darroch et al., 1999).

Esta maior vulnerabilidade pode ser compreendida, de acordo com alguns autores, pela dificuldade das jovens em discutir e negociar o uso do preservativo com companheiros mais velhos e pela confiança que depositam no parceiro, que por ter mais idade e ser mais experiente, esperam que assuma a responsabilidade pelas consequências inerentes à atividade sexual (Miller et al., 1997). Além disso, de acordo com Kaestle, Morisky e Wiley (2002), os parceiros mais velhos podem iniciar um relacionamento romântico com expectativas diferentes, comparativamente aos jovens mais novos, nomeadamente ao nível de um maior envolvimento sexual. Alguns estudos referem, ainda, que algumas adolescentes engravidam para satisfazer o desejo do seu parceiro de se tornar pai *"I didn't want a child but my boyfriend did, I got pregnant, I was afraid he would abandon me"* (Hoga, 2008, pp. 283).

Acrescente-se que características como a imaturidade psicológica e cognitiva das jovens contribuem para a dificuldade em antecipar as consequências a longo prazo (Fergus et al., 2007; Figueiredo, 2001), para a idealização do relacionamento amoroso e ainda para percecionar a tarefa de cuidar de um bebé como fácil e pouco exigente, contribuindo para o

aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente (Figueiredo, 2000, 2001). Outras razões que têm sido associadas à gravidez durante os anos da adolescência, sobretudo em jovens com parceiros mais velhos, incluem a crença de que o nascimento de um filho constitui garantia de uma relação duradoura; de modo semelhante, as raparigas que decidem ser mães para agradar e satisfazer um desejo do companheiro apresentam uma propensão maior para engravidar precocemente (Grant et al., 2002)

Leitenberg e Saltzman (2000) referem riscos específicos para as jovens adolescentes que engravidam de parceiros mais velhos, nomeadamente, constataam que entre as jovens que tinham iniciado a atividade sexual com 11-12 anos de idade com um parceiro, pelo menos cinco anos mais velho, apresentavam maior risco de gravidez, abuso de drogas e mais tentativas de suicídio. No entanto, as adolescentes que tiveram a sua primeira relação sexual com a idade de 16 e 18 anos, com parceiros mais velhos, não evidenciaram um aumento do número de comportamentos problemáticos.

### 1.3. Fatores Sociais

Ao nível dos fatores relativos ao contexto mais alargado, onde o indivíduo, a família e o grupo de pares se inserem, convém assinalar a importância das condições sociais e económicas desfavorecidas e da pertença a uma minoria étnica (Figueiredo, 2001).

Alguns teóricos parecem apontar para uma relação entre as **desvantagens socioeconómicas**<sup>27</sup> e a atividade sexual na adolescência (Freira et al., 2007; Miller, 2002; Santelli et al., 2000; Sionéan et al., 2001). A gravidez não desejada afeta maioritariamente as classes mais desfavorecidas, o mesmo acontecendo em relação ao início precoce da vida sexual (Singh et al., 2001).

Nos adolescentes que vivem em ambientes sociais desfavorecidos (Singh et al., 2001; Whitaker et al., 2000) e que pertencem a um estatuto socioeconómico mais baixo acresce a probabilidade de comportamentos sexuais de risco, como início mais precoce da atividade sexual (Santelli et al., 2000), um número mais elevado de infeções sexualmente transmissíveis (Santelli et al., 2000; Sionéan et al., 2001), menor utilização de métodos contraceptivos (Araújo-Pedrosa et al., 2011) e gravidez indesejada (Carvalho & Canavarro, 2010; Dangal, 2006; Santelli et al., 2000).

---

<sup>27</sup> Durante muitos anos acreditava-se que a pobreza e as manifestações de desorganização social eram as principais consequências da gravidez precoce. Atualmente a desvantagem socioeconómica pode ser considerada como determinante mas também como consequência da gravidez na adolescência (Kirby, 2001). Canavarro & Pereira (2001) ressaltam que não devemos ignorar a possibilidade de parte destas desvantagens socioeconómicas poderem dever-se às condições prévias de vida destas jovens, não sendo consequências únicas de uma gravidez adolescente. A gravidez na adolescência parece exacerbar condições prévias de vida, dificultando a mudança para trajetórias mais adaptativas, perpetuando o ciclo de exclusão e precariedade social e agravando os problemas socioeconómicos anteriores.

O aumento do número de filhos de mães adolescentes parece não ser uniforme para todas as classes socioeconómicas (Lourenço, 1998). Santelli e colaboradores (2000) referem que as jovens que têm um nível educacional e económico baixo, têm dez vezes mais probabilidade do que as raparigas de classes socioeconómicas altas de ficarem grávidas. As últimas possuem maior tendência para a utilização de métodos contraceptivos (Darroch et al., 2001) e conseqüentemente diminuem o risco de ocorrência de uma gravidez indesejada, mas, caso aconteça têm maior probabilidade de recorrer ao aborto (Malta et al., 2007).

A investigação indica que a gravidez na adolescência está associada geralmente a condições sociais e demográficas pouco favoráveis. Os estudos efetuados nas últimas décadas referem a desvantagem socioeconómica como uma das variáveis antecedentes mais importantes da gravidez precoce (e.g. Boden et al., 2008; Figueiredo et al., 2005; Santelli et al., 2000). Autores como Singh, Darroch e Frost (2001) definem esta desvantagem a partir de fatores como viver na pobreza, baixo nível educacional da adolescente e dos pais e viver num ambiente comunitário desfavorecido, com poucas oportunidades educacionais e profissionais. Alguns estudos destacam que a maioria das grávidas adolescentes apresentam baixas aspirações académicas e percebem como escassas as oportunidades profissionais (Figueiredo et al., 2006; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003; Pereira, 2001). De um modo geral, a ocorrência de uma gravidez conduz maioritariamente ao abandono dos estudos ou quando engravidam estas jovens já não se encontravam a estudar<sup>28</sup>. Num estudo que incidiu em 41 hospitais portugueses, verificou-se que um nível de educação igual ou inferior a 25% do esperado para a idade, está significativamente associado com gravidez precoce e não planeada (Tavares & Barros, 1996). Uma grande maioria das adolescentes não trabalha e as que o fazem desempenham atividades precárias como trabalhar nas limpezas ou na restauração e em termos de escolaridade, raramente têm a escolaridade obrigatória (o mais comum é terem desistido no 5.º ou 6.º ano, após alguns insucessos), o que condiciona ainda mais a sua integração consistente no mercado de trabalho (Malta et al., 2007), conduzindo ao aumento das desigualdades sociais e económicas e potencializando o círculo vicioso da pobreza.

A pobreza constitui, assim, um dos maiores preditores de gravidez na adolescência. As famílias com estatuto socioeconómico baixo valorizam pouco a escola e pressionam os filhos para a entrada precoce no mundo do trabalho (Canavarro & Pereira, 2001). Tendem a descurar frequentemente as funções educativas e profissionais (Araújo-Pedrosa, 2009),

---

<sup>28</sup> Um dos grandes objetivos incorporados na Comunicação da Comissão Estratégia Europa 2020 é o critério de referência da redução do abandono escolar precoce. Em janeiro de 2011, um relatório da Comissão Europeia adotou este plano de ação para ajudar os estados-membros a reduzir para menos de 10%, até 2020, a taxa de abandono escolar, objetivo do qual países como Portugal ainda estão longe. Apontando que três países da União Europeia, Malta, Portugal e Espanha, têm taxas de abandono escolar precoce superior a 30%. De acordo com os autores, o abandono escolar precoce cria e perpetua a desigualdade socioeconómica, tem um impacto negativo nos níveis de qualificação, de desemprego e de mobilidade dos jovens, e aumenta o risco de pobreza e de exclusão social, sendo mais propício de atingir os grupos socioeconómicos desfavorecidos.

possivelmente por estarem mais concentradas num esforço constante para sobreviverem. Esta ausência dos pais pode ser o resultado de circunstâncias inevitáveis para manter a sobrevivência da família (por exemplo, a emigração devido a dificuldades económicas ou horas de trabalho pouco habituais) que exige deixar os adolescentes sozinhos. Sem supervisão/monitorização parental estes jovens estão mais expostos à influência e impacto das normas do grupo de pares (Goicolea et al., 2009; Wills & Cleary, 1996) e consequentemente a uma maior propensão para se envolverem em comportamentos sexuais de risco. Estes jovens apresentam ainda menores competências pessoais, níveis motivacionais mais baixos e falta de modelos sociais bem sucedidos (Singh et al., 2001).

Compreende-se, assim, que muitas adolescentes atribuam baixos custos a uma gravidez precoce (Grant et al., 2002), devido não só às baixas aspirações académicas e à perceção de escassas oportunidades profissionais, mas também porque a parentalidade adolescente parece ser o projeto de vida de muitas jovens quando outros falham: como a escola, a vida familiar, a procura de curso profissional ou emprego (Malta et al., 2007). Estas conclusões vão de encontro ao referido por outros autores sobre a maior aceitabilidade da gravidez nesta fase do ciclo de vida na ausência de projetos de vida académicos (Araújo-Pedrosa et al., 2011).

Não podemos descurar os contributos dos **aspetos culturais, atitudes e valores próprios de um grupo étnico** ou com afinidades sociais na compreensão deste início precoce da atividade sexual.

Estudos recentes indicam que as jovens negras representam o grupo com um início mais precoce da atividade sexual, por comparação com os outros grupos étnicos estudados (Eaton et al., 2006; Gavin et al., 2009) bem como, o número mais elevado de gravidezes e de filhos (Grunbaum et al., 2004).

Também as grávidas adolescentes provenientes de zonas rurais, principalmente de famílias pertencentes a um nível socioeconómico baixo, onde os valores e as normas culturais condicionam o acesso das mulheres à educação e valorizam papéis mais tradicionais (e.g. estar em casa a tratar dos filhos), a gravidez adolescente não é perspetivada tão negativamente, sendo aceite com maior naturalidade (Pereira, 2001).

O **contexto comunitário e cultural** é determinante na aceitação da gravidez na adolescência. Em determinadas zonas habitacionais existe um maior risco de gravidez precoce, resultado de circunstâncias sociais mais desfavoráveis mas também da existência de determinadas normas da comunidade relativas à atividade sexual e à gravidez (Lourenço, 1998).

Nestes contextos comunitários desfavorecidos, que se caracterizam pela existência de sistemas culturais diferenciados, os adolescentes tendem a ser mais propensos a aceitar e adotar os mesmos comportamentos e padrões atitudinais dos grupos com quem convivem (Harding, 2007; Szigethy & Ruiz, 2001)

Malta e colaboradores (2007) referem que em alguns dos bairros de realojamento social de Lisboa, a gravidez precoce constitui um fenómeno esperado e alvo de valorização, em consequência da existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência. Muitas destas jovens assistiram à gravidez das irmãs, das vizinhas, das cunhadas e mesmo as suas mães já foram mães adolescentes. É frequente já ter responsabilidade de adultas no seu seio familiar, uma vez que ajudaram a cuidar dos seus irmãos e vizinhos, “a gravidez dá-lhes apenas uma mudança de estatuto, passam de meninas a mulheres, de raparigas a mães. Confirmam a sua feminilidade através da maternidade” (Malta et al., 2007, pp.12).

Estes resultados são similares aos obtidos num estudo qualitativo<sup>29</sup>, efetuado em quatro zonas carenciadas de Lisboa, com adolescentes migrantes (Gaspar & Matos, 2008). Obtiveram os seguintes resultados: em relação à categoria sexualidade, subcategoria gravidez na adolescência, de um modo geral, os jovens referem que a gravidez na adolescência é uma moda e que as raparigas mais novas seguem o exemplo das outras. Descrevem a gravidez como um projeto individual e uma valorização pessoal e social. Os técnicos consideram que a gravidez surge como uma valorização pessoal e social e como o preenchimento de um vazio. Comentam a influência de algumas questões culturais “*É difícil contrariar uma ideia que é aceite por todos, pelos pais e todos e até é bem vista pela comunidade*” (Gaspar & Matos, 2008, pp.182)

Os indivíduos que pertencem a grupos raciais e étnicos minoritários têm maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (Manlove et al., 2002).

Em determinados grupos étnicos, a gravidez na adolescência parece constituir o meio mais adequado para os jovens obterem estatuto social, consolidarem as redes de parentesco, e tornarem-se independentes e responsáveis (Szigethy & Ruiz, 2001), propiciando que se constituam como ambientes mais permissivos deste fenómeno e aumentando a probabilidade da sua ocorrência.

Ainda neste âmbito, referimos um acontecimento, que a comunicação social divulgou amplamente e que reacendeu o debate em torno da gravidez adolescente: em novembro de 2010, a imprensa nacional e internacional noticiou o nascimento de um bebé no Hospital de Jerez (Cádiz - Espanha), cuja mãe é uma jovem com 10 anos e o pai tem 13 anos de idade, ambos de etnia cigana. A avó da criança confessa não compreender tanta estranheza e drama por um acontecimento que é normal e motivo de alegria entre a comunidade cigana.

---

<sup>29</sup> Os participantes foram: (a) Jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 13-25 anos; (b) Técnicos de saúde e educação (profissionais que exercem a sua atividade em zonas carenciadas); (c) Pais de jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP. Nesta fase do estudo foram constituídos oito grupos (quatro de jovens, três de técnicos e um de pais), que foram entrevistados uma vez cada, através da aplicação da técnica de recolha de dados e grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema.

A sexualidade na comunidade cigana está associada à conjugalidade e a nupcialidade à procriação. Neste grupo social, a iniciação sexual e o início da procriação coincidem no tempo (Fonseca & Lucas, 2009). Assim, em determinadas culturas, a maternidade precoce, para além de ser bem aceite, é mesmo desejada.

Mencionamos ainda o conjunto de circunstâncias que se relacionam com as **atitudes e valores da sociedade** em relação ao comportamento sexual dos jovens e que constituem fatores de risco para a gravidez adolescente.

Nos finais do séc. XX, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida levaram ao acréscimo do número de países a aceitarem o controlo da natalidade. Por outro lado, a sexualidade passou a ser vista como uma dimensão positiva e a regulação social dos comportamentos sexuais passou, no Ocidente, a ser mais permissiva (Fonseca & Lucas, 2009), sobretudo na maior aceitação da sexualidade juvenil (Vilar & Ferreira, 2009).

Atualmente são visíveis as mudanças no que toca aos valores sobre a sexualidade e a própria adolescência, que parecem ter contribuído para a antecipação do início da atividade sexual. Temos assistido a uma liberalização da atividade sexual pré-matrimonial não só dos adultos (Sprinthall & Collins, 2003), como também dos adolescentes (Amaro et al., 2004). Entre os fatores responsáveis por estes aspetos salienta-se a maior disponibilidade da contraceção, que possibilitou a dissociação entre sexualidade e reprodução e permitiu às mulheres uma maior autonomia nas suas escolhas de vida e a mudança de valores relativamente à sexualidade, à família e padrões de casamento e à própria adolescência (Hardy & Zabin, 1991; Stevens-Simon & Kaplan, 1998).

O próprio estado sentiu necessidade de incluir a sexualidade nas suas políticas de saúde, de educação e de juventude pressionado por problemas emergentes como a Sida e a gravidez na adolescência (Vilar & Ferreira, 2009). Em Portugal a legislação contempla a saúde sexual e reprodutiva saudável dos adolescentes, nomeadamente no acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos (Lei nº120/99) visando a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis. Também a Regulamentação da Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. A Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação, salienta em relação ao enquadramento legal já existente (Lei 120/1999, de 11 de agosto e o Decreto-Lei 259/2000 de 17 de outubro) algumas questões fundamentais, nomeadamente: “a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projeto educativo a área da educação para a saúde” e “a obrigatoriedade de aplicação da educação sexual em meio escolar devendo ser desenvolvida pela escola e pela família (...)” em parceria.

Um estudo efetuado por Parker, Wellings e Lazarus (2009), sobre o estado atual da educação sexual na maioria dos estados membros da União Europeia e na Noruega, concluiu

que em Portugal a educação sexual apesar de ser obrigatória e implementada em todo o currículo escolar nem todos os jovens têm acesso a ela e está definida em termos muito vagos. Estes autores referem ainda que embora existam orientações oficiais que propõem uma abordagem holística para a educação da sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em Portugal, muitas vezes esta apresenta má qualidade, em parte devido à falta de um programa oficial.

Neste sentido, estudos atuais apontam, então, outros aspetos sociais atualmente influentes, como uma educação sexual pouco consistente, havendo ainda muito desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos e das doenças sexualmente transmissíveis (Frappier et al., 2008; Santelli et al., 2006a) e uma má interpretação da fisiologia básica da reprodução (Sprinthall & Collins, 2003), o que atribui à sociedade alguma responsabilidade no risco para as situações de gravidez precoce, em termos de políticas de educação sexual, mas também de normas e valores face a sexualidade.

Assim, as políticas sociais acerca da educação sexual, a acessibilidade a serviços de aconselhamento e planeamento familiar orientados para o atendimento de jovens e o acesso a métodos contraceptivos contribuem, também, para aumentar ou diminuir o risco de gravidezes precoces (Santelli et al., 2007).

Os fatores apresentados, numa perspetiva ecológica, como associados à gravidez adolescente não encerram todos aqueles que poderiam ser apresentados. Contudo, revela a diversidade de fatores que, atuando em diferentes níveis e contextos, podem potenciar a ocorrência de uma gravidez nesta época da vida.

---

**ESTUDO EMPÍRICO**







## Objetivos e metodologia | 4

No presente capítulo pretendemos transmitir uma visão global do projeto de investigação implementado. Neste sentido, apresentamos num primeiro momento a conceptualização, os objetivos e o desenho da investigação. Num segundo momento, descrevemos a metodologia em que assenta a investigação relativamente à amostra, a descrição dos grupos que a compõem, os procedimentos envolvidos e os instrumentos de avaliação utilizados.

### 1. Fundamentação e objetivos do estudo

O estudo aqui apresentado “*Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental*” foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/37685/2007) e foi desenvolvido no âmbito do projeto *Gravidez na Adolescência em Portugal: Etiologia, decisões reprodutivas e adaptação*, integrado na linha de investigação “Relações, Desenvolvimento e Saúde”, do Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social (Unidade I&D da Fundação para a Ciência e Tecnologia), da Universidade de Coimbra.

Salientar ainda, que este estudo surgiu na sequência do projeto de investigação *Gravidez e Maternidade Adolescente na Região Autónoma dos Açores*, cuja conceção e coordenação foi solicitada em 2007 à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, na sequência da Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores no 21/2007/A, de 21 de Novembro, pela então Secretária Regional dos Assuntos Sociais do IX Governo Regional dos Açores (desde outubro de 2008, o estudo ficou sob a alçada da

Secretaria Regional da Saúde do X Governo Regional), e que foi concretizado com a colaboração de membros da equipa da referida linha de investigação (a este propósito, cf. Canavarro, 2009, para uma revisão compreensiva). Este projeto tinha como finalidade propor medidas preventivas e interventivas dirigidas à prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência e a promoção da adaptação e minimização de riscos desenvolvimentais das jovens mães e dos seus filhos e famílias, adequadas à realidade do Arquipélago. Tornou-se evidente a importância de uma caracterização extensa e compreensiva da população-alvo e dos seus contextos de vida para a compreensão, e consequente intervenção preventiva, nos processos de ocorrência de gravidez em idades atualmente consideradas precoces.

Perante a relevância dos resultados obtidos com este estudo e com a constatação das lacunas existentes no panorama nacional na área da gravidez e parentalidade, tornou-se visível a necessidade de um estudo do mesmo género em Portugal Continental.

Procuramos pois, com este estudo, oferecer um contributo inovador tanto para a investigação no contexto da gravidez na adolescência, como para a prática clínica e educacional com esta população.

O trabalho que apresentamos centra-se na análise dos contextos de influência da ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida e pretende contribuir com conhecimento específico relativo à realidade portuguesa; procura detetar especificidades regionais nestes processos e fomentar a compreensão global da gravidez na adolescência enquanto cadeia de acontecimentos e decisões, fundamentando, assim, linhas de ação integradas, especificamente dirigidas às necessidades desta população e devidamente adequadas ao recente Quadro legal e funcionamento dos serviços de saúde nacionais.

Especificamente, temos como objetivos gerais e específicos do estudo empírico os seguintes:

**1. Caracterizar, por regiões, uma amostra de jovens de Portugal Continental com história de gravidez comparando-a com um grupo de controlo, nomeadamente:**

1.1 - Variáveis sociodemográficas (grupo etário, proveniência rural ou urbana, estado civil, religião, NSE, escolaridade e situação profissional, projetos de vida);

1.2 - Variáveis relacionais (história e agregado familiar, relações afetivas/relação conjugal);

1.3 - Estilo de vida (comportamentos saudáveis e hábitos de consumo de substâncias);

1.4 - História médica e reprodutiva, conhecimento e utilização de métodos contraceptivos;

**2. Analisar as diferenças existentes entre as jovens com história de gravidez, das várias regiões, nomeadamente no que diz respeito a:**

2.1 - Variáveis sociodemográficas (grupo etário, proveniência rural ou urbana, estado civil, religião, NSE, escolaridade e situação profissional, projetos de vida);

2.2 - Variáveis relacionais (história e agregado familiar, relações afetivas/relação conjugal);

2.3 - Estilo de vida (comportamentos saudáveis e hábitos de consumo de substâncias);

2.4 - História médica e reprodutiva, conhecimento e utilização de métodos contraceptivos;

2.5 - Variáveis associadas à gestação;

**3. Explorar, a um nível regional e tomando como referência uma perspetiva ecológica sobre os antecedentes da gravidez na adolescência, a influência de variáveis que contribuem para a ocorrência de gravidez na adolescência. Em detalhe, pretende-se:**

3.1 - Conhecer os fatores de influência na tomada de decisão sobre iniciar ou não a vida sexual;

3.2 - Explorar e estabelecer **modelos** que reflitam o valor explicativo dos diferentes **fatores de vulnerabilidade e proteção** para a gravidez na adolescência.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Desenho do Estudo**

Do ponto de vista metodológico, este estudo reveste-se de um carácter predominantemente exploratório, optando-se pela realização de um estudo de natureza *não experimental* do tipo *correlacional*, uma vez que não houve manipulação das variáveis independentes e controlo dos fatores classificatórios e pseudofatores (Alferes, 1997; Cook & Campbell, 1979), limitamo-nos por isso a estabelecer relações de covariação entre variáveis critério e variáveis preditoras.

Os objetivos centram-se, inicialmente, na caracterização da amostra relativamente a variáveis individuais, relacionais e reprodutivas; posteriormente, procuramos estudar as associações entre essas variáveis (designadas por preditoras ou explicativas).

Os estudos longitudinais pretendem, de uma forma global, avaliar continuidades e mudanças nas diferentes variáveis centrais, de forma a conhecer o padrão de adaptação das grávidas adolescentes. Apesar de termos consciência deste aspeto, neste estudo e atendendo sobretudo aos constrangimentos de tempo e por se tratar de um estudo precursor na sua abordagem de uma população particular, e no que se refere ao conhecimento das especificidades dos contextos envolvidos, optamos por um desenho transversal, estudando em simultâneo dois grupos. Os estudos transversais, apesar de impedirem o estabelecimento de relações causais, possibilitam a resposta a questões de investigação particulares e importantes, através da análise de associações concorrentes entre variáveis. Os dados foram recolhidos através de metodologias quantitativas, mas que serão detalhadamente descritas no Ponto 2.4 do presente capítulo.

## 2.2. Seleção da amostra

A amostra é constituída por dois grupos de referência. O grupo de grávidas adolescentes (**Grupo de grávidas, GA**) que é composto por grávidas com idade igual ou inferior a 18 anos. Um critério de inclusão adicional foi a jovem ter capacidade de compreensão suficiente para responder às questões da entrevista e às escalas de auto-preenchimento (ou seja, a existência de défices cognitivos/deficiência mental foi considerado um critério de exclusão). O presente trabalho foi realizado com a aprovação da Comissão de Ética de todas as unidades hospitalares envolvidas, bem como com a aprovação dos diretores de serviço de obstetrícia. Este aspeto será desenvolvido mais detalhadamente no ponto 2.3.1.

Com o objetivo de incluir neste projeto adolescentes com e sem história de gravidez, no processo de recolha da amostra foram selecionadas unidades hospitalares e escolas de ensino regular e profissional de todo o país (apenas Portugal Continental). A amostra foi estratificada utilizando como referência a nomenclatura da divisão e classificação do território nacional em regiões estatísticas, em conformidade com o estabelecido para a União Europeia (NUTS II, 2002) - Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve - tentando abranger o máximo possível de casos em cada região, dentro do tempo disponível. Dada a reduzida dimensão dos grupos nas regiões Alentejo e Algarve - baseada nas dificuldades de obter um número significativo de grávidas adolescentes no Alentejo - optámos pela sua análise conjunta e categorização enquanto zona Sul.

Apresenta-se, de seguida, os Quadros relativos aos locais de recolha da amostra dos dois grupos considerados.

As participantes do nosso estudo foram recrutadas em doze unidades hospitalares<sup>30</sup> de Portugal Continental, nomeadamente:

**Quadro 3 - Locais de recolha da amostra: GA**

Zonas de Portugal Continental	Unidades Hospitalares
Zona Norte	Serviço de Obstetrícia do Hospital de Vila Real/Peso da Régua; Serviço de Obstetrícia do Hospital de São Marcos de Braga; Maternidade Júlio Dinis - Porto; Unidade Local de Saúde do Alto Minho (Viana do Castelo);
Zona Centro	Maternidade Daniel de Matos - Coimbra; Serviço de Obstetrícia do Hospital Pêro da Covilhã; Serviço de Obstetrícia - Hospital Sousa Martins - Guarda; Serviço de Obstetrícia do Hospital Infante D. Pedro - Aveiro; Serviço de Obstetrícia do Hospital de S. Teotónio - Viseu;
Zona Lisboa e Vale do Tejo	Maternidade Alfredo da Costa - Lisboa;
Zona Sul	Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - Beja; Serviço de Obstetrícia do Hospital Distrital de Faro;

Foi também recolhido um **grupo de controlo (GASHG)**, constituído por jovens com idades semelhantes ao grupo das grávidas adolescentes (GA), que não estavam grávidas (nem nunca tenham estado) nem eram mães e que voluntariamente consentiam em participar no estudo. Além disso, tinham de se encontrar no momento da avaliação a frequentar o sistema de ensino (regular ou profissional). Como critério de exclusão, estabelecemos também a existência de défices cognitivos que inviabilizassem o auto-preenchimento do protocolo de avaliação.

O presente trabalho foi realizado com a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados, da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular e dos Conselhos Executivos das Escolas (cf. Ponto 2.3.1).

<sup>30</sup> A seleção destas unidades hospitalares foi norteadada em função dos locais onde se registou o maior número de nascimentos de grávidas adolescentes por regiões (INE, 2008; NUTS II, 2002); pelos serviços que dispõem de consulta de obstetrícia de grávidas adolescentes e ainda pela recetividade obtida pelos locais contactados.

As participantes do nosso estudo foram recrutadas em 13 escolas de Portugal Continental, nomeadamente:

**Quadro 4 - Locais de recolha da amostra: GASHG**

Zonas de Portugal Continental	Estabelecimentos de Ensino <sup>31</sup>
Zona Norte	Escola E.B. 2/3 Dr. Leonardo Coimbra (Porto); Escola Profissional de Braga (Braga);
Zona Centro	Escola Secundária Afonso de Albuquerque (Guarda); EnsiGuarda (Escola Profissional da Guarda); Escola Secundária Avelar Brotero (Coimbra); Escola Secundária c/3.º Ciclo de Pinhel;
Zona Lisboa e Vale do Tejo	Escola Secundária Baixa da Banheira (Vale de Amoreira - Lisboa); Escola Secundária do Lumiar (Lisboa); Escola Profissional de Setúbal; Escola Secundária Dom Manuel Martins (Setúbal);
Zona Sul	Escola E.B. 2/3 Poeta Bernardo Passos (S. Brás de Alportel - Algarve); Escola Secundária com 3º ciclo D. Manuel I (Beja); Escola Secundária Manuel Teixeira Gomes (Portimão);

A constituição dos grupos, bem como as principais características sociodemográficas da amostra nacional<sup>32</sup>, encontram-se no Quadro 5.

<sup>31</sup> A seleção destes estabelecimentos de ensino está relacionada com o fato de pertencerem ao ensino regular e/ou profissional, pela receptividade obtida pelos locais contactados e ainda em função da rapidez na resposta e agilização dos procedimentos para recolha da amostra.

<sup>32</sup> Dada a sua relevância para os objetivos a que se propõe o presente trabalho, as variáveis sociodemográficas, bem como outras características individuais, relacionais e socioculturais, serão exploradas por regiões e em maior detalhe na secção *Apresentação dos resultados*.

Quadro 5 - Características gerais dos grupos em estudo: GA e ASHG

	GA (N = 306)	ASHG (N = 324)	$t/x^2$ (gl) (N)	p
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)		
<b>Idade</b>	16.31 (1.22) 12-19	16.77 (1.34) 12 - 19	4.552 (628)	< .001
<b>Habilitações literárias (último ano frequentado)</b>	8.39 (2.05) 0 - 12	10.65 (1.57) 1 - 12	13.444 (372.657)	< .001
	n (%)	n (%)		
<b>Estado civil</b>			108.420	
Solteira	201 (65.7)	316 (97.5)	(1)	< .001
Casada/unida de fato	105 (34.3)	8 (2.5)	N = 630	
<b>Frequência do sistema de ensino</b>			271.427	
Não	181 (59.7)	0 (0.0)	(1)	< .001
Sim	122 (40.3)	323 (100)	N = 626	
<b>Situação profissional</b>			269.322	
Empregada	25 (8.3)	0 (0.0)	(2)	< .001
Desempregada	155 (51.2)	0 (0.0)	N = 626	
Estudante	123 (40.6)	323 (100)		
<b>Etnia</b>			20.468	
Caucasiana	267 (87.3)	314 (96.9)	(1)	< .001
Minorias étnicas <sup>33</sup>	39 (12.7)	10 (3.1)	N = 630	
<b>Nível Socioeconómico (NSE)</b>			43.148	
Baixo	279 (91.2)	231 (71.5)	(2)	< .001
Médio	26 (8.5)	71 (22.0)	N = 629	
Elevado	1 (0.3)	21 (6.5)		
<b>Região de residência</b>				
Norte	112 (36.6)	119 (36.7)	0.051	
Centro	70 (22.9)	72 (22.2)	(3)	.997
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	80 (26.1)	85 (26.2)	N = 630	
Sul <sup>34</sup>	44 (14.4)	48 (14.8)		

A amostra é constituída por 630 adolescentes do sexo feminino. O grupo das GA é constituído por 306 participantes, com uma média de idades 16.31 anos (idade mínima 12 anos; idade máxima 19 anos) e desvio padrão de 1.22 anos.

Como se pode observar pela leitura do Quadro 5, 59.7% das adolescentes não frequentava o sistema de ensino durante a gravidez e 51.2% estavam numa situação em que não trabalhavam.

É de notar, ainda, que maioritariamente (91.2%) encontram-se num nível socioeconómico *baixo* de acordo com a tipologia de Simões<sup>35</sup> (1994).

<sup>33</sup> Dada a reduzida dimensão das categorias Cigana [28 (9.2%) no grupo GA e 2 (.6%) no grupo GASHG], Negra/Africana [10 (3.3%) no grupo GA e 5 (1.5%) no grupo GASHG] e Asiática [1 (.3%) no grupo GA e 3 (.9%) no grupo GASHG], optámos pela categorização das mesmas como minorias étnicas, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

O GASHG é constituído por 324 participantes do sexo feminino, com uma idade média de 16.77 anos (idade mínima 12 anos; idade máxima 19 anos) e desvio-padrão de 1.34 anos. Na sua maioria (97.5%) referem ser solteiras, estando apenas oito adolescentes casadas ou a viver em união de fato. Apresentam-se todas inseridas no sistema de ensino. O NSE *baixo* também predomina (71.5%).

A nível nacional, os grupos diferiram significativamente em todas as variáveis consideradas, à exceção da sua distribuição regional (Quadro 5). Verificou-se, assim, que as jovens do grupo GA eram mais novas do que os seus pares sem história de gravidez [ $t_{(628)} = 4.552, p < .001, r = .179$ ], possuindo igualmente menores habilitações literárias [ $t_{(372.657)} = 13.444, p < .001, r = .571$ ].

De forma igualmente significativa, as jovens do grupo GA encontravam-se em maior número que os seus pares sem história de gravidez casadas/unidas de fato e fora do sistema de ensino (quer empregadas, quer desempregadas), revelando ainda pertencerem em maior frequência que estas a minorias étnicas e a níveis socioeconómicos mais baixos.

Considerámos pertinente, em algumas análises, distinguir dois grupos nas jovens sem história de gravidez: as que iniciaram a vida sexual e as que não iniciaram, ainda, a vida sexual. Apresentamos, em seguida (Quadro 6), a caracterização do grupo alvo por comparação com as jovens sem história de gravidez que haviam já iniciado a sua vida sexual (ASHG-SI).

---

<sup>35</sup> *NSE baixo*: *profissões* - 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, empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; *escolaridade* - até ao 8.º ano de escolaridade. *NSE médio*: *profissões* - profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores, proprietários de embarcações, empregados de escritório, de seguros e bancários, agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino primário e secundário, comerciantes e industriais; *escolaridade* - do 9º ao 12º ano de escolaridade e cursos médios. *NSE elevado*: *profissões* - grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria, Quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior), artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas, pilotos da aviação; *escolaridade* - licenciaturas, mestrados e doutoramentos; no caso de grandes proprietários e empresários incluir também indivíduos com habilitações inferiores.

Quadro 6 - Características gerais dos grupos em estudo: GA e ASHG-SI

	GA (N = 306)	ASHG-SI (N = 201)	t/x <sup>2</sup> (gl) (N)	p
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)		
<b>Idade</b>	16.31 (1.22) 12-19	17.13 (1.13) 14-19	7.628 (505)	< .001
<b>Habilitações literárias</b> (último ano frequentado)	8.39 (2.05) 0 - 12	10.95 (1.48) 1-12	14.352 (379.30)	< .001
	n (%)	n (%)		
<b>Estado civil</b>			64.447	
Solteira	201 (65.7)	193 (96.0)	(1)	< .001
Casada/unida de fato	105 (34.3)	8 (4.0)	N = 507	
<b>Frequência do sistema de ensino</b>			137.327	
Não	181 (59.7)	0 (0.0)	(1)	< .001
Sim	122 (40.3)	201 (100)	N = 496	
<b>Situação profissional</b>			185.743	
Empregada	25 (8.3)	0 (0.0)	(2)	< .001
Desempregada	155 (51.2)	0 (0.0)	N = 504	
Estudante	123 (40.6)	201 (100)		
<b>Etnia</b>			16.106	
Caucasiana	267 (87.3)	196 (97.5)	(1)	< .001
Minorias étnicas <sup>36</sup>	39 (12.7)	5 (2.5)	N = 507	
<b>Nível Socioeconómico (NSE)</b>			33.097	
Baixo	279 (91.2)	147 (73.1)	(2)	< .001
Médio	26 (8.5)	43 (62.3)	N = 507	
Elevado	1 (0.3)	11 (5.5)		
<b>Região de residência</b>			1.102	
Norte	112 (36.6)	71 (35.3)	(3)	.777
Centro	70 (22.9)	40 (19.9)		
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	80 (26.1)	57 (28.4)	N = 507	
Sul	44 (14.4)	33 (16.4)		

Os grupos diferiram significativamente em todas as variáveis consideradas, à exceção da sua distribuição regional (Quadro 6). Verificou-se, assim, que as jovens do grupo ASHG-SI eram mais velhas do que as adolescentes grávidas [ $t_{(505)} = 7.628$   $p < .001$ ,  $r = .179$ ], possuindo igualmente maiores habilitações literárias [ $t_{(379.30)} = 14.352$ ,  $p < .001$ ,  $r = .571$ ].

De forma igualmente significativa, as jovens do grupo ASHG-SI encontravam-se em menor número que as grávidas adolescentes casadas/unidas de fato e pertencem em menor frequência que estas a minorias étnicas e a níveis socioeconómicos mais baixos. Além disso, todas as ASHG-SI se encontravam a frequentar o sistema de ensino.

As características do grupo alvo (GA), no que à história reprodutiva diz respeito, encontram-se descritas no Quadro 7. Como é possível observar, a idade gestacional variou de

<sup>36</sup> Dada a reduzida dimensão das categorias Cigana [28 (9.2%) no grupo GA e 2 (.6%) no grupo GC], Negra/Africana [10 (3.3%) no grupo GA e 5 (1.5%) no grupo GC] e Asiática [1 (.3%) no grupo GA e 3 (.9%) no grupo GC], optámos pela categorização das mesmas como minorias étnicas, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

3 a 40 semanas. A maioria das gravidezes não foi planeada, nem desejada. No entanto, 19.0% das jovens referem planeamento prévio e 38.9% declaram a gravidez como desejada. Para 12.7% das jovens deste grupo a gravidez atual não foi a primeira gravidez, sendo ainda que 5.2% tinham já realizado uma IVG e 0.3% tinham recorrido a esse procedimento médico por duas vezes.

**Quadro 7 - História reprodutiva do grupo alvo: GA**

GA (N = 306)		
	M (DP) (Min. - Máx.)	
Idade gestacional (semanas)	23.53 (9.43) (3 - 40)	
	n	%
<b>Gravidez planeada</b>		
Não	247	80.7
Sim	58	19.0
Missing	1	0.3
<b>Gravidez desejada</b>		
Não	193	63.1
Sim	113	36.9
Missing		
<b>Gravidez(es) prévia(s)</b>		
Não	267	87.3
Sim	39	12.7
<b>IVG(s) prévia(s)</b>		
Não	289	94.4
Sim, uma	16	5.2
Sim, duas	1	0.3

### 2.3. Procedimentos de recolha de dados

#### 2.3.1. Aspetos éticos

Durante todo o estudo, foram tidos em conta e cumpridos, sempre que possível e aplicável, as orientações referentes aos princípios éticos na investigação científica com seres humanos, presentes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000). Os princípios fundamentais desta declaração integram também as propostas da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de abril de 2011).

No cumprimento dos princípios éticos foram efetuadas as seguintes diligências:

1) *Desenvolvimento e proposta do estudo* - num primeiro momento foram solicitadas as autorizações legais, quer da comissão Nacional de Proteção de Dados, quer da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Após termos obtido estas autorizações foram

enviados os pedidos de autorização aos conselhos de administração das unidades hospitalares referidas anteriormente. Foram ainda contactadas escolas, quer do ensino regular quer do ensino profissional. A forma como se processou o pedido de autorização para a realização do estudo variou nas várias unidades hospitalares e estabelecimentos de ensino, pelo que obedecemos às linhas traçadas para o efeito pelas comissões de ética dos hospitais e pelos órgãos diretivos de cada uma das escolas. Neste sentido, o protocolo de investigação foi submetido à consideração e aprovação das comissões de ética dos hospitais que participaram no estudo assim como dos conselhos executivos de cada escola.

2) *Condução do estudo* - ao longo de todo o projeto foi assegurada: a) participação informada: era facultada de forma oral e por documento escrito, o propósito e significado da investigação e do impacto esperado dos seus resultados na vida das participantes e de outros indivíduos. Esta informação foi efetuada numa linguagem clara, honesta e direta e o documento escrito era facilmente legível e de rápida apreensão, de forma a permitir às adolescentes/encarregados de educação/tutores legais uma decisão informada quanto aos potenciais riscos de participar e quanto às características gerais da sua participação; b) garantia da confidencialidade: a confidencialidade foi assegurada através da atribuição de um número de código ao protocolo de avaliação, em função da zona do país em que era recolhido, para que não pudessem ser identificadas. Além disso, garantia-se que apenas se recolhia a informação que serviria os propósitos da investigação e que não seria utilizada para quaisquer outros fins. c) garantia da participação voluntária: foi igualmente assegurado que a participação era absolutamente voluntária, e que se decidisse participar, podia desistir em qualquer fase do processo sem qualquer implicação na qualidade dos cuidados médicos que estava a receber; d) assegurada a capacidade de consentimento: todas as adolescentes/encarregados de educação/tutores legais preencheram um consentimento informado. Este documento descrevia os objetivos, duração e metodologia utilizada no estudo. Incluía igualmente a afiliação institucional dos investigadores bem como os seus contatos. Como se trata de participantes que não têm capacidade para dar consentimento informado e voluntário, uma vez que têm idade inferior a 18 anos, o consentimento era obtido, na maioria das vezes, através dos tutores legais/encarregados de educação. Neste consentimento, era assegurada a confidencialidade da informação dos participantes, o direito à recusa à participação ou à desistência em qualquer momento do estudo, garantindo que qualquer destas situações não teria nenhuma interferência com o acompanhamento clínico das participantes. A informação que constava no documento era explicada oralmente, de modo a que qualquer dúvida que surgisse fosse esclarecida. Apenas quando não apresentavam dúvidas acerca dos procedimentos era solicitada a sua colaboração, formalizada pela assinatura do Consentimento Informado. 3) Por último, na *divulgação dos resultados* - ao longo do projeto e no final, procuramos relatar os resultados de forma objetiva e precisa, sem ocultar resultados contrários às nossas hipóteses.

### 2.3.2. Recolha de dados

A recolha da amostra decorreu entre janeiro de 2009 e dezembro de 2010<sup>37</sup> e nela colaboraram onze psicólogas, que receberam previamente formação específica para aplicação dos instrumentos que constituem o protocolo de avaliação. O recrutamento dos grupos realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, nas instituições participantes.

Nas *unidades hospitalares*, iniciávamos o processo de recolha da amostra com um contato com a médica da consulta no sentido de saber quem são as grávidas adolescentes que estão marcadas para a consulta e se estão disponíveis para a abordagem do investigador; Após este momento, era feita uma abordagem individual a cada jovem num espaço privado facultado para o efeito, onde era explicado à grávida a natureza e o objetivo do estudo. Após garantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos e após uma reflexão da própria, se decidia colaborar no nosso estudo, era-lhe pedido que assinasse um formulário de consentimento informado (ou que assinasse o seu representante legal). A avaliação foi feita individualmente, na presença de uma psicóloga devidamente credenciada para o efeito, através de uma entrevista semi-estruturada e de um questionário que se descreverão de seguida. Foram ainda preenchidas grelhas de informação médica, referentes a aspetos obstétricos, com recurso aos registos do Boletim Individual de Saúde da grávida.

A recolha da amostra do *grupo das adolescentes sem história de gravidez* iniciava-se com uma explicação junto às jovens acerca do carácter voluntário da sua participação, a confidencialidade da informação recolhida e outros cuidados éticos e deontológicos previstos na Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98 de 26 de outubro), sendo enviada uma carta para casa dos alunos explicando os objetivos do estudo e pedindo o consentimento do encarregado de educação para a participação dos filhos.

Posteriormente, no estabelecimento de ensino frequentado e sempre no horário e espaço facultado pelo Conselho Executivo e pelos professores, procedia-se à avaliação em grupo das adolescentes que aceitassem participar (com a autorização do encarregado de educação), sendo a informação recolhida através de questionários de auto-preenchimento e grelhas de informação familiar, social, escolar e médica. Durante o preenchimento, esteve sempre presente a autora desta investigação (com exceção de duas escolas, em que estiveram psicólogas devidamente credenciadas para o efeito), prestando o esclarecimento individual às dificuldades referidas pelas jovens.

---

<sup>37</sup> A recolha teve datas diferentes de início e fim nas diversas unidades hospitalares e estabelecimentos de ensino. Este aspeto esteve relacionado com a obtenção da autorização para iniciar a recolha e respeito pelos prazos estabelecidos.

O tratamento de todos os protocolos de avaliação foi centralizado em Coimbra, para garantir a homogeneidade da codificação e inserção de dados.

## 2.4. Instrumentos

No desenvolvimento deste projeto de investigação procurou-se escolher instrumentos adequados aos objetivos e questões de investigação, para que todas as variáveis contempladas fossem adequadamente avaliadas. Para tal, procedeu-se a uma revisão bibliográfica e verificamos que existe evidência empírica considerável (cf. Capítulo III) da influência de vários contextos que parecem influenciar a ocorrência de uma gravidez precoce, tendo-se chegado à seleção final dos instrumentos de avaliação, que vão ao encontro dos contextos alvo que se pretendem avaliar.

Os instrumentos foram escolhidos com base na sua robustez psicométrica, facilidade e brevidade de aplicação e adequação para a avaliação das variáveis em causa. Os instrumentos utilizados haviam sido alvo de estudos de validação para a população portuguesa, porém, foi efetuada a análise das suas qualidades psicométricas quando aplicados às amostras do estudo.

O Quadro 8 especifica os instrumentos utilizados para o presente estudo, assim como os objetivos da sua utilização e variáveis associadas e, que, posteriormente se descrevem em detalhe.

**Quadro 8 - Instrumentos de avaliação, objetivos e grupos avaliados**

Instrumentos	Objetivos	Variáveis e Grupos a que se aplicam
<b>Ficha de dados sociodemográficos e entrevista semi-estruturada</b>	Avaliação de dados sócio-demográficos e outras informações individuais e familiares; percurso escolar e profissional; vida sexual e métodos anticoncetivos. Avaliação de motivações e projeto de vida. Para o grupo GA, inclui adicionalmente tópicos acerca da gravidez, dados sociodemográficos do pai do bebé e da sua relação com a jovem.	Variáveis sociodemográficas, estrutura familiar, estilo de vida, reações e atitudes perante a gravidez, projeto de vida  (GA/GASHG)
<b>EMBU - Memórias de Infância</b> (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorring & Perris, 1980; versão portuguesa: Canavarro, 1996, 1999)	Avaliação da perceção de determinadas práticas educativas parentais durante a infância e adolescência em três dimensões: suporte emocional, rejeição e sobreproteção - avaliadas separadamente para o pai e para a mãe.	Sobreproteção; Rejeição e Suporte Emocional  (GA/GASHG)
<b>Grelhas de informação obstétrica</b>	Identificação dos antecedentes médicos e obstétricos	Antecedentes obstétricos  (GA)

#### 2.4.1. Ficha de dados sociodemográficos e entrevista semi-estruturada

Esta ficha foi construída a partir da entrevista semi-estruturada sobre as dimensões psicológicas da gravidez utilizada na avaliação e triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Daniel de Matos - Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Esta ficha era constituída maioritariamente por questões de seleção de resposta simples e composta, embora constassem, também, perguntas de produção aberta.

Este instrumento possibilita a recolha dos dados de identificação e caracterização sociodemográfica, informação escolar e profissional. Permite ainda obter dados acerca do contexto familiar (na infância e atualmente), da história de saúde médica e psicopatologia (da adolescente, companheiro e progenitores) e saúde reprodutiva, projeto de vida e gravidez na adolescência na família. Um segundo grupo de questões diz respeito à gravidez, nomeadamente, permite obter dados sobre a história de saúde reprodutiva e a gravidez atual, aspetos obstétricos e neonatais e acerca da vivência psicológica e emocional da gravidez (expectativas prévias, reação emocional da própria e de outros significativos, mudanças percebidas, entre outros aspetos). Um último grupo de questões permite a recolha de informação relativa à satisfação geral com a vida, mudanças desejadas e projetos de vida em áreas como a família e a vida escolar e profissional. As versões desta entrevista utilizadas num e noutro grupo diferiam em alguns aspetos de formulação, que visavam ajustá-la à realidade de ambos.

No caso das jovens grávidas o questionário incluía adicionalmente tópicos sobre a gravidez, dados sócio-demográficos do pai do bebé e reações e atitudes face à gravidez, vigilância e impacto da mesma na vida da adolescente e ainda informações sobre projetos futuros da adolescente para si própria e para o bebé.

#### ***Codificação das variáveis sociais e demográficas***

A variável *idade* foi registada de acordo com o que era referido pelas adolescentes em anos e agrupada em dois grupos etários<sup>38</sup>: menos de 15 anos e 15 a 19 anos. Relativamente ao *estado civil*, a classificação obedeceu à situação legal ou à existência de uma rotina habitual com um companheiro (situação de coabitação); assim, considerámos os seguintes grupos: solteiras, casadas, em união de fato, e separadas ou divorciadas. Dentro do grupo de participantes casadas, fizemos a distinção entre *casamento religioso* e *casamento civil*.

O *grau de instrução* foi classificado tendo em conta o grau de escolaridade atingido (ano escolar frequentado ou último ano frequentado antes de abandonar a escola) e foi categorizada de acordo com os níveis de ensino habituais: 1º ciclo do Ensino Básico (até ao 4º

---

<sup>38</sup> Utilizamos estas categorias tendo por referência o valor utilizado pelo Instituto Nacional de Estatística na divulgação das estatísticas demográficas nacionais relativas à taxa de fecundidade e ao número de filhos de mães adolescentes.

ano de escolaridade), 2º ciclo (5º e 6º anos), 3º ciclo (até ao 9º ano de escolaridade) e Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano de escolaridade).

No caso de ter ocorrido *abandono escolar*, era registado o ano em que tal tinha ocorrido, bem como os motivos pelos quais havia acontecido. As expectativas das jovens acerca de continuação ou não dos estudos e respetivos motivos, bem como os *projetos profissionais futuros* eram também alvo de questionamento. Registavam-se, ainda, informações relacionadas com o percurso escolar anterior, nomeadamente a ocorrência ou não de reações, o ano em que ocorreram e o tipo de ensino frequentado (regular ou profissional).

Os dados acerca da *situação profissional* foram classificados em três categorias: empregada, desempregada/inativa e estudante. Na situação de emprego, era também registada a profissão exercida (estes dados foram recolhidos para as participantes e em relação aos progenitores e, no caso das jovens casadas ou em união de fato, também para o companheiro).

Tendo por base as informações acerca das habilitações escolares e da situação profissional da própria, ou do elemento cujo rendimento era predominante dentro do agregado familiar, foi codificado o *NSE*, utilizando-se para tal a tipologia estabelecida por Simões (1994), que recomenda três níveis: *baixo*, *médio* e *elevado* (cf. pg. 102).

As variáveis relativas ao *estilo de vida* (consumo de álcool, tabaco ou outros estupefacientes), foram recolhidas em relação às adolescentes, aos progenitores e ao companheiro e as respostas foram categorizadas dicotomicamente em *sim* e *não*, sendo colocadas questões adicionais para elucidação acerca das frequências de consumo. Em relação às grávidas, foram inquiridos os consumos habituais e os ocorridos durante a gravidez.

### ***Variáveis relativas à história de saúde reprodutiva e gravidez***

A informação acerca da *história sexual e reprodutiva* (idade da menarca, idade de início da vida sexual, número de parceiros, existência ou não de gestações prévias e respetivo resultado obstétrico), o conhecimento e utilização de métodos contraceptivos (antes da gestação e depois do parto, no caso das participantes com história de gravidez), as formas de prevenção e práticas individuais nesse sentido, e a verificação das expectativas (prévias à ocorrência de gestação) acerca das mudanças decorrentes de uma gravidez na adolescência, foi obtida através da realização de questões (abertas e fechadas).

No caso das jovens grávidas foram colocadas questões de modo a suscitarem uma resposta dicotómica (*sim* ou *não*), acerca do desejo e planeamento da gravidez e respetivos motivos, bem como a ponderação e realização ou não de interrupção voluntária da gestação, e respetivas justificações pessoais, sendo seguidas por questões abertas que permitissem esclarecer o significado das respostas. Analisou-se também a sua experiência prévia

(existência ou não de outras gestações, e curso e resultado obstétrico das mesmas), sendo classificadas como primíparas ou múltiparas. O GA foi ainda inquirido acerca do impacto e reações emocionais à gestação (da própria e de outros significativos, nomeadamente pais e companheiro), vigilância e possíveis intercorrências médicas ao longo da gravidez.

A reação à gravidez foi avaliada solicitando às grávidas que classificassem a sua reação e a de outros significativos, numa escala ordinal - com sete possibilidades de resposta - que vai de (*Extremamente mal* a *Extremamente bem*), sendo-lhes pedido em seguida que justificassem a sua escolha com exemplos dos comportamentos em que se fundamentaram para responder. Analogamente, foram inquiridas as atitudes dessas mesmas figuras da rede relacional em relação à gravidez (com possibilidades de resposta que iam desde *Distanciou-se e não apoia*, até *Aceitou e apoia*), e foi-lhes pedido que qualificassem a mudança ou a persistência dessas atitudes ao longo da gravidez (*Não mudou*, *Mudou para pior*, *Mudou para melhor*).

Foi ainda solicitado que avaliassem o impacto da ocorrência de gravidez na adolescência em várias áreas de vida (autoimagem, estado emocional, relação com outros significativos, disponibilidade de dinheiro e tempo para si mesma, vida escolar ou profissional), referindo se consideravam que essas dimensões ficavam *igual*, *melhor* ou *pior* depois da sua ocorrência. No GASHG esta questão era efetuada acerca da percepção do impacto que a ocorrência de uma gravidez tinha numa jovem nesta fase do ciclo de vida. A existência ou não de gravidez na adolescência na família foi apurada questionando as jovens acerca de outros membros femininos da família que tivessem engravidado antes dos 18 anos; no caso de resposta afirmativa, era pedido que indicassem o parentesco com elas.

#### 2.4.2. Questionário de auto-resposta<sup>39</sup>

***Memórias de Infância; EMBU - (Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorris, & Perris, 1980; Versão Portuguesa: Canavarro, 1996, 1999)***

A versão original deste instrumento foi desenvolvida na Suécia (Perris, Jacobson, Lindstrom von Knorris, & Perris, 1980) e era constituída por 81 itens, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção dos adultos acerca das práticas educativas dos seus progenitores durante a infância e a adolescência. Este instrumento procura avaliar com que frequência ocorreram determinadas práticas educativas, em relação ao pai e à mãe, separadamente (Canavarro, 1996).

---

<sup>39</sup> A opção pelos questionários auto-administrados, anónimos, relaciona-se com o fato de suscitar uma menor reatividade por parte dos inquiridos e pressupor uma menor interferência do investigador (Alferes, 1997), ainda que a utilização apenas da jovem grávida como fonte de informação, possa provocar enviesamentos vários, entre eles o desejo de apresentar uma imagem favorável (Pereira et al., 2003). Contudo, a opção pelos questionários prendeu-se também com razões práticas de economia de tempo e recursos materiais.

Para colmatar a morosidade na aplicação da versão original, Arrindell e colaboradores (1994) elaboraram uma forma abreviada do EMBU, constituída por 23 itens, distribuídos por três dimensões: Suporte emocional, Rejeição e Sobreproteção. Esta versão revelou bons indicadores de validade e fiabilidade, bem como níveis satisfatórios de variância intercultural para as dimensões consideradas.

A versão portuguesa da escala abreviada recebeu a designação de *Memórias de Infância*, embora a sigla EMBU seja utilizada por ser a mais corrente na literatura, e consiste num questionário de auto-resposta, constituído por 23 itens numa escala de resposta tipo Likert de quatro pontos, que vai desde “Não, nunca” [1] até “Sim, a maior parte do tempo” [4]. A sua utilização científica com a população portuguesa é possível a partir dos estudos realizados por Canavarro (1996, 1999).

Os estudos psicométricos portugueses realizados (Canavarro, 1996) revelaram bons índices de fiabilidade e validade do instrumento. Para a versão final da escala, Canavarro (1999) refere os valores do  $\alpha$  de Cronbach situados em .73 para o pai e .74 para a mãe. O valor do coeficiente de Spearman-Brown (.71 para o pai e .79 para a mãe) foi também abonatório de uma boa consistência interna. Se ponderados conjuntamente, os valores obtidos parecem ser representativos de um instrumento com boa consistência interna, verificando-se, porém, que a escala que avalia as práticas educativas maternas apresentou maior consistência interna do que a que avalia as práticas educativas do pai (Canavarro, 1999). O EMBU revelou também boa estabilidade temporal.

Os 23 itens que constituem o instrumento foram sujeitos a análise fatorial, sendo que os fatores encontrados coincidem com os apontados na teoria subjacente, pelo que foram mantidas as designações originais (Canavarro, 1999). Assim, a dimensão *Suporte Emocional* refere-se aos comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável na sua presença e lhe confirmam a ideia de que é aprovado e amado como pessoa pelos progenitores (e.g. aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho, em relação aos filhos); A dimensão *Rejeição*, por sua vez, é definida pelos comportamentos dos pais que visam modificar a vontade dos filhos e que são sentidos por estes como uma pressão para se comportarem em consonância com a vontade dos progenitores (e.g. castigos físicos, privação de objetos ou privilégios, ou aplicação direta da força com o objetivo de influenciar o comportamento do filho); Finalmente, a dimensão *Sobreproteção* reflete os comportamentos parentais caracterizados por proteção excessiva relativamente a experiências indutoras de *stress* e adversidades, elevado grau de intrusão nas atividades dos filhos e imposição de regras rígidas.

A utilização do EMBU em estudos efetuados em Portugal tem vindo a aumentar, incluindo vários com amostras de grávidas adolescentes (Pereira, 2001; Araújo-Pedrosa, 2009; Pires, 2009; Rodrigues et al., 2004). Por exemplo, em 2001, Pereira utilizou a escala no protocolo de avaliação de um estudo que integrou 81 adolescentes do sexo feminino sem história de gravidez e 57 adolescentes grávidas, encontrando diferenças significativas para

duas das subescalas (*Suporte emocional* e *Sobreproteção*), em relação quer à mãe, quer ao pai, e concluiu que as jovens grávidas percebem menor apoio emocional por parte do pai e menor sobreproteção por parte de ambos os progenitores do que as adolescentes sem história de gravidez.

Resultados de um estudo recente, que compara também dois grupos de adolescentes - um constituído por grávidas e outro por jovens sem história de gravidez - revelaram que em relação aos estilos educativos paternos, os grupos distinguem-se apenas relativamente à percepção de suporte emocional, com as adolescentes do GA a perceberem significativamente menor suporte emocional que as do GASHG. No que respeita aos estilos educativos maternos, verificam-se diferenças nas três dimensões do EMBU. Especificamente, as adolescentes do GA percebem menor suporte emocional do que as do GASHG, e adicionalmente percebem as suas mães como tendo estilos parentais pautados por menor rejeição e também menor sobreproteção, quando comparadas com o GASHG (Araújo-Pedrosa, 2009).

Na presente amostra, o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach variou de .742 (*Rejeição\_Pai\_GA*) a .917 (*Suporte Emocional\_Pai\_GA*). A dimensão *Sobreproteção* apresentou valores de .419 a .548, razão pela qual foi excluída. Verifica-se também a existência de correlações significativas entre todas as subescalas e o resultado global, quer para a figura materna quer para a figura paterna. Os Quadros 9 e 10 sumarizam os resultados obtidos.

**Quadro 9 - GA: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios padrão e consistência interna**

GA (N = 306)										
EMBU	Pai SupEm	Pai Rej	Pai Sobrep	Total Mãe	Mãe SupEm	Mãe Rej	Mãe Sobrep	M	DP	<i>a</i>
<b>Pai</b>										
Total	.655**	.337**	.608**	.815**	.545**	.269**	.493**	-	-	-
Suporte Emocional		-.387**	-.110	.572**	.787**	-.249**	-.054	17.13	5.81	.917
Rejeição Sobreproteção			.521**	.226**	-.263**	.739**	.403** .818**	9.72 12.56	2.73 2.95	.742 .548
<b>Mãe</b>										
Total					.734**	.350**	.554*	-	-	-
Suporte Emocional						-.258**	-.009	18.73	5.50	.970
Rejeição Sobreproteção							.400** 12.46	10.61 12.46	2.64 2.60	.754 .431

\* p < .05; \*\* p < .01

**Quadro 10 - ASHG: Estudos psicométricos do EMBU - Intercorrelações, médias, desvios padrão e consistência interna**

GASHG (N = 324)										
EMBU	Pai SupEm	Pai Rej	Pai Sobrep	Total Mãe	Mãe SupEm	Mãe Rej	Mãe Sobrep	M	DP	<i>a</i>
<b>Pai</b>										
Total	.687**	.278**	.735**	.771**	.449**	.209**	.600**	-	-	-
Suporte Emocional		-.379**	.153*	.438**	.722**	-.344**	.109	19.96	5.17	.873
Rejeição Sobreproteção			.297**	.305** .630**	-.314** .057	.782** .266**	.260** .849**	9.88 13.79	2.77 3.11	.744 .478
<b>Mãe</b>										
Total					.589**	.315**	.729**	-	-	-
Suporte Emocional						-.463**	.096	21.16	4.71	.859
Rejeição Sobreproteção							.270** 14.04	11.58 14.04	3.23 3.02	.751 .419

\* p < .05; \*\* p < .01

### 2.4.3. Grelha de informação obstétrica

Utilizámos ainda uma grelha de informação médica, dirigida à recolha de dados referentes à história de saúde prévia da jovem e de aspetos obstétricos da saúde reprodutiva e gestação atual (curso da gestação, vigilância médica, número de ecografias, possíveis intercorrências clínicas durante a gravidez).

### 3. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento dos dados foi realizado através de métodos de estatística descritiva e inferencial, com recurso a diferentes testes, consoante as características das variáveis em análise e o cumprimento dos pressupostos necessários à realização dos mesmos. A utilização de testes paramétricos foi feita sempre que possível, por se revelarem mais robustos. A violação do pressuposto da normalidade não impediu a sua realização sempre que os grupos em comparação apresentassem  $N$  iguais ou superiores a 30 (Pestana & Gageiro, 2005). Quando o não cumprimento do pressuposto da normalidade se fez acompanhar da ausência de 30 ou mais sujeitos por grupo, recorreremos a testes não paramétricos. Em ambas as situações foram considerados níveis de significação inferiores a .05 como indicando a existência de diferenças estatisticamente significativas.

De forma mais específica, para a caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva dos grupos que a constituíam, em cada região, recorreremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). As diferenças entre grupos - e, posteriormente entre regiões no que respeita ao grupo das jovens grávidas - relativamente a variáveis categoriais foram calculadas usando testes de Qui-Quadrado, ou o Teste Exato de Fisher, no caso de tabelas 2x2 em que a frequência esperada em alguma célula era inferior a 5. Quando alguma das variáveis categoriais apresentava mais de 2 categorias, foi assumido o pressuposto segundo o qual, para tabelas de contingência superiores a 2x2, o teste de Fisher não é adequado nem justificável na presença de amostras grandes (Field, 2009; Howell, 2008), como a deste estudo. Quando as variáveis em estudo eram contínuas e estavam cumpridos os pressupostos para testes paramétricos, foram usados testes T de Student, análises univariadas (ANOVA) e multivariadas da variância (MANOVA), bem como testes post hoc (Teste de Tukey), sempre que necessário. Quando as comparações de variáveis contínuas não permitiam assegurar os pressupostos da realização dos testes paramétricos recorreremos a testes U de Mann-Whitney.

Foram ainda calculadas medidas do efeito para todas as análises respeitantes a variáveis contínuas. Pretendemos, assim, obter medidas estandardizadas da magnitude dos efeitos observados, que, no caso dos testes T de Student devem ser interpretadas à luz da classificação de Choen (1988, 1992): efeitos pequenos ( $r = .10$ ), médios ( $r = .30$ ) e grandes ( $r$

= .50). Quando calculados  $\omega$  como medidas do efeito para análises univariadas da variância (ANOVA), Field (2000) recomenda que estas sejam interpretadas à luz dos mesmos pontos de referência, uma vez que constituem uma estimação menos enviesada da mesma média. Por fim, e de acordo com Kittler, Menard e Phillips (2007), quando utilizados  $\eta^2$  como medidas do efeito em análises multivariadas (MANOVA), os pontos de referência que permitem a sua interpretação fazem corresponder a  $\eta^2 = .01$  efeitos pequenos, a  $\eta^2 = .06$  efeitos médios e a  $\eta^2 = .14$  efeitos grandes.

Posteriormente, os fatores explicativos da iniciação sexual e da ocorrência de gravidez em cada região foram explorados através de modelos de regressão logística binária. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS, v. 17.



---

*Apresentação dos resultados* | **5**



## Apresentação dos Resultados | 5

Neste capítulo apresentamos os resultados relativos ao estudo empírico, que obedece à sequência estabelecida nos objetivos referidos no capítulo anterior.

A apresentação dos resultados vai respeitar a estratificação que efetuámos do país, de acordo com a nomenclatura da divisão e classificação do território nacional em regiões estatísticas, em conformidade com o estabelecido para a União Europeia (NUTS II, 2002) - Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. Relembramos que dada a reduzida dimensão dos grupos nas regiões Alentejo e Algarve - baseada nas dificuldades em obter um número significativo de grávidas adolescentes no Alentejo - optámos pela sua análise conjunta e categorização enquanto zona Sul.

Num primeiro momento, procedemos à caracterização dos grupos, através de análises descritivas, exaustivas e abrangentes, analisando cada região isoladamente. Esta opção relaciona-se por um lado com a concretização dos objetivos caracterizadores que nos propusemos cumprir e que visam abranger a complexidade dos fenómenos abordados e das questões fulcrais para a compreensão dos fenómenos da gravidez na adolescência e por outro lado, não obstante a relevância, tanto teórica como prática deste fenómeno e o crescente interesse pela sua investigação, serem ainda escassos ou inexistentes os estudos portugueses em algumas regiões geográficas do país. A maioria dos estudos que encontramos utilizava amostras recolhidas em maternidades portuguesas de referência, nomeadamente: maternidade Alfredo da Costa; maternidade Júlio Diniz, maternidade Byssaia Barreto e maternidade Daniel de Matos (e.g. Carlos et al., 2007; Figueiredo et al., 2003, 2004, 2006; Jongenelen, 2003; Lourenço, 1998; Pacheco et al., 2003; Pereira, 2001). Neste sentido, a extensa análise descritiva que este estudo apresenta pretende colmatar algumas das lacunas existentes na caracterização das grávidas adolescentes em algumas regiões geográficas do país.

Assim, a apresentação dos resultados atende num primeiro momento a uma caracterização regional, onde apresentamos os resultados obtidos para cada região em separado, nomeadamente: região Norte, região Centro, região Lisboa e Vale do Tejo e Região Sul.

Apesar de no capítulo anterior (cf. ponto 2.2) termos apresentado as principais características a nível nacional de cada um dos grupos da nossa amostra, neste momento, passamos a descrever pormenorizadamente e para **cada uma das zonas** (NUTS II, 2002), os resultados de algumas variáveis sociodemográficas, adquiridas a partir das respostas obtidas na entrevista semi-estruturada.

Em seguida, apresentamos a caracterização dos contextos relacionais da adolescente, do companheiro e dos progenitores. Nomeadamente, as especificidades e estrutura do agregado familiar e a caracterização sociodemográfica dos progenitores das jovens. São ainda exploradas as perceções das adolescentes acerca das práticas educativas parentais.

Apresentam-se, ainda, dados relativos à existência ou não de problemas de saúde e a hábitos de vida das adolescentes, como consumo de álcool e drogas.

Finalmente procedemos à caracterização dos grupos no que concerne à história da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente início e curso da vida sexual e conhecimento e práticas contraceptivas.

No ponto seguinte vamos efetuar uma comparação regional entre as grávidas adolescentes. Porque pretendemos analisar as diferenças existentes entre as variáveis sociodemográficas; variáveis relacionais; estilo de vida; história médica e reprodutiva e variáveis associadas à gestação, procedemos à comparação das jovens com história de gravidez, nas várias regiões.

Por último, apresentamos os resultados relativos às análises univariadas e multivariadas dos dados obtidos no questionário de auto-resposta e das variáveis avaliadas através de entrevista, procurando esboçar modelos compreensivos que ajudem a perceber os determinantes associados quer ao início da vida sexual quer à ocorrência de gravidez.





|| A. ZONA NORTE ||

| A.1. Caracterização do GA e do GASHG: Variáveis sociodemográficas

1.1. Idade

Verificou-se a existência de diferenças significativas ao nível da **média de idades** dos dois grupos [ $t_{(229)} = 2.450$ ,  $p = .015$ ,  $r = .160$ ], sendo as adolescentes grávidas mais novas do que os seus pares sem história de gravidez. No entanto, como é possível observar no Quadro 11, não foram encontradas diferenças na distribuição das jovens por **grupo etário**, tendo por critério a classificação em duas categorias (*Menos de 15 anos* e *Entre os 15 e os 19 anos*) habitualmente usada pelo INE para divulgação de estatísticas nacionais relativas ao número nados vivos de mães adolescentes.

Quadro 11 - GA e ASHG: Idade - Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	<i>M (DP)</i> (Mín. - Max.)	<i>M (DP)</i> (Mín. - Máx.)
Idade	16.48 (1.19) (13 - 19)	16.89 (1.34) (14 - 19)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<b>Grupo etário</b>		
Menos de 15 anos	9 (8.0)	5 (4.2)
15-19 anos	103 (92.0)	114 (95.8)

## 1.2. Estado civil

A distribuição dos dois grupos revelou diferenças significativas no que diz respeito ao estado civil atual<sup>40</sup> [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 11.148, p = .001$ ]. Apesar de, em ambos os grupos, as jovens se encontrarem maioritariamente solteiras (82.1% no GA e 95.8% no ASHG), apenas 5 (4.2%) das jovens sem história de gravidez pertenciam à categoria *Casada/Unida de fato*, comparativamente com 20 (17.9%) das jovens do grupo GA. Dentre as jovens casadas/unidas de fato, a situação mais frequente foi a união de fato (GA:  $n = 16, 14.3\%$ ; ASHG:  $n = 5, 4.2\%$ ). Apenas no grupo GA se verificaram situações de casamento civil ( $n = 3, 2.7\%$ ) e casamento religioso ( $n = 1, 0.9\%$ ).

Quadro 12 - GA e ASHG: Estado civil atual - Zona Norte

	GA	ASHG
	(N = 112)	(N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil atual</b>		
Solteira	92 (82.1)	114 (95.8)
Casada/Unida de fato	20 (17.9)	5 (4.2)

## 1.3. Tipo de área de residência

A avaliação do tipo de área de residência das jovens em estudo foi feita de acordo com a Tipologia de Áreas Urbanas (INE, 1998)<sup>41</sup>. Verificaram-se diferenças na distribuição das jovens dos dois grupos [ $\chi^2_{(2, N = 230)} = 10.548, p = .005$ ], com as jovens do grupo GA a pertencerem com menor frequência que os seus pares sem história de gravidez a zonas urbanas ( $n = 89, 79.5\%$  vs.  $n = 110, 93.2\%$  no grupo ASHG) e com maior frequência que estas a zonas semi-urbanas ( $n = 19, 17.0\%$  vs.  $n = 8, 6.8\%$  no grupo ASHG) e rurais ( $n = 4, 3.6\%$  vs.  $n = 0$  no grupo ASHG), como é possível observar na Figura 5.

<sup>40</sup> A análise do estado civil prévio à ocorrência de gravidez não foi possível, dado ao elevado número de *missings* na variável duração do casamento/união para as jovens que pertenciam à categoria casadas/unidas de fato. Sabemos apenas que das 20 adolescentes casadas/unidas de fato do grupo GA, 2 (10%) delas já se encontravam nesse estado civil quando engravidaram e 1 (5%) casou na sequência da ocorrência de gravidez. Para as restantes 17 (85%) jovens não dispomos dessa informação.

<sup>41</sup> Classificam-se como freguesias urbanas aquelas que apresentam uma densidade populacional superior a 500 habitantes/Km<sup>2</sup> ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes; como freguesias semi-urbanas, as não urbanas que possuem densidade populacional superior a 100 habitantes/Km<sup>2</sup> e inferior ou igual a 500 habitantes/Km<sup>2</sup>, ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes; e como freguesias rurais, as que não se integram nas classificações anteriores).

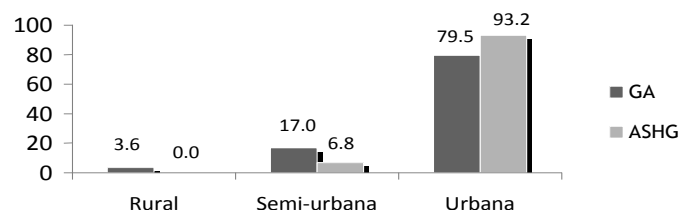


Figura 5 - GA e ASHG: Tipo de área de residência (%) - Zona Norte

#### 1.4. Religião e Etnia

Os grupos revelaram-se equivalentes ao nível da **confissão religiosa**, com a maioria das jovens (83.2% no grupo GA e 89.5% no grupo ASHG) a afirmarem-se seguidoras de uma religião (Católica ou outra) <sup>42</sup>. Já no que respeita ao **grau de envolvimento com a religião** seguida, os grupos apresentaram diferenças significativas [ $\chi^2_{(1, N = 172)} = 10.411, p = .001$ ], com 72.7% das adolescentes do grupo GA que eram seguidoras de uma religião a declararem-se não praticantes, comparativamente com 48.4% das jovens que o fizeram no grupo ASHG.

Quadro 13 - GA e ASHG: Religião - Zona Norte

	GA (N = 95)	ASHG (N = 114)
	n (%)	n (%)
<b>Confissão Religiosa</b>		
Não	16 (16.8)	12 (10.5)
Sim (Católica/Outra)	79 (83.2)	102 (89.5)
<b>Envolvimento com a Religião<sup>a</sup></b>		
Praticante	21 (27.3)	49 (51.6)
Não praticante	56 (72.7)	46 (48.4)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 77$ ;  $N_{ASH} = 95$

<sup>42</sup> Dado o reduzido número de jovens da zona Norte que integrava a categoria outra religião [3 (3.2%) no grupo GA e 2 (1.8%) no grupo ASHG], optámos por categorizar a variável *Confissão Religiosa* em dois níveis: Nenhuma e Católica/outra.

Relativamente à **etnia**, não foram encontradas diferenças entre os grupos, com a maioria das jovens de ambos a revelarem-se caucasianas (97.3% no GA e 96.6% no ASHG), por oposição à categoria *Minorias étnicas*<sup>43</sup>.

**Quadro 14 - GA e ASHG: Etnia - Zona Norte**

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Etnia</b>		
Caucasiana	109 (97.3)	115 (96.6)
Minorias étnicas	3 (2.7)	4 (3.4)

### 1.5. Nível Socioeconómico (NSE)

Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao **NSE** [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 5.130, p = .024$ ], com a maioria das jovens dos dois grupos a pertencer ao NSE baixo (94.6% no GA e 85.7% no ASHG), mas com as jovens do grupo GA a pertencerem de forma menos frequente que os seus pares sem história de gravidez ao NSE médio/elevado (5.4% vs. 14.3 no ASHG).

**Quadro 15 - GA e ASHG: NSE - Zona Norte**

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>NSE</b>		
Baixo	106 (94.6)	102 (85.7)
Médio/Elevado <sup>44</sup>	6 (5.4)	17 (14.3)

<sup>43</sup> Dada a reduzida dimensão, na zona Norte, das categorias étnicas *Cigana* [3 (2.7%) no grupo GA e 1 (0.8%) no grupo ASHG], *Negra/Africana* [0 no grupo GA e 1 (0.8%) no grupo ASHG] e *Asiática* [0 no grupo GA e 2 (1.7%) no grupo ASHG], optámos pela categorização das mesmas como minorias étnicas, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

<sup>44</sup> A classificação por nós adotada vai de encontro aos critérios definidos por Simões (1994). Dado o reduzido número de jovens da zona Norte que integravam o NSE elevado [0 no grupo GA e 1 (0.8%) no grupo ASHG], optámos por categorizar o NSE em dois níveis: Baixo e Médio/Elevado.

## 1.6. Escolaridade e Situação profissional

Relativamente à escolaridade, as jovens dos dois grupos diferiram no tipo de ensino correspondente ao último ano frequentado [ $\chi^2_{(1, N = 220)} = 69.283, p < .001$ ], com 73.8% das jovens do grupo GA a concluírem/prosseguirem as suas habilitações no ensino regular, comparativamente com apenas 17.9% das jovens do grupo ASHG, como é possível concluir através do Quadro 16. Verificou-se ainda que o grupo GA revelou habilitações literárias significativamente mais baixas [ $t_{(123.736)} = 7.670, p < .001, r = .568$ ], apresentando uma média de último ano frequentado inferior à do grupo de jovens sem história de gravidez (Quadro 16).

Quadro 16 - GA e ASHG: Habilitações literárias - Zona Norte

	GA (N = 103)	ASHG (N = 117)
	n (%)	n (%)
<b>Tipo de ensino</b>		
Regular	76 (73.8)	21 (17.9)
Profissional	27 (26.4)	96 (82.1)
	<b>M (DP)</b> (Mín. - Máx.)	<b>M (DP)</b> (Mín. - Máx.)
<b>Habilitações literárias<sup>a</sup></b> (último ano frequentado)	8.62 (2.03) (4 - 12)	10.72 (1.48) (6 - 12)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 74$ ;  $N_{ASHG} = 112$

Na Figura 6 encontra-se a distribuição das habilitações literárias das jovens dos dois grupos pelas categorias *1º ciclo* (ensino primário), *2º ciclo* (5-6º anos), *3º ciclo* (7-9º anos) e *Ensino Secundário* (10-12º anos). Não foram incluídas as categorias *Analfabetismo* nem *Ensino Superior* pela inexistência de jovens que lhes correspondessem em ambos os grupos. Como é possível observar, no grupo GA verificou-se a existência de uma pequena percentagem de jovens cujas habilitações não ultrapassaram o 1º ciclo ( $n = 1, 1.4\%$ ). Uma percentagem significativa ( $n = 15, 20.3\%$ ) revelou não ter ido além do 2º ciclo, sendo a categoria mais frequente o 3º ciclo ( $n = 34, 45.9\%$ ). Pelo contrário, no grupo ASHG as habilitações literárias das jovens concentraram-se maioritariamente no 3º ciclo ( $n = 21, 18.8\%$ ) e no ensino secundário ( $n = 90, 80.4\%$ ). A distribuição das habilitações literárias dos dois grupos difere significativamente [ $\chi^2_{(3, N = 186)} = 48.807, p < .001$ ].

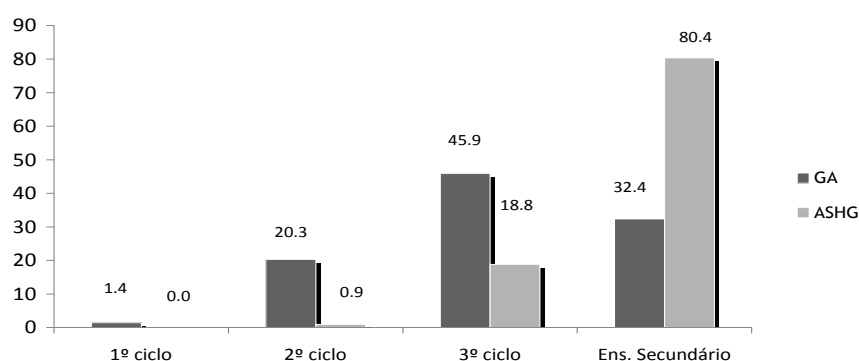


Figura 6 - GA e ASHG: Habilitações literárias por categorias (%) - Zona Norte

### 1.6.1. Tipo de ensino frequentado

Os grupos apresentaram igualmente diferenças ao nível da frequência do sistema de ensino [ $\chi^2(1, N = 231) = 108.913, p < .001$ ], com apenas 36.6% das jovens do grupo GA a frequentarem a escola, comparativamente com a totalidade das adolescentes do grupo sem história de gravidez.

Quadro 17 - GA e ASHG: Frequência do sistema de ensino - Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
Frequência do sistema de ensino		
Não	71 (63.4)	0 (0.0)
Sim	41 (36.6)	119 (100)

Das jovens do grupo GA que não frequentavam o sistema de ensino, 9 (8.0%) encontravam-se empregadas e 62 (55.4%) em situação de desemprego. Das jovens que se encontravam empregadas, 6 (66.7%) revelaram ser empregadas de balcão/mesa/cozinha e 3 (33.3%) comerciantes/feirantes.

### 1.6.2. Abandono Escolar

Olhando com mais detalhe para a história de **abandono escolar** destas jovens - abandono conceptualizado enquanto saída do sistema de ensino em qualquer momento do percurso escolar - verificámos que 51.4% abandonaram a escola antes de engravidarem e apenas 10.8% a abandonaram como consequência da gravidez (Quadro 18). No entanto, as diferenças entre os grupos ao nível do abandono escolar eram já significativas **previamente à ocorrência de gravidez** nas jovens do grupo GA [ $\chi^2_{(1, N = 230)} = 81.242, p < .001$ ]. Apenas 54 (48.6%) das jovens do grupo GA não tinham ainda abandonado a escola, comparativamente com a totalidade das jovens do grupo ASHG. O ano médio de abandono escolar prévio à gravidez foi o 7º ano de escolaridade (Quadro 18).

**Quadro 18 - GA e ASHG: História de abandono escolar - Zona Norte**

	GA (N = 111)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Abandono escolar Momento</b>		
Nunca	42 (37.8)	119 (100)
Prévio à gravidez	57 (51.4)	0 (0.0)
Posterior à gravidez	12 (10.8)	0 (0.0)
<b>Abandono (prévio à gravidez)</b>		
Não	54 (48.6)	119 (100)
Sim	57 (51.4)	0 (0.0)
	<b>M (DP)</b>	
	<b>(Mín. - Máx.)</b>	
<b>Ano de abandono</b> (prévio à gravidez)	7.40 (1.99)	
	2 - 12	

A distribuição dos motivos de abandono escolar prévio à ocorrência de gravidez encontra-se representada na Figura 7. Como é possível observar, 73.6% ( $n = 39$ ) das jovens declarou a falta de motivação e interesse como motivo para o abandono. Outros motivos como a preferência por trabalhar ou o final da escolaridade obrigatória/curso profissional ( $n = 5, 9.4\%$ ), a necessidade de trabalhar por dificuldades económicas ( $n = 5, 9.4\%$ ), o insucesso escolar ( $n = 2, 3.8\%$ ) a necessidade de ajudar em casa/cuidar de irmãos mais novos ( $n = 1, 1.9\%$ ) e motivos de saúde ( $n = 1, 1.9\%$ ) foram também referidos.

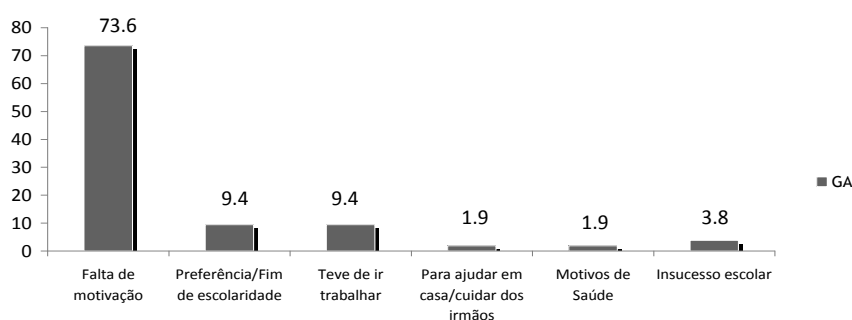


Figura 7 - GA: Motivos de abandono escolar prévio à gravidez (%) - Zona Norte

Analisando o sucesso académico, verificámos diferenças entre os grupos ao nível da ocorrência de reprovações [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 12.834, p < .001$ ]. Apenas 18.8% das jovens do grupo GA revelaram nunca terem reprovado, comparativamente com 40.3% das jovens do grupo ASHG. Como é possível observar no Quadro 19, entre as jovens com reprovações, as que pertenciam ao grupo GA apresentaram maior número médio das mesmas ao longo do seu percurso académico [ $t_{(148)} = -4.178, p < .001, r = .325$ ].

Quadro 19 - GA e ASHG: Sucesso académico - Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Reprovações</b>		
Não	21 (18.8)	48 (40.3)
Sim	91 (81.3)	71 (59.7)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
Número de reprovações <sup>a</sup> (quando existentes)	1.93 (0.80) (1 - 5)	1.42 (0.63) (1 - 3)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 84$ ;  $N_{ASHG} = 66$

### 1.7. Projetos de vida escolares e profissionais

Os grupos não revelaram diferenças ao nível da definição de projetos de vida no que concerne à escolaridade, com a maioria das jovens dos dois grupos (55.0% no GA e 61.0% no ASHG) a apresentar um projeto definido. No entanto, foram detetadas diferenças ao nível da

definição de projetos **profissionais** [ $\chi^2_{(1, N = 227)} = 4.565, p = .033$ ], sendo as jovens do grupo GA as que apresentam com maior frequência um projeto definido (83.9%) comparativamente com as jovens do grupo ASGH (72.2%).

Quadro 20 - GA e ASHG: (In)definição de projetos de vida - Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 115)
	n (%)	n (%)
<b>Projeto de vida: Profissão</b>		
Sem projeto definido	18 (16.1)	32 (27.8)
Projeto definido	94 (83.9)	83 (72.2)

Relativamente aos **projetos mencionados**, existem diferenças significativas entre os grupos ao nível de ambas as áreas: escolar [ $\chi^2_{(4, N = 123)} = 40.989, p < .001$ ] e profissional [ $\chi^2_{(4, N = 123)} = 17.244, p < .001$ ]. A distribuição dos mesmos encontra-se representada nas Figura 8 e 9, respetivamente. Como podemos observar, enquanto as jovens do grupo GA pretendem maioritariamente - e em maior frequência que os seus pares sem história de gravidez - estudar até ao 12º ano ( $n = 23, 39.0\%$ , vs.  $n = 7, 10.9\%$ , no ASHG) ou tirar um curso profissional ( $n = 16, 27.1\%$ , vs.  $n = 12, 18.8\%$ , no ASHG), o projeto mais frequentemente definido pelas jovens do grupo ASHG é a frequência e conclusão do ensino superior ( $n = 43, 67.2\%$ ), menos referido pelas jovens do GA ( $n = 8, 13.6\%$ ). Verificou-se ainda uma maior percentagem de jovens do grupo GA que pretendem apenas estudar até ao 9º ano ( $n = 6, 10.2\%$ , vs.  $n = 2, 3.6\%$ , no ASHG) ou não continuar a estudar ( $n = 6, 10.2\%$ , vs.  $n = 0$  no ASHG).

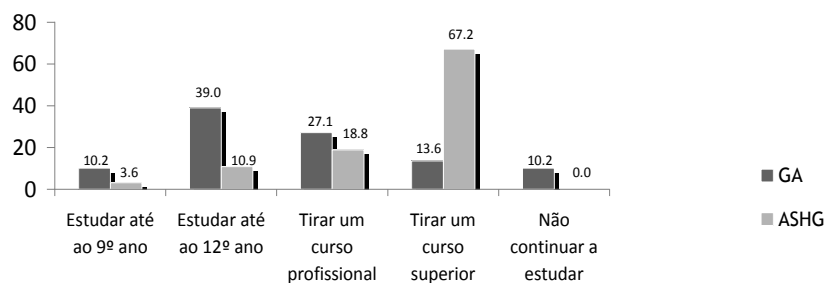


Figura 8 - GA e ASHG: Projetos escolares das jovens (%) - Zona Norte

Já no que diz respeito aos projetos profissionais, as jovens do grupo GA pretendem com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez trabalhar na área em que se pretendem formar ( $n = 20, 23.0\%$ , vs.  $n = 26, 36.6\%$ , no ASHG), e em maior frequência que estas procurar um trabalho específico ( $n = 49, 56.3\%$ , vs.  $n = 35, 49.3\%$ , no ASHG) ou procurar um trabalho qualquer ( $n = 11, 12.6\%$ , vs.  $n = 3, 4.6\%$ , no ASHG).

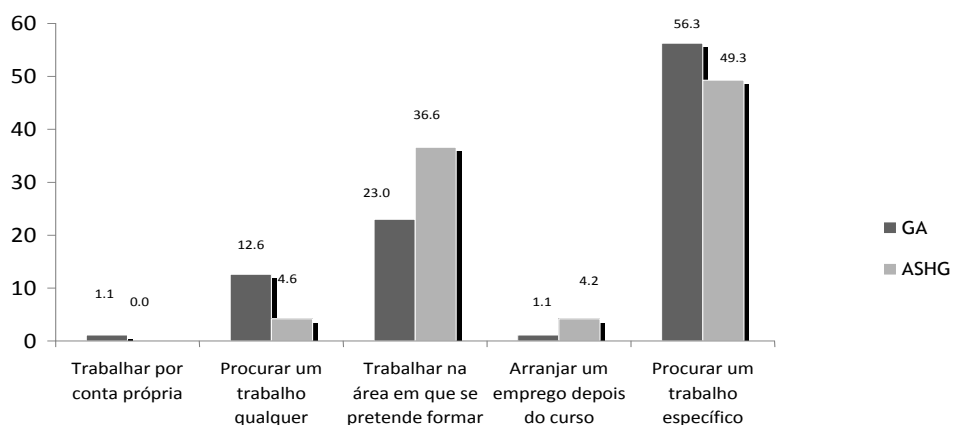


Figura 9 - GA e ASHG: Projetos profissionais das jovens (%) - Zona Norte

## |A. 2. Variáveis relacionais do GA e do GASHG

### 2.1. História e agregado familiar

#### Estrutura e dimensão do agregado familiar

Os grupos revelaram diferenças significativas relativamente à **estrutura do agregado familiar na infância** [ $\chi^2 (2, N = 231) = 8.425, p = .015$ ]. Apesar de em ambos os grupos as jovens terem vivido a sua infância maioritariamente com a família nuclear intacta (76.8% no GA e 90.8% no ASHG), as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intatos (11.6% vs. 5.0% no grupo ASHG) ou outros que não incluíssem os seus pais - família alargada ou instituição - (11.6% vs. 4.2% no grupo ASHG).

Quadro 21 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar na infância - Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Agregado familiar na infância</b>		
Nuclear intato (pais e irmãos)	86 (76.8)	108 (90.8)
Não intato (monoparental ou reconstituída)	13 (11.6)	6 (5.0)
Outro (sem pais)	13 (11.6)	5 (4.2)

A distribuição das jovens dos dois grupos em função da **constituição do agregado familiar atual** revelou diferenças também significativas [ $\chi^2_{(4, N = 228)} = 31.065, p < .001$ ] e encontra-se representada na Figura 10. Como é possível observar, em ambos os grupos a situação mais frequente foi a co-habitação com o agregado intato (GA: n = 52, 47.7%; ASHG: n = 88, 73.9%). No entanto, as jovens do grupo GA viviam com menor frequência com este tipo de agregado por comparação com os seus pares sem história de gravidez, tal como acontece para agregados não intatos (n = 14, 12.8%, vs. n = 18, 15.1%, no grupo ASHG). Pelo contrário, encontravam-se a viver com maior frequência com outros agregados que não incluíam os seus pais (n = 13, 19.9%, vs. n = 9, 7.6%, no grupo ASHG), bem como com o namorado (n = 20, 18.3%, vs. n = 1, 0.8%, no grupo ASHG) ou com este e uma das suas famílias de origem (n = 10, 9.2%, vs. n = 3, 2.4%, no grupo ASHG).

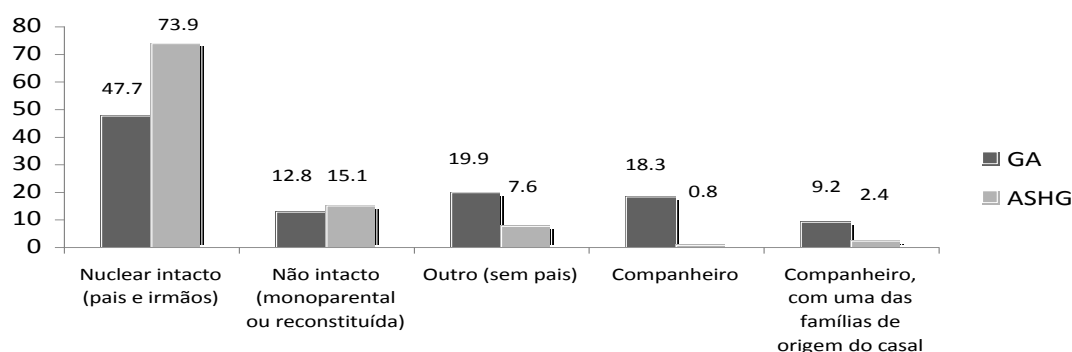


Figura 10 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar atual (%) - Zona Norte

Os grupos revelaram ainda diferenças significativas quanto à **dimensão total do agregado familiar atual** [ $t_{(169.080)} = -2.991, p = .003, r = .224$ ], bem como ao número de

irmãos [ $t_{(194.369)} = -5.204, p < .001, r = .350$ ] e à **posição ocupada na fratria** [ $\chi^2_{(3, N = 226)} = 15.083, p = .002$ ]. Assim, as jovens do grupo GA revelaram pertencer a agregados familiares de 1 a 9 elementos ( $M = 4.23, DP = 1.44$ ) e a fratrias de 0 a 12 elementos ( $M = 1.65, DP = 1.85$ ), ambos mais numerosos do que os seus pares sem história de gravidez, que variaram de 1 a 6 ( $M = 3.73, DP = 0.93$ ) e de 0 a 8 elementos ( $M = 1.55, DP = 1.30$ ), respetivamente. Apresentaram-se igualmente com maior frequência como irmãs mais velhas (Quadro 22).

Quadro 22 - GA e ASHG: posição na fratria - Zona Norte

Posição na fratria	GA (N = 110)	ASHG (N = 116)
	n (%)	n (%)
Filha única	10 (9.1)	13 (11.2)
Mais velha	48 (43.6)	46 (39.7)
Mais nova	26 (23.6)	48 (41.4)
Outra, intermédia	26 (23.6)	9 (7.8)

## 2.2. História familiar de gravidez na adolescência

Relativamente à **história familiar de gravidez na adolescência**, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 4.520, p = .034$ ], com as jovens do grupo GA a referir com maior frequência a ocorrência de uma gravidez na adolescência na sua família ( $n = 49, 43.8\%$ , vs.  $n = 36, 30.3\%$ , no grupo ASHG). A distribuição das figuras familiares citadas com história de gravidez, para cada grupo, encontra-se representada na Figura 11.

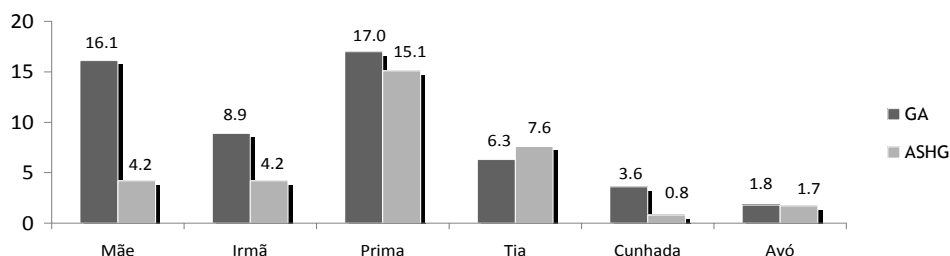


Figura 11 - GA e ASHG: Figuras familiares com história de gravidez na adolescência (%)  
Zona Norte

Os grupos apenas revelam diferenças significativas para a mãe [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 9.067$ ,  $p = .003$ ], figura mais frequentemente citada com história de gravidez pelas jovens do grupo GA ( $n = 18$ , 16.1%, vs.  $n = 5$ , 4.2%, no grupo ASHG).

### 2.3. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da **idade dos progenitores** - quer para o pai [ $t_{(211)} = 3.833$ ,  $p < .001$ ], quer para a mãe [ $t_{(226)} = 5.540$ ,  $p < .001$ ,  $r = .255$ ] - e do **estado civil dos mesmos** [ $\chi^2_{(3, N = 228)} = 11.739$ ,  $p = .008$ ]. Assim, as adolescentes do grupo GA revelaram ter progenitores mais novos ( $M_{\text{pai}} = 43.45$ ,  $DP_{\text{pai}} = 6.71$ ;  $M_{\text{mãe}} = 40.87$ ,  $DP_{\text{mãe}} = 5.61$  vs.  $M_{\text{pai}} = 46.88$ ,  $DP_{\text{pai}} = 6.35$ ;  $M_{\text{mãe}} = 44.98$ ,  $DP_{\text{mãe}} = 5.59$  no grupo ASHG), e com maior frequência separados do que as jovens do grupo ASHG (Quadro 23).

Quadro 23 - GA e ASHG: Estado civil dos progenitores - Zona Norte

	GA (N = 110)	ASHG (N = 118)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil progenitores</b>		
Casados/Unidos de fato	77 (70.0)	94 (79.7)
Separados	21 (19.1)	6 (5.1)
Divorciados	4 (3.6)	9 (7.6)
Viúvo(a)	8 (7.3)	9 (7.6)

Não se verificaram diferenças ao nível das **habilitações literárias dos progenitores** entre os dois grupos. A distribuição das mesmas encontra-se representada na Figura 12. Como é possível observar, os pais das adolescentes de ambos os grupos apresentaram habilitações literárias maioritariamente correspondentes ao 1º ciclo ( $n = 57$ , 60.0%, no GA e  $n = 53$ , 47.7%, no ASHG), da mesma forma que as mães das jovens ( $n = 52$ , 30.0%, no GA e  $n = 44$ , 37.6%, no ASHG). Seguiram-se o 2º (Pais:  $n = 21$ , 22.1%, no GA e  $n = 31$ , 27.9%, no ASHG; Mães:  $n = 24$ , 23.1%, no GA e  $n = 36$ , 30.8%, no ASHG) e 3º ciclos (Pais:  $n = 13$ , 13.7%, no GA e  $n = 20$ , 18.0%, no ASHG; Mães:  $n = 21$ , 20.2%, no GA e  $n = 28$ , 23.9%, no ASHG), sendo baixas as percentagens de habilitações correspondentes ao ensino secundário (Pais:  $n = 3$ , 3.2%, no GA e  $n = 6$ , 5.4%, no ASHG; Mães:  $n = 6$ , 5.8%, no GA e  $n = 8$ , 6.8%, no ASHG) e apenas residuais quando nos referimos às categorias *Analfabetismo* e *Ensino superior*.

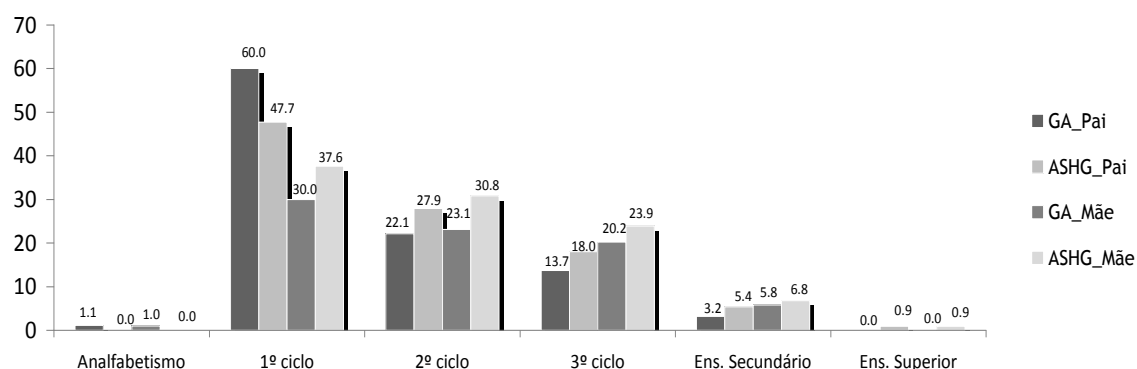


Figura 12 - GA e ASHG: Habilitações literárias dos progenitores (%) - Zona Norte

A comparação entre os grupos relativamente a outras características dos progenitores, nomeadamente **profissionais e história de consumo de substâncias**, encontra-se descrita em pormenor no Quadro 24. A maioria dos pais (79.5% no GA e 85.6% no ASHG) e das mães (53.6% no GA e 52.9% no ASHG) das jovens dos dois grupos encontrava-se ativa profissionalmente. Verificou-se, no entanto, que os progenitores das jovens do grupo GA usufruíam com maior frequência de **rendimentos sociais (RSI e outros)** - 39.3% pais e 37.5% mães - do que os das jovens sem história de gravidez - 22.8% pais e 24.1% mães.

Apesar de o **consumo de drogas** pelos progenitores dos dois grupos se ter revelado apenas residual, os progenitores das jovens do grupo GA apresentaram com menor frequência **consumo de álcool** do que os progenitores das jovens do grupo ASHG - 63.3% dos pais e 87.9% das mães das jovens do grupo GA não consomem álcool, comparativamente com 33.3% dos pais e 66.7% das mães das jovens sem história de gravidez.

**Quadro 24 - GA e ASHG: Características profissionais e história de consumo de substâncias (álcool e drogas) dos progenitores - Zona Norte**

	GA (N = 112)		ASHG (N = 119)		Pai		Mãe	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	$\chi^2$ (gl)	P	$\chi^2$ (gl)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
<b>Situação profissional<sup>a</sup></b>								
Inativo	23 (20.5)	52 (46.4)	17 (14.4)	56 (47.1)	1.502 (1)	.220	0.009 (1)	.924
Ativo	89 (79.5)	60 (53.6)	101(85.6)	63 (52.9)				
<b>Beneficiários de rendimentos sociais<sup>b</sup></b>					7.176 (1)	.007	4.712 (1)	.030
Não	68 (60.7)	70 (62.5)	88 (77.2)	85 (75.9)				
Sim	44 (39.3)	42 (37.5)	26 (22.8)	27 (24.1)				
<b>Consumo de álcool<sup>c</sup></b>					22.250 (2)	< .001	14.218 (2)	< .001
Não	62 (63.3)	94 (87.9)	37 (33.3)	76 (66.7)				
Sim, normal	29 (29.6)	13 (12.1)	69 (62.2)	37 (23.5)				
Sim, em excesso	7 (7.1)	-	5 (4.5)	1 (0.9)				
<b>Consumo de drogas<sup>d</sup></b>					.45	-	.46	-
Não	97 (98.0)	107(98.2)	110(98.2)	114(99,1)				
Sim	2 (2.0)	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)				

QUI-QUADRADO

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 118$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 114$ ;  $N_{ASHG\text{ mãe}} = 112$ ;

<sup>c</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\text{ Pai}} = 98$ ;  $N_{GA\text{ Mãe}} = 107$ ;  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 111$ ;  $N_{ASHG\text{ mãe}} = 114$ ;

<sup>d</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\text{ Pai}} = 99$ ;  $N_{GA\text{ Mãe}} = 109$ ;  $N_{ASHG\text{ Mãe}} = 115$

### 2.3.1. Estilos educativos parentais percebidos pelas adolescentes

No que respeita aos **estilos educativos do pai e da mãe**, um efeito multivariado estatisticamente significativo [Critério de Pillai:  $\nu = .254$ ,  $F_{(4,191)} = 16.296$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .254$ ] revelou diferenças entre os grupos. Estatísticas univariadas subsequentes, presentes no Quadro 25, revelaram diferenças nas dimensões *Suporte Emocional* (pai e mãe) e *Rejeição* (mãe), com as adolescentes do grupo GA a apresentarem pontuações mais baixas em ambas as dimensões do que os seus pares sem história de gravidez.

<sup>45</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos  $n$  da categoria Sim relativa ao consumo de drogas pelo pai, em ambos os grupos, e o não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>46</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos  $n$  da categoria Sim relativa ao consumo de drogas pela mãe, em ambos os grupos, e o consequente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

Quadro 25 - GA e ASHG: Estilos educativos para o pai e para a mãe - Zona Norte

	GA (N = 112)		ASHG (N = 119)		F(1,195)
	M	DP	M	DP	
<b>Pai</b>					
Suporte Emocional <sup>a</sup>	16.45	5.31	20.35	4.67	33.740***
Rejeição <sup>b</sup>	9.10	2.24	9.69	2.62	3.409
<b>Mãe</b>					
Suporte Emocional <sup>c</sup>	17.80	5.49	21.45	4.37	34.168***
Rejeição <sup>d</sup>	10.11	2.12	11.25	2.90	9.749**

**Crítério de Pillai:**  $v = .254$ ,  $F_{(4,191)} = 16.296$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .254$

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 94$ ;  $N_{ASHG} = 111$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 98$ ;  $N_{ASHG} = 108$ ;

<sup>c</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 103$ ;  $N_{ASHG} = 115$ ; <sup>d</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 103$ ;  $N_{ASHG} = 112$

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

MANOVA

#### 2.4. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Os grupos revelaram diferenças significativas no que se refere à **idade do namorado/pai do bebé** [ $t_{(170)} = -2.406$ ,  $p = .017$ ,  $r = .181$ ], com as jovens do grupo GA a manterem relações com rapazes mais velhos do que os seus pares sem história de gravidez (Quadro 26). No entanto, os grupos mostraram-se equivalentes ao nível da **duração destas relações**, com as jovens de ambos os grupos a apresentar um tempo médio de relação de cerca de 16 meses.

Quadro 26 - GA e ASHG: Idade do namorado/pai do bebé e duração da relação Zona Norte

	GA (N = 112)	ASHG (N = 60)
	M (DP) (Min-Máx)	M (DP) (Min-Máx)
Idade do namorado/pai do bebé	20.63 (3.53) (16 - 38)	19.37 (2.72) (15 - 27)
Duração da relação <sup>a</sup> (meses)	16.18 (10.53) (2 - 48)	16.39 (11.73) (2 - 48)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 109$ ;  $N_{ASHG} = 57$

Os namorados/pais dos bebés das jovens do grupo GA, além de se terem revelado mais velhos, diferiram também significativamente dos namorados das jovens do grupo ASHG ao nível das **habilitações literárias** [ $\chi^2_{(5, N = 158)} = 54.219$ ,  $p < .001$ ] e da **situação profissional**

$[\chi^2 (2, N = 173) = 60.489, p < .001]$ . Com habilitações literárias mais baixas que os namorados das jovens sem história de gravidez, como é possível observar no Quadro 27, apenas uma minoria frequentava ainda o sistema de ensino ( $n = 10, 8.9\%$ , vs.  $n = 39, 63.9\%$ , no grupo ASHG), estando 71 (63.4%) empregados e 31 (27.7%) desempregados, comparativamente com os 19 (31.1%) e 3 (4.9), respetivamente, do grupo de ASHG.

**Quadro 27 - GA e ASHG: Habilitações literárias do namorado - Zona Norte**

	GA	ASHG
	(N = 101)	(N = 57)
	n (%)	n (%)
<b>Habilitações literárias</b>		
1º ciclo	6 (5.9)	0 (0.0)
2º ciclo	20 (19.8)	0 (0.0)
3º ciclo	61 (60.4)	21 (38.8)
Secundário	11 (10.9)	34 (59.6)
Superior	0 (0.0)	2 (3.5)
Não sabe	3 (3.0)	0 (0.0)

Relativamente ao consumo de substâncias por parte do namorado, observámos que os grupos se distinguiram no que se refere ao **consumo de álcool** [ $\chi^2 (2, N = 172) = 7.074, p = .029$ ], com os namorados das jovens do grupo GA a consumirem menos (Quadro 28). Não foram, no entanto, encontradas diferenças significativas relativamente ao consumo de drogas, com as jovens de ambos os grupos a relatarem com menor frequência consumo de drogas nos seus namorados (Quadro 28).

**Quadro 28 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelo namorado Zona Norte**

	GA	ASHG
	(N = 112)	(N = 60)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	90 (80.4)	38 (63.3)
Sim, normal	21 (18.8)	22 (36.7)
Sim, em excesso	1 (0.9)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas<sup>a</sup></b>		
Não	100 (89.3)	54 (93.1)
Sim	12 (10.7)	4 (6.9)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{ASHG} = 58$

### |A.3. Estilo de vida das adolescentes do GA e do GASHG: Saúde geral e hábitos de consumo

#### 3.1. Problemas de saúde e história de consumos

Não se verificaram diferenças entre os grupos quanto à existência de **problemas de saúde**. A maioria das jovens não apresentou qualquer problema de saúde ( $n = 99$ , 88.4%, no GA e  $n = 104$ , 88.1%, no ASHG). Apenas 11.6% ( $n = 13$ ) das jovens do grupo GA e 11.9% ( $n = 14$ ) das jovens do grupo ASHG apresentaram algum problema de saúde dentre os representados no Quadro 29. Os problemas respiratórios (asma, bronquite e sinusite) foram os mais referidos em ambos os grupos (GA: 5.4%; ASHG: 4.1%).

Quadro 29 - GA e ASHG: Problemas de saúde declarados pelas jovens - Zona Norte

	GA (N = 13)	ASHG (N = 14)
	n (%)	n (%)
<b>Problemas de saúde</b>		
Alergias	1 (0.9)	3 (3.3)
Anemia	1 (0.9)	0 (0.0)
Asma/Bronquite/Sinusite	6 (5.4)	5 (4.1)
Ansiedade	0 (0.0)	1 (0.8)
Cardíacos	1 (0.9)	0 (0.0)
Depressão	1 (0.9)	0 (0.0)
Enxaquecas	1 (0.9)	0 (0.0)
Epilepsia	0 (0.0)	1 (0.8)
Esclerose	0 (0.0)	1 (0.8)
Gástricos	0 (0.0)	1 (0.8)
Outros	2 (1.8)	1 (0.8)

Relativamente ao **consumo de substâncias**, as adolescentes do grupo GA apresentaram um consumo - prévio à gravidez - significativamente menor de **álcool** [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 16.012$ ,  $p < .001$ ] e de **drogas** [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 4.835$ ,  $p = .028$ ], comparativamente com as jovens sem história de gravidez (Quadro 30).

**Quadro 30 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelas jovens Zona Norte**

	GA (N = 112)	ASHG (N = 119)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	109 (97.3)	96 (80.7)
Sim, normal	3 (2.7)	23 (19.3)
Sim, em excesso	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas</b>		
Não	107 (95.5)	104 (87.4)
Sim	5 (4.5)	15 (12.6)

### 3.2. História e saúde sexual e reprodutiva

Verificámos que todas as jovens dos dois grupos tinham já experienciado a **menarca**. Não foram detetadas diferenças na **idade média de ocorrência da mesma**, que variou entre 8 e 15 anos ( $M_{GA} = 11.83$ ,  $DP_{GA} = 1.34$ ;  $M_{ASHG} = 11.93$ ,  $DP_{ASHG} = 1.41$ ).

No entanto, os grupos diferiram significativamente quanto ao **início da vida sexual** [ $\chi^2_{(1, N = 231)} = 57.026$ ,  $p < .001$ ] e à **idade em que este ocorreu** [ $t_{(177)} = 6.230$ ,  $p < .001$ ,  $r = .424$ ]. Apenas 59.7% ( $n = 71$ ) das jovens do grupo ASHG tinham já iniciado a sua vida sexual. As jovens do grupo GA apresentaram ainda idades mais precoces de iniciação sexual ( $M = 14.79$ ,  $DP = 1.15$ ) do que os seus pares sem história de gravidez que tinham já iniciado a sua vida sexual ( $M = 15.90$ ,  $DP = 1.16$ ). Na amostra em estudo, a idade de início da vida sexual variou dos 12 aos 17 anos no grupo GA e dos 13 aos 18 no grupo ASHG.

Considerando apenas as jovens iniciadas sexualmente, o **número de parceiros sexuais** variou de 1 a 5, não tendo sido detetadas diferenças significativas entre os grupos ( $M_{GA} = 1.56$ ,  $DP_{GA} = 0.68$ ;  $M_{ASHG} = 1.56$ ,  $DP_{ASHG} = 0.84$ ).

#### 3.2.1. Contraceção

Analisando o **conhecimento** das jovens sobre métodos contraceptivos para evitar a gravidez, verificámos a inexistência de diferenças significativas entre os grupos quanto ao **número de métodos conhecidos** ( $M_{GA} = 2.16$ ,  $DP_{GA} = 0.82$ ;  $M_{ASHG} = 2.08$ ,  $DP_{ASHG} = 0.86$ ). Os métodos mais frequentemente referidos pelas jovens dos dois grupos foram, destacados dos restantes, o preservativo (GA:  $n = 101$ , 90.2%; ASHG:  $n = 88.2\%$ ) e a pílula (GA:  $n = 107$ , 95.5%; ASHG:  $n = 100$ , 86.2%), como é possível observar na Figura 13. Duas (1.7%) das jovens do grupo ASHG referiram ainda a abstinência como forma de evitar uma gravidez. Apenas 2

(1.8%) jovens do grupo GA e 6 (5.0%) das jovens do grupo ASHG não referiram qualquer método contraceutivo.

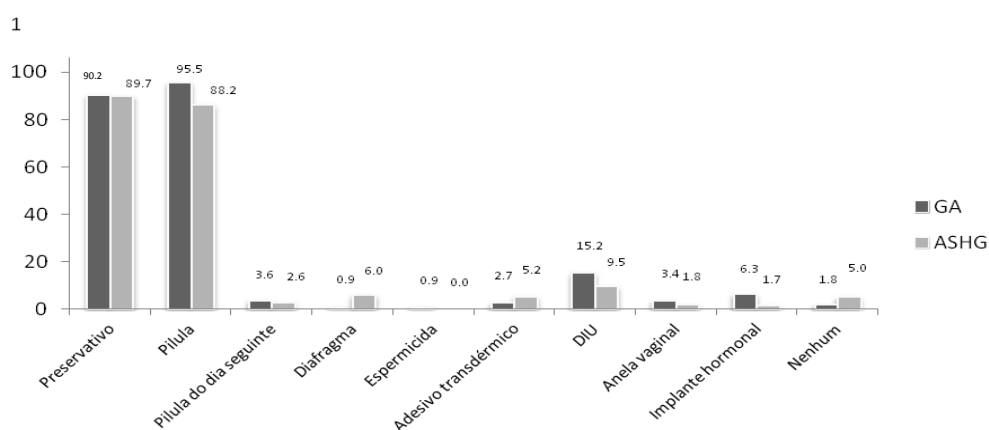


Figura 13 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos para evitar a gravidez (%) - Zona Norte

Os grupos diferiram significativamente apenas no conhecimento da pílula [ $\chi^2_{(1, N = 228)} = 5.930, p = .015$ ] e do diafragma [ $\chi^2_{(1, N = 228)} = 4.449, p = .035$ ], a referirem o primeiro método com maior frequência e o segundo com menor do que os seus pares sem história de gravidez.

### 3.2.2. Métodos contraceptivos: Fontes de informação

Relativamente às fontes de proveniência desta informação, os grupos diferiram significativamente no número das mesmas [ $t_{(221)} = 2.690, p = .008, r = 152$ ]. Assim, as jovens do grupo GA revelaram menor número médio de fontes de informação sobre contraceção ( $M = 1.66, DP = 0.83$ ), comparativamente com as jovens sem história de gravidez ( $M = 1.99, DP = 1.02$ ). Como é possível observar na Figura 14, a fonte mais frequentemente referida pelas jovens do grupo GA foi os técnicos de saúde ( $n = 50, 45.0%$ ). Já nas jovens sem história de gravidez foram a escola ( $n = 71, 63.4%$ ) e a família ( $n = 58, 51.8%$ ) as fontes mais referidas.

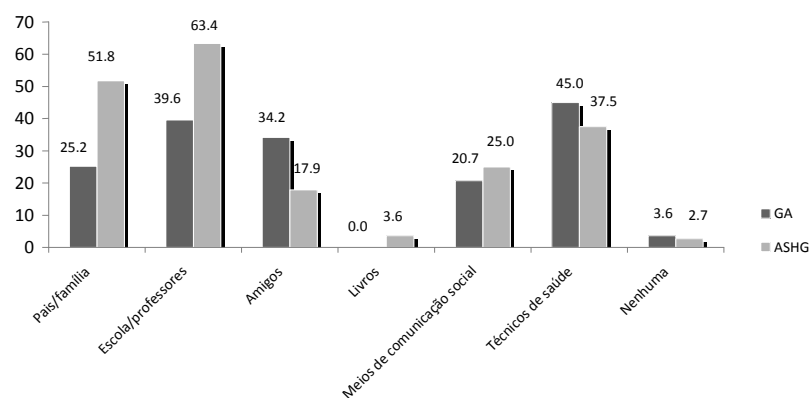


Figura 14 - GA e ASHG: Fontes de informação sobre contraceção (%) - Zona Norte

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da referência das fontes: família [ $\chi^2 (1, N = 228) = 16.600, p < .001$ ], escola [ $\chi^2 (1, N = 223) = 12.594, p < .001$ ], amigos [ $\chi^2 (1, N = 223) = 7.770, p = .005$ ] e livros [ $\chi^2 (1, N = 223) = 4.037, p = .045$ ]. À exceção dos amigos - mais referidos enquanto fonte de informação sobre contraceção pelas jovens do grupo GA - as restantes diferenças apontam para uma maior referência da família, da escola e dos livros pelas jovens do grupo ASHG.

### 3.2.3. Utilização de métodos contraceptivos

Considerando apenas as adolescentes sexualmente iniciadas, verificaram-se diferenças entre os grupos ao nível da **utilização de contraceção** para evitar uma gravidez [ $\chi^2 (1, N = 183) = 8.757, p = .003$ ], com 19.6% ( $n = 22$ ) das jovens do grupo GA a revelarem não usar contraceção antes de engravidarem, comparativamente com apenas 4.2% ( $n = 3$ ) de jovens do grupo ASHG que declaram não usar contraceção. Verificaram-se ainda diferenças ao nível dos métodos (ou da combinação de métodos) utilizados [ $\chi^2 (5, N = 155) = 15.429, p = .004$ ]. Como é possível observar no Quadro 31, a pílula é o método mais utilizado (54.4% no GA e 46.2% no ASHG). No grupo GA o segundo método mais utilizado é o preservativo (31.1%), ao passo que no grupo ASHG este é precedido pelo uso combinado da pílula e do preservativo (32.3%). Uma das jovens do grupo GA refere como método contraceptivo usado o coito interrompido, método de elevada falibilidade e apenas no grupo ASHG uma das adolescentes refere um método de longa duração (implante hormonal).

**Quadro 31 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos (ou combinação de métodos) usados pelas jovens sexualmente iniciadas - Zona Norte**

	GA (N = 90)	ASHG (N = 68)
	n (%)	n (%)
<b>Método(s) contraceptivo(s) usado(s)</b>		
Pílula	49 (54.4)	30 (46.2)
Preservativo	28 (31.1)	12 (18.5)
Implante hormonal	0 (0.0)	1 (1.5)
Coito interrompido	1 (1.1)	0 (0.0)
Pílula + Preservativo	12 (13.3)	21 (32.3)
Pílula + Preservativo+Diafragma	0 (0.0)	1 (1.5)

Como principais razões para a não utilização de contraceção, apenas uma jovem do grupo ASHG declara não ter vida sexualmente ativa, não existindo resposta nas demais adolescentes do mesmo grupo. As jovens do grupo GA apontam como razão mais frequente para a não utilização de contraceção o fato de não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis ( $n = 6$ , 37.5%), seguida do desejo de engravidar ( $n = 3$ , 18.8%) e de não terem informação sobre métodos contraceptivos ( $n = 2$ , 12.5%) ou não ter pensado nisso ( $n = 2$ , 12.5%). As restantes jovens distribuem-se pelas categorias *deixou de tomar a pílula por problemas de saúde* ( $n=1$ , 6.3%), *não achou que pudesse engravidar* ( $n = 1$ , 6.3%) e *não tinha vida sexualmente ativa antes de engravidar* ( $n = 1$ , 6.3%).

#### | A.4. Determinantes para a Ocorrência de Gravidez na Adolescência: Modelos Compreensivos

##### 4.1. Modelo compreensivo para o início da vida sexual

Começámos por identificar as variáveis em que se distinguiam as adolescentes que tinham já iniciado a sua vida sexual e as que não o tinham feito, através de um conjunto alargado de análises univariadas. Considerámos para a realização das mesmas as variáveis segundo as quais descrevemos e comparámos, no Objetivo 1, as adolescentes grávidas e sem história de gravidez (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva)<sup>47</sup>. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da decisão de iniciar a vida sexual<sup>48</sup>, que foram introduzidas de forma

<sup>47</sup> Entre estas selecionamos para introdução no modelo apenas as que se poderiam constituir como explicativas da decisão de iniciar a vida sexual, tendo em consideração o seu carácter mais estável ou a sua precedência temporal a este início.

<sup>48</sup> Apesar de terem surgido diferenças significativas entre os grupos relativamente à variável *Frequência do sistema de ensino*, esta não foi incluída no modelo por uma das categorias da distribuição (*Não iniciou vida sexual x Não frequenta o sistema de ensino*) se encontrar vazia, o que tornaria o resultado instável ou impossível de obter, situação transversal a todas as regiões.

exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 32 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 177.638; este valor apresenta-se reduzido para 155.213 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(4)} = 22.425, p < .001$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, a iniciação da vida sexual revelou-se mais provável para adolescentes mais velhas com menor envolvimento com a religião que professam (não praticantes), com mães mais novas e maior número de irmãos. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 78.7%.

**Quadro 32 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a iniciação da vida sexual Modelo final - Zona Norte**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	0.045 (2.763)				
Idade da adolescente	0.351 (0.163)	4.634	1.421*	1.032	1.955
Grau de envolvimento com a religião	-0.878 (0.408)	4.640	0.415*	0.187	0.924
Idade da mãe	-0.107 (0.038)	7.823	0.898**	0.834	0.968
Número de irmãos	0.318 (0.165)	3.699	1.375*	0.994	1.901

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou da vida sexual = 1.

Número de observações: 169.

*-2Log-Likelihood* = 155.213, Pseudo  $R^2 = .124$  (Cox & Snell),  $.191$  (Nagelkerke),  $R^2_L (8)$  (Hosmer & Lemeshow) =  $.874, p = .889$ . Modelo:  $\chi^2_{(4)} = 22.425, p < .001$ .

#### 4.2. 2. Modelo compreensivo para a ocorrência de gravidez

De modo semelhante ao que realizámos para a construção do modelo compreensivo da iniciação sexual, começámos por identificar as variáveis em que se distinguiam as adolescentes do grupo GA e do grupo ASHG, considerando agora apenas as jovens iniciadas sexualmente. Através de um conjunto alargado de análises univariadas, foi-nos possível seleccionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que

foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária<sup>49</sup>. No Quadro 33 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 159.678; este valor apresenta-se reduzido para 84.511 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(4)} = 75.166, p < .001$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes com menores habilitações literárias, maior número de irmãos e com namorados fora do sistema de ensino (quer empregados, quer desempregados). A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 80.7%.

**Quadro 33 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final - Zona Norte**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	12.630 (4.293)				
Idade da jovem	-0.459 (0.321)	2.040	0.632	0.337	1.186
Habilitações literárias (último ano frequentado)	-0.718 (0.240)	8.952	0.488**	0.305	0.781
Número de irmãos	0.446 (0.208)	4.614	1.562*	1.040	2.345
Situação profissional namorado	2.787 (0.724)	14.816	16.236***	3.928	67.118

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1.

Número de observações: 119.

*-2Log-Likelihood* = 84.511, Pseudo  $R^2 = .468$  (Cox & Snell),  $.634$  (Nagelkerke),  $R^2_L (8)$  (Hosmer & Lemeshow) =  $.529, p = .517$ . Modelo:  $\chi^2_{(4)} = 75.166, p < .001$ .

Nota: Situação profissional namorado: 0 = Estudante, 1 = Empregado/Desempregado.

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

<sup>49</sup> A variável *Utilização de contraceção* não foi contemplada nestes modelos pelo seu carácter necessário (e não apenas preditivo) à ocorrência de gravidez. Sabemos que a não utilização de contraceção em jovens férteis e com vida sexual ativa se constitui como causa direta de uma gravidez. Caso fosse utilizada, poderia camuflar o efeito de outras variáveis cujo contributo pretendemos avaliar, e o fato de se constituir como preditor no modelo não nos traria informação adicional relevante aos objetivos a que nos propomos. Acresce ainda que algumas das jovens do grupo GA (situação transversal a todas as regiões) revelaram encontrar-se a utilizar contraceção à ocorrência da gravidez, o que pode transmitir respostas socialmente desejáveis ou erros na sua utilização, o que não nos permitiria uma avaliação totalmente fiável da influência desta variável. De referir ainda que, mais uma vez, apesar de os grupos terem revelado diferenças no que concerne ao *Abandono escolar prévio* (à gravidez das jovens do grupo GA), esta não foi incluída no modelo por uma das categorias da distribuição (*Sem história de gravidez x Abandono escolar prévio*) se encontrar vazia, o que tornaria o resultado instável ou impossível de obter, situação transversal a todas as regiões.

**ZONA CENTRO**



|| B. ZONA CENTRO ||

| B. 1. Caracterização do GA e do ASHG: Variáveis sociodemográficas

1.1. Idade

Não se verificaram diferenças significativas ao nível da **idade** média dos dois grupos. A média de idades foi de cerca de 16 anos para ambos, sendo a distribuição das jovens por **grupo etário** igualmente equivalente (Quadro 34).

Quadro 34 - GA e ASHG: Idade - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	<i>M (DP)</i> (Min. - Máx.)	<i>M (DP)</i> (Min. - Máx.)
Idade	16.19 (1.42) (12 - 19)	16.46 (1.11) (13 - 18)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Grupo etário		
Menos de 15 anos	9 (12.9)	3 (4.2)
15-19 anos	61 (87.1)	69 (95.8)

1.2. Estado civil

A distribuição dos dois grupos revelou diferenças significativas no que diz respeito ao **estado civil atual**<sup>50</sup> [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 40.801, p < .001$ ]. Apesar de, em ambos os grupos, as jovens se encontrarem maioritariamente solteiras (52.9% no GA e 98.6% no ASHG), apenas 1 (1.4%) das jovens sem história de gravidez pertencia à categoria *Casada/Unida de fato*, comparativamente com 25 (47.1%) jovens do grupo GA. Dentre as jovens casadas/unidas de

<sup>50</sup> A análise do **estado civil prévio à ocorrência de gravidez** não foi possível, dado ao elevado número de *missings* na variável duração do casamento para as jovens que pertenciam à categoria casadas/unidas de fato. Sabemos apenas que das 25 adolescentes casadas/unidas de fato do grupo GA, 5 (20%) delas já se encontravam nesse estado civil quando engravidaram e 2 (8%) casaram na sequência da ocorrência de gravidez. Para as restantes 18 (72%) jovens não dispomos dessa informação.

fato, a situação mais frequente foi a união de fato (GA:  $n = 25$ , 35.7%; ASHG:  $n = 1$ , 1.4%). Apenas no grupo GA se verificaram situações de casamento civil ( $n = 4$ , 5.7%) e casamento religioso ( $n = 4$ , 5.7%).

Quadro 35 - GA e ASHG: Estado civil atual - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil atual</b>		
Solteira	37 (52.9)	71 (98.6)
Casada/Unida de fato	33 (47.1)	1 (1.4)

### 1.3. Tipo de área de residência

Verificaram-se diferenças na distribuição das jovens dos dois grupos relativamente ao tipo de área de residência [ $\chi^2_{(2, N = 142)} = 32.282, p < .001$ ], com as jovens do grupo GA a pertencerem com menor frequência que os seus pares sem história de gravidez a zonas urbanas do que as jovens sem história de gravidez ( $n = 34$ , 48.6% vs.  $n = 66$ , 91.7% no grupo ASHG) e com maior frequência a zonas semi-urbanas ( $n = 21$ , 30.0% vs.  $n = 2$ , 2.8% no grupo ASHG) e rurais ( $n = 15$ , 21.4% vs.  $n = 4$ , 5.6% no grupo ASHG), como é possível observar na Figura 15.

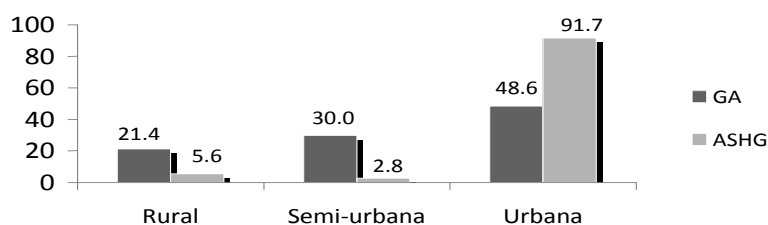


Figura 15 - GA e ASHG: Tipo de área de residência (%) - Zona Centro

#### 1.4. Religião e Etnia

Os grupos revelaram-se equivalentes ao nível da **confissão religiosa**, com a maioria das jovens (78.3% no grupo GA e 88.6% no grupo ASHG) a afirmarem-se seguidoras de uma religião. Não se verificaram diferenças ao nível do tipo de religião, com a maioria das jovens de ambos os grupos a revelarem-se católicas (GA:  $n = 49$ , 90.7%; ASHG:  $n = 54$ , 87.1% ) e apenas uma minoria seguidoras de outra religião (GA:  $n = 5$ , 9.3%; ASHG:  $n = 8$ , 12.9%). Já no que respeita ao **grau de envolvimento com a religião** seguida, os grupos apresentaram diferenças significativas [ $\chi^2_{(1, N = 112)} = 5.728$ ,  $p = .017$ ], com 69.8% das adolescentes do grupo GA que eram seguidoras de uma religião a declararem-se não praticantes, comparativamente com 47.5% das jovens que o fizeram no grupo ASHG.

Quadro 36 - GA e ASHG: Religião - Zona Centro

	GA (N = 69)	ASHG (N = 70)
	n (%)	n (%)
<b>Confissão Religiosa</b>		
Não	15 (21.7)	8 (11.4)
Sim	54 (78.3)	62 (88.6)
<b>Envolvimento com a Religião<sup>a</sup></b>		
Praticante	16 (30.2)	31 (52.5)
Não praticante	37 (69.8)	28 (47.5)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 53$ ;  $N_{ASH} = 59$

Relativamente à **etnia**, foram encontradas diferenças entre os grupos [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 13.482$ ,  $p < .001$ ], com a maioria das jovens de ambos a revelarem-se caucasianas (82.9% e 100% para GA e ASHG, respetivamente), mas com 17.1% das jovens do grupo GA a pertencerem à etnia Cigana<sup>51</sup>, como é possível observar no Quadro 37.

<sup>51</sup> Única minoria étnica representada nas jovens da zona Centro, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

Quadro 37 - GA e ASHG: Etnia - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Etnia</b>		
Caucasiana	58 (82.9)	72 (100)
Cigana	12 (17.1)	0 (0.0)

### 1.5. Nível Socioeconómico (NSE)

Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao NSE [ $\chi^2_{(2, N = 142)} = 15.861, p < .001$ ], com a maioria das jovens dos dois grupos a pertencer a um NSE baixo (88.6% no grupo GA e 61.1% nas jovens do grupo ASHG), mas com as jovens do grupo GA a pertencerem de forma menos frequente que os seus pares sem história de gravidez ao NSE médio (10% vs. 22.2% no grupo ASHG) e elevado (1.4% vs. 16.7% no grupo ASHG).

Quadro 38 - NSE - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>NSE</b>		
Baixo	62 (88.6)	44 (61.1)
Médio	7 (10)	16 (22.2)
Elevado	1 (1.4)	12 (16.7)

### 1.6. Escolaridade e Situação profissional

Relativamente à **escolaridade**, não foram encontradas diferenças entre os grupos relativamente ao **tipo de ensino correspondente ao último ano escolar frequentado** [ $\chi^2_{(1, N = 119)} = 0.760, p = .383$ ], com a maioria das jovens dos dois grupos a concluírem/prosseguirem as suas habilitações no ensino regular ( $n = 28, 58.3\%$ , no grupo GA e  $n = 47, 66.2\%$ , no grupo ASHG) comparativamente com o ensino profissional ( $n = 20, 41.7\%$ , no grupo GA e  $n = 24, 33.8\%$ , no grupo ASHG). Verificou-se, pelo contrário, que o grupo GA detinha **habilitações**

literárias significativamente mais baixas [ $t_{(116)} = 4.761, p < .001, r = .404$ ], apresentando uma média de último ano frequentado inferior à do grupo de jovens sem história de gravidez (Quadro 39).

Quadro 39 - GA e ASHG: Habilitações literárias - Zona Centro

	GA (N = 56)	ASHG (N = 62)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
Habilitações literárias (último ano frequentado)	8.48 (2.07) (0 - 12)	10.35 (2.19) (1- 12)

Na Figura 16 encontra-se a distribuição das habilitações literárias das jovens dos dois grupos pelas categorias *Analfabetismo* (ausência de escolarização), *1º ciclo* (ensino primário), *2º ciclo* (5-6º anos), *3º ciclo* (7-9º anos) e *Ensino Secundário* (10-12º anos). Não foi incluída a categoria *Ensino Superior*, pela inexistência de jovens que lhe correspondessem em ambos os grupos. Como é possível observar, em ambos os grupos as habilitações literárias mais baixas revelaram-se pouco frequentes (GA:  $n = 1, 1.8\%$ , Analfabetas;  $n = 2, 3.6\%$ , 1º ciclo;  $n = 2, 3.2\%$ , 2º ciclo; ASHG:  $n = 0$  Analfabetas;  $n = 2, 3.2\%$ , 1º ciclo;  $n = 3, 5.4\%$ , 2º ciclo). As principais diferenças verificaram-se ao nível das categorias *3º ciclo* e *Ensino secundário*. Enquanto a maioria das jovens do grupo GA revelaram habilitações literárias correspondentes ao 3º ciclo ( $n = 36, 64.3\%$ ), as jovens do grupo ASHG revelou habilitações maioritariamente correspondentes ao ensino secundário ( $n = 54, 87.1\%$ ). A distribuição das habilitações literárias dos dois grupos diferiu significativamente [ $\chi^2_{(4, N=118)} = 50.154, p < .001$ ].

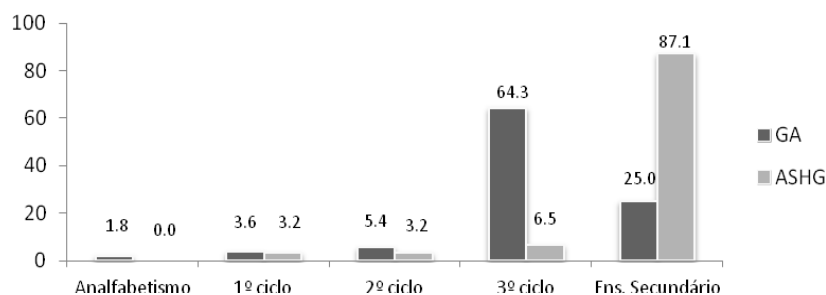


Figura 16 - GA e ASHG: Habilitações literárias por categorias (%) - Zona Centro

### 1.6.1. Tipo de ensino frequentado

Os grupos apresentaram igualmente diferenças ao nível da **frequência do sistema de ensino** [ $\chi^2_{(1, N = 141)} = 66.740, p < .001$ ], com apenas 36.2% das jovens do grupo GA a frequentarem a escola, comparativamente com a totalidade das adolescentes do grupo sem história de gravidez.

Quadro 40 - GA e ASHG: Frequência do sistema de ensino - Zona Centro

	GA (N = 69)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Frequência do sistema de ensino</b>		
Não	44 (63.8)	0 (0.0)
Sim	25 (36.2)	72 (100)

Das jovens do grupo GA que não frequentavam o sistema de ensino, 8 (18.2%) encontravam-se empregadas e 36 (81.8%) em situação de desemprego. Das jovens que se encontravam empregadas, 6 (75.0%) revelaram ser comerciantes/feirantes, 1 (12.5%) empregada fabril e 1 (12.5%) técnica administrativa.

### 1.6.2. Abandono Escolar

Olhando com mais detalhe para a história de **abandono escolar** destas jovens, verificámos que 37.3% abandonaram a escola antes de engravidarem e 23.9% a abandonaram como consequência da gravidez (Quadro 41). No entanto, as diferenças entre os grupos ao nível do abandono escolar eram já significativas **previamente à ocorrência de gravidez** nas jovens do grupo GA [ $\chi^2_{(1, N = 139)} = 32.757, p < .001$ ]. Apenas 42 (62.7%) das jovens do grupo GA não tinham ainda abandonado a escola, comparativamente com a totalidade das jovens do grupo ASHG. O ano médio de abandono escolar prévio à gravidez foi o 7º ano de escolaridade (Quadro 41).

Quadro 41 - GA e ASHG: História de abandono escolar - Zona Centro

	GA (N = 67)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Abandono escolar Momento</b>		
Nunca	26 (38.8)	72 (100)
Prévio à gravidez	25 (37.3)	0 (0.0)
Posterior à gravidez	16 (23.9)	0 (0.0)
<b>Abandono (prévio à gravidez)</b>		
Não	42 (62.7)	72 (100)
Sim	25 (37.3)	0 (0.0)
<b>M (DP) (Mín. - Máx.)</b>		
<b>Ano de abandono (prévio à gravidez)</b>	7.27 (2.55) (1 - 11)	

A distribuição dos motivos de abandono escolar prévio à ocorrência de gravidez encontra-se representada na Figura 17. Como é possível observar, 32.0% ( $n = 8$ ) das jovens declararam a falta de motivação e interesse como motivo para o abandono e 24.0% ( $n = 6$ ) declaram motivos relacionados com o namorado (ter começado a namorar/ter casado/o namorado ou companheiro não queria que continuasse). Outros motivos como a necessidade de trabalhar por dificuldades económicas ( $n = 2$ , 8.0%), o insucesso escolar ( $n = 2$ , 8.0%) e o final da escolaridade obrigatória/curso profissional ou preferência por trabalhar ( $n = 1$ , 4.0%) foram também referidos.

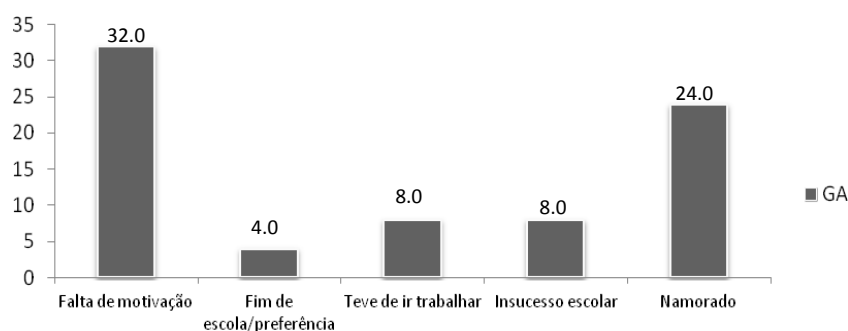


Figura 17 - GA: Motivos de abandono escolar prévio à gravidez (%) - Zona Centro

Analisando o sucesso académico, verificámos diferenças entre os grupos ao nível da ocorrência de reprovações [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 10.378, p = .001$ ]. Apenas 31.4% das jovens do grupo GA revelaram nunca terem reprovado, comparativamente com 58.3% das jovens do grupo ASHG. Considerando apenas as jovens com reprovações, verificaram-se diferenças entre os grupos quanto ao número das mesmas [ $U_{(N = 71)} = 445.500, z = -2.160, p = .031, r = -.256$ ]. As jovens do grupo GA com história de reprovações demonstraram ter reprovado mais vezes ( $M = 1.66, DP = 1.12$ ) do que os seus pares sem história de gravidez ( $M = 1.26, DP = 0.71$ ).

Quadro 42 - GA e ASHG: Sucesso académico - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Reprovações</b>		
Não	22 (31.4)	42 (58.3)
Sim	48 (68.6)	30 (41.7)
	Mdn (AIQ)	Mdn (AIQ)
<b>Número de reprovações<sup>a</sup></b> (quando existentes)	1 (1 - 2)	1 (1 - 1)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 44$ ;  $N_{ASHG} = 27$

### 1.7. Projetos de vida escolares e profissionais

Os grupos não revelaram diferenças ao nível da definição de projetos de vida no que concerne à escolaridade, nem à profissão. A maioria das jovens dos dois grupos apresenta um projeto definido para a sua escolaridade (89.9% no GA e 80.6% no ASHG) e vida profissional (68.6% no GA e 76.1% no ASHG).

Quadro 43 - GA e ASHG: (In)definição de projetos de vida - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Projeto de vida: Escola<sup>a</sup></b>		
Sem projeto definido	7 (10.1)	14 (19.4)
Projeto definido	62 (89.9)	58 (80.6)
<b>Projeto de vida: Profissão<sup>b</sup></b>		
Sem projeto definido	22 (31.4)	17 (23.9)
Projeto definido	48 (68.6)	54 (76.1)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 69$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG} = 71$ ;

Relativamente aos **projetos mencionados**, existem diferenças significativas entre os grupos ao nível de ambas as áreas: escolar [ $\chi^2_{(6, N = 120)} = 66.822, p < .001$ ] e profissional [ $\chi^2_{(5, N = 99)} = 34.676, p < .001$ ]. A distribuição dos mesmos encontra-se representada nas Figura 18 e 19, respetivamente. Como podemos observar, enquanto as jovens do grupo GA pretendem maioritariamente - e em maior frequência que os seus pares sem história de gravidez - não continuar a estudar ( $n = 15, 23.8\%$ , vs.  $n = 1.8$  no ASHG), estudar até ao 9º ano ( $n = 14, 22.2\%$ , vs.  $n = 0$  no ASHG), estudar até ao 12º ano ( $n = 13, 20.6\%$ , vs.  $n = 7, 12.3\%$ , no ASHG) ou tirar um curso profissional ( $n = 11, 17.5\%$ , vs.  $n = 1, 1.8\%$ , no ASHG), o projeto mais frequentemente definido pelas jovens do grupo ASHG é a frequência e conclusão do ensino superior ( $n = 48, 84.2\%$ ), menos referido pelas jovens do GA ( $n = 8, 12.7\%$ ). Verificou-se ainda uma pequena percentagem de jovens do grupo GA que pretende tirar a 4ª classe ( $n = 1, 1.6\%$ ) e voltar a estudar ( $n = 1, 1.6\%$ ).

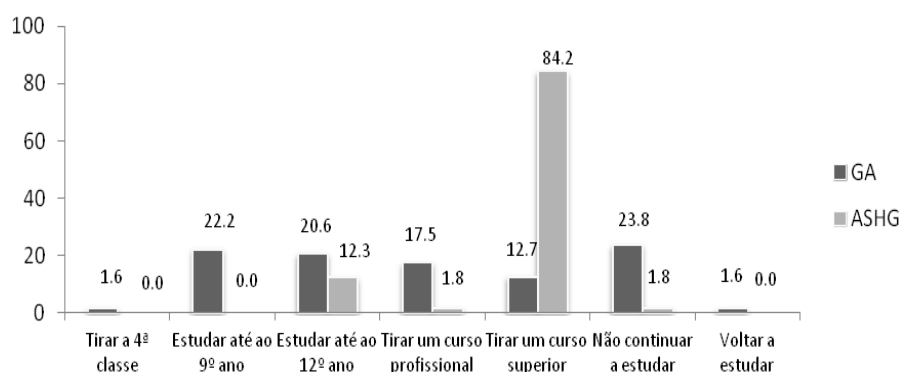


Figura 18 - GA e ASHG: Projetos escolares das jovens (%) - Zona Centro

Já no que diz respeito aos projetos profissionais, as jovens do grupo GA pretendem com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez trabalhar na área em que se pretendem formar ( $n = 14$ , 29.2%, vs.  $n = 43$ , 84.3% no ASHG), e em maior frequência que estas procurar um trabalho específico ( $n = 18$ , 37.5%, vs.  $n = 3$ , 5.9% no ASHG), procurar um trabalho qualquer ( $n = 7$ , 14.5%, vs.  $n = 3$ , 5.9% no ASHG), continuar a trabalhar ( $n = 5$ , 10.4%, vs.  $n = 1$ , 2.0% no ASHG) ou procurar trabalho só mais tarde ( $n = 4$ , 8.3%, vs.  $n = 0$  no ASHG).

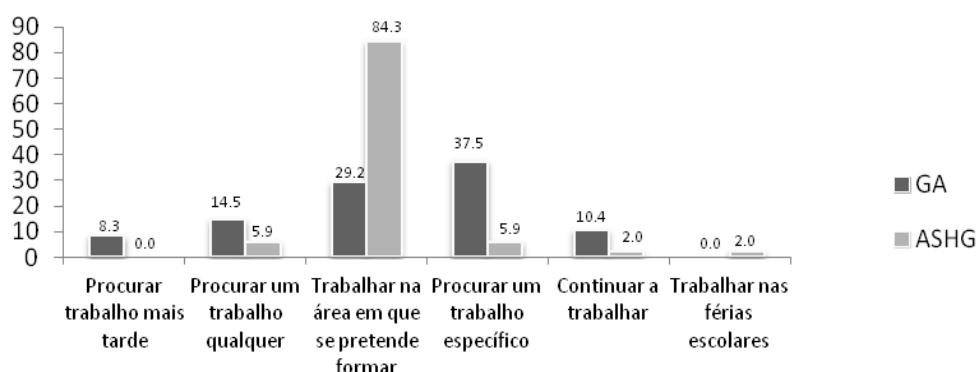


Figura 19 - GA e ASHG: Projetos profissionais das jovens (%) - Zona Centro

## | B. 2. Variáveis relacionais do GA e do GASHG

### 2.1. História e agregado familiar

#### Estrutura e dimensão do agregado familiar

Os grupos revelaram diferenças significativas relativamente à **estrutura do agregado familiar na infância** [ $\chi^2_{(2, N = 142)} = 7.275, p = .026$ ]. Apesar de em ambos os grupos as jovens terem vivido a sua infância maioritariamente com a família nuclear intacta (81.4% no GA e 94.4% no ASHG), as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intatos (11.4% vs. 5.6% no grupo ASHG) ou outros que não incluíssem os seus pais - família alargada ou instituição - (7.1% vs. 0.0% no grupo ASHG).

Quadro 44 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar na infância - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Agregado familiar na infância</b>		
Nuclear intato (pais e irmãos)	57 (81.4)	68 (94.4)
Não intato (monoparental ou reconstituída)	8 (11.4)	4 (5.6)
Outro (sem pais)	5 (7.1)	0 (0.0)

A distribuição das jovens dos dois grupos em função da **constituição do agregado familiar atual** revelou diferenças também significativas [ $\chi^2_{(4, N = 142)} = 62.723, p < .001$ ] e encontra-se representada na Figura 20. Como é possível observar, comparativamente com as jovens sem história de gravidez, a maioria das jovens do grupo GA encontrava-se com maior frequência a morar com o seu companheiro ( $n = 22, 31.4\%$ , vs.  $n = 0$  no grupo ASHG), ou com este e com uma das suas famílias de origem ( $n = 18, 25.7\%$ , vs.  $n = 0$  no grupo ASHG). Pelo contrário, apresentaram com menor frequência um agregado familiar atual constituído pela sua família nuclear intacta ( $n = 19, 27.1\%$ , vs.  $n = 56, 77.8\%$ , no grupo ASHG), não intacta ( $n = 6, 8.6\%$ , vs.  $n = 14, 19.4\%$ , no grupo ASHG) ou outra ( $n = 5, 7.1\%$ , vs.  $n = 2, 28.6\%$ , no grupo ASHG).

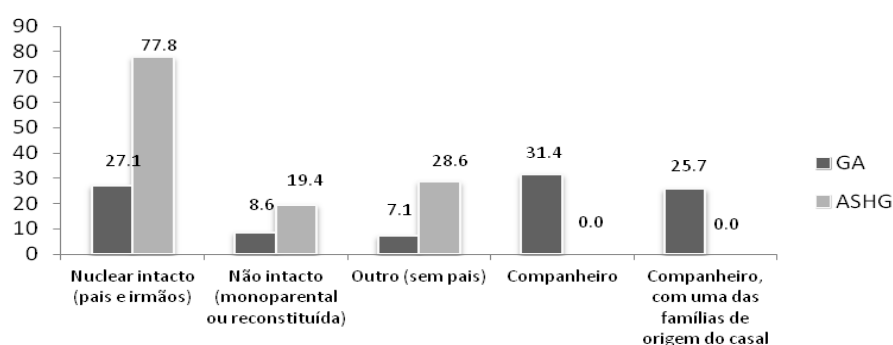


Figura 20 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar atual (%) Zona Centro

Os grupos não revelaram diferenças significativas quanto à **dimensão total do agregado familiar atual**, que variou de 2 a 9 elementos no grupo GA ( $M = 4.15, DP = 1.79$ ) e de 1 a 7 no grupo ASHG ( $M = 3.78, DP = 1.21$ ). Diferiram, no entanto, relativamente ao **número de irmãos** [ $t_{(118.157)} = -3.050, p = .003, r = .270$ ], com as jovens do grupo GA a

pertencerem a fratrias mais numerosas - que variaram de 0 a 9 elementos ( $M = 2.24$ ,  $DP = 1.91$ ) -, do que as adolescentes do grupo ASHG - cujas fratrias variaram de 0 a 7 elementos ( $M = 1.41$ ,  $DP = 1.20$ ). A distribuição das jovens dos dois grupos em função da posição ocupada na fratria revelou-se equivalente (Quadro 45).

Quadro 45 - GA e ASHG: posição na fratria - Zona Centro

Posição na fratria	GA (N = 70)	ASHG (N = 71)
	n (%)	n (%)
Filha única	13 (18.6)	9 (12.7)
Mais velha	19 (27.1)	25 (35.2)
Mais nova	17 (24.3)	26 (36.6)
Outra, intermédia	21 (30.0)	11 (15.5)

## 2.2. História familiar de Gravidez na adolescência

Relativamente à história familiar de gravidez na adolescência, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos [ $\chi^2 (1, N = 142) = 13.235$ ,  $p < .001$ ], com as jovens do grupo GA a referirem com maior frequência a ocorrência de uma gravidez na adolescência na sua família ( $n = 35$ , 50.0%, vs.  $n = 15$ , 20.8%, no grupo ASHG). A distribuição das figuras familiares citadas com história de gravidez, para cada grupo, encontra-se representada na Figura 21.

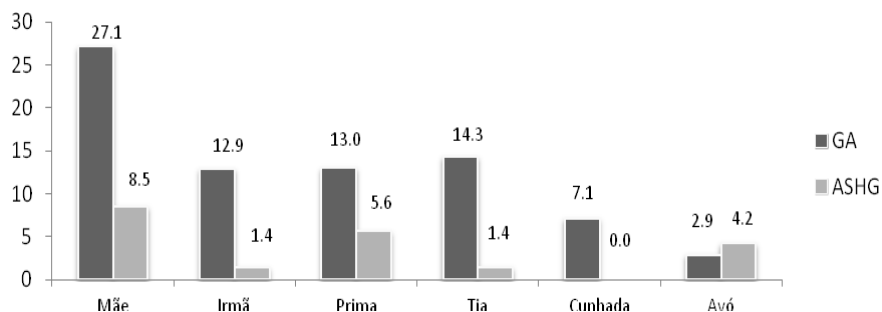


Figura 21 - GA e ASHG: Figuras familiares com história de gravidez na adolescência (%)  
Zona Centro

Os grupos revelam diferenças significativas para a mãe [ $\chi^2_{(1, N = 141)} = 8.443, p = .004$ ], irmã [ $\chi^2_{(1, N = 141)} = 7.012, p = .008$ ] e para a tia [ $\chi^2_{(1, N = 141)} = 8.126, p = .004$ ], todas elas mais frequentemente citadas como tendo tido história de gravidez na adolescência pelas jovens do grupo GA.

### 2.3. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da **idade da mãe** [ $t_{(135)} = 2.429, p = .016$ ], não se tendo verificado diferenças relativamente à **idade do pai**. Quanto ao **estado civil dos progenitores**, também não foram encontradas diferenças significativas. Assim, como é possível observar no Quadro 46, as adolescentes de ambos os grupos apresentaram pais maioritariamente casados/unidos de fato (71.0% no GA e 76.4% no ASHG) e idades médias equivalentes para o pai (GA:  $M = 44.93, DP = 8.81$ ; ASHG:  $M = 46.41, DP = 5.44$ ). As jovens do grupo GA apresentaram, no entanto, mães significativamente mais novas - com idades entre os 29 e os 60 anos ( $M = 41.50, DP = 6.38$ ) - do que os seus pares sem história de gravidez - cujas idades variaram entre 33 e 57 anos ( $M = 44.00, DP = 5.67$ ).

Quadro 46 - GA e ASHG: Estado civil dos progenitores - Zona Centro

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil progenitores</b>		
Casados/Unidos de fato	48 (71.0)	55 (76.4)
Separados	8 (11.6)	3 (4.2)
Divorciados	6 (8.7)	11 (15.3)
Viúvo(a)	6 (8.7)	3 (4.2)

Verificaram-se diferenças ao nível das **habilitações literárias dos progenitores** entre os dois grupos, quer para o pai [ $\chi^2_{(6, N = 129)} = 29.050, p < .001$ ], quer para a mãe [ $\chi^2_{(6, N = 138)} = 31.593, p < .001$ ]. A distribuição das mesmas encontra-se representada na Figura 22. Como é possível observar, os pais e mães das jovens do grupo GA apresentam habilitações literárias mais baixas, maioritariamente correspondentes ao 1º ciclo (Pai:  $n=29, 48.3%$ ; Mãe:  $n = 36, 53.7%$ ), com alguns casos de analfabetismo (Pai:  $n = 3, 5.0%$ ; Mãe:  $n = 6, 9.0%$ ), e percentagens especialmente reduzidas nas categorias *Ensino secundário* (Pai:  $n = 2, 3.3%$ ; Mãe:  $n = 4, 6.0%$ ) e *Ensino superior* (Pai:  $n = 3, 5.0%$ ; Mãe:  $n = 3, 4.5%$ ). Pelo contrário, os pais

e mães das adolescentes do grupo ASHG apresentam uma distribuição mais homogênea das suas habilitações literárias pelas várias categorias, desde o 1º ciclo (Pai:  $n = 17$ , 24.6%; Mãe:  $n = 18$ , 25.4%) até ao ensino superior (Pai:  $n = 12$ , 17.4%; Mãe:  $n = 17$ , 23.9%). De referir, ainda, que apenas no grupo GA algumas das adolescentes referiram não conhecer as habilitações literárias dos seus progenitores.

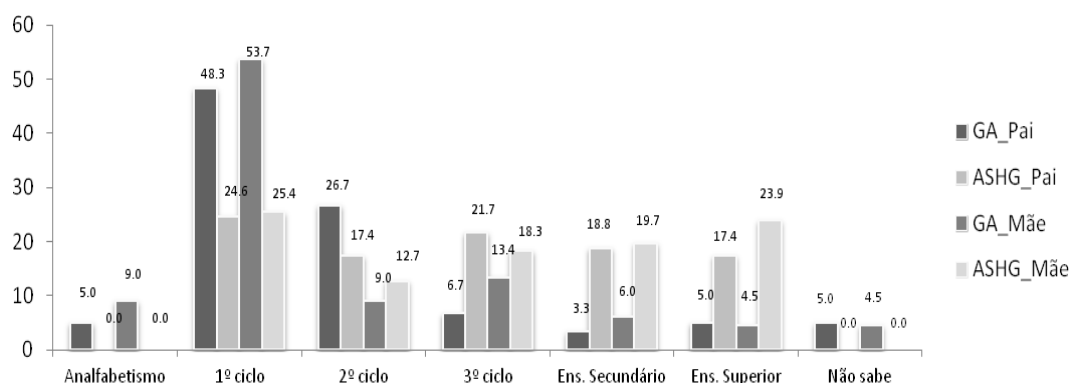


Figura 22 - GA e ASHG: Habilitações literárias dos progenitores (%): Zona Centro

A comparação entre os grupos relativamente a outras características dos progenitores, nomeadamente **profissionais** e **história de consumos**, encontra-se descrita em pormenor no Quadro 47. A maioria dos pais (82.9% no GA e 87.5% no ASHG) e das mães (60.0% no GA e 77.8% no ASHG) das jovens dos dois grupos encontra-se **ativa profissionalmente**. Apenas no que respeita às mães se verificaram diferenças significativas entre os grupos a este nível [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 5.246, p = .022$ ]. Verificou-se ainda que a maioria dos progenitores das jovens dos dois grupos não usufrui de **rendimentos sociais** (Pai: 68.6% no GA e 76.5% no ASHG; Mãe: 64.3% no GA e 75.0% no ASHG).

Relativamente à história de consumo de substâncias, o **consumo de drogas** pelos progenitores dos dois grupos revelou-se apenas residual, e não foram detetadas diferenças no consumo de álcool nem para o pai, nem para a mãe, como é possível observar no Quadro 47.

**Quadro 47 - GA e ASHG: Características profissionais e história de consumo de substâncias (álcool e drogas) dos progenitores - Zona Centro**

	GA (N = 70)		ASHG (N = 72)		Pai		Mãe	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	$\chi^2$ (gl)	<i>p</i>	$\chi^2$ (gl)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)				
<b>Situação profissional</b>								
Inativo	12 (17.1)	28 (40.0)	9 (12.5)	16 (22.2)	0.607 (1)	.436	5.246 (1)	.022
Ativo	58 (82.9)	42 (60.0)	63(87.5)	56 (77.8)				
<b>Beneficiários de rendimentos sociais<sup>a</sup></b>								
Não	48 (68.6)	45 (64.3)	52 (76.5)	51 (75.0)	1.079 (1)	.299	1.870 (1)	.171
Sim	22 (31.4)	25 (37.5)	16 (23.5)	17 (25.0)				
<b>Consumo de álcool<sup>b</sup></b>								
Não	26 (42.6)	56 (83.6)	31 (44.9)	53 (74.6)	0.333 (2)	.878	4.971 (2)	.083
Sim, normal	31 (50.8)	9 (13.4)	35 (50.7)	18 (25.4)				
Sim, em excesso	4 (6.6)	2 (3.0)	3 (4.3)	-				
<b>Consumo de drogas<sup>c</sup></b>								
Não	62 (100)	65 (98.5)	67 (98.5)	70 (100)	.52	-	.53	-
Sim	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (1.5)	0 (0.0)				

QUI-QUADRADO

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\ Pai} = 68$ ;  $N_{ASHG\ Mãe} = 68$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\ Pai} = 61$ ;  $N_{GA\ Mãe} = 67$ ;  $N_{ASHG\ Pai} = 69$ ;  $N_{ASHG\ Mãe} = 71$ ; <sup>c</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\ Pai} = 62$ ;  $N_{GA\ Mãe} = 66$ ;  $N_{ASHG\ Pai} = 68$ ;  $N_{ASHG\ Mãe} = 70$

### 2.3.1. Estilos educativos parentais

No que respeita aos **estilos educativos do pai e da mãe**, um efeito multivariado estatisticamente significativo [Critério de Pillai:  $v = .164$ ,  $F_{(4,108)} = 5.285$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .164$ ] revelou diferenças entre os grupos. Estatísticas univariadas subsequentes, presentes no Quadro 48, revelaram diferenças nas dimensões *Suporte Emocional* (pai e mãe), com as adolescentes do grupo GA a percecionarem menores práticas educativas características desta dimensão do que os seus pares sem história de gravidez.

<sup>52</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pelo pai, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>53</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pela mãe, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

**Quadro 48 - GA e ASHG: Estilos educativos para o pai e para a mãe - Zona Centro**

	GA (N = 70)		ASHG (N = 72)		F <sub>(4,108)</sub>
	M	DP	M	DP	
<b>Pai</b>					
Suporte Emocional <sup>a</sup>	17.71	0.76	19.90	0.75	4.189*
Rejeição <sup>b</sup>	10.13	0.43	10.32	0.23	0.101
<b>Mãe</b>					
Suporte Emocional <sup>c</sup>	18.55	0.72	21.28	0.71	7.330**
Rejeição <sup>d</sup>	10.86	0.44	11.83	0.436	2.443

Critério de Pillai:  $v = .164$ ,  $F_{(4,108)} = 5.285$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .164$   
<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 62$ ;  $N_{ASHG} = 64$ ; <sup>b</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 59$ ;  $N_{ASHG} = 60$ ;  
<sup>c</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 67$ ;  $N_{ASHG} = 69$ ; <sup>d</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 64$ ;  $N_{ASHG} = 65$   
\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  MANOVA

#### 2.4. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Os grupos não revelaram diferenças significativas no que se refere à **idade do namorado/pai do bebé** das jovens (Quadro 49). Foram, no entanto, encontradas diferenças no que respeita à duração das relações de namoro [ $t_{(689.094)} = -1.973$ ,  $p = .051$ ,  $r = .075$ ], com as jovens do grupo GA a manterem relações significativamente mais duradouras que as jovens sem história de gravidez, como é possível observar no Quadro 49.

**Quadro 49 - GA e ASHG: Idade do namorado/pai do bebé e duração da relação Zona Centro**

	GA (N = 70)	ASHG (N = 33)
	M (DP) (Min-Máx)	M (DP) (Min-Máx)
Idade do namorado/pai do bebé	20.63 (3.93) (16 - 36)	19.21 (3.765) (13 - 29)
Duração da relação <sup>a</sup> (meses)	19.67 (13.47) (3 - 72)	13.87 (13.53) (1 - 60)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 66$ ;  $N_{ASHG} = 31$

Os namorados das jovens do grupo GA diferiram significativamente dos namorados das jovens do grupo ASHG ao nível das **habilitações literárias** [ $\chi^2_{(5, N = 92)} = 41.675, p < .001$ ] e da **situação profissional** [ $\chi^2_{(2, N = 104)} = 37.427, p < .001$ ]. Com habilitações literárias mais baixas que os namorados das jovens sem história de gravidez, como é possível observar no Quadro 50, apenas uma minoria ainda frequenta o sistema de ensino ( $n = 11, 15.7\%$ , vs.  $n = 26, 76.5\%$ , no grupo ASHG), estando  $67.1\%$  ( $n = 47$ ) empregados e  $17.1\%$  ( $n = 12$ ) desempregados, comparativamente com os  $14.7\%$  ( $n = 5$ ) e  $8.8\%$  ( $n = 3$ ), respetivamente, do grupo de adolescentes sem história de gravidez.

**Quadro 50 - GA e ASHG: Habilitações literárias do namorado - Zona Centro**

	GA (N = 66)	ASHG (N = 26)
	n (%)	n (%)
<b>Habilitações literárias</b>		
1º ciclo	3 (4.5)	0 (0.0)
2º ciclo	22 (33.3)	2 (7.7)
3º ciclo	28 (42.4)	4 (15.4)
Secundário	7 (10.6)	16 (61.5)
Superior	0 (0.0)	4 (15.4)
Não sabe	6 (9.1)	0 (0.0)

Relativamente ao consumo de substâncias por parte do namorado, observámos que os grupos eram equivalentes no que se refere ao **consumo de álcool, e de drogas**, com a maioria das jovens dos dois grupos a revelarem com maior frequência a ausência de consumo destas substâncias por parte dos seus namorados (Quadro 51).

**Quadro 51 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelo namorado  
Zona Centro**

	GA (N = 70)	ASHG (N = 34)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	40 (57.1)	19 (55.9)
Sim, normal	29 (41.4)	15 (44.1)
Sim, em excesso	1 (1.4)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas<sup>a</sup></b>		
Não	61 (88.4)	31 (43.1)
Sim	8 (11.6)	3 (8.8)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 69$

### | B.3. Estilo de vida das adolescentes do GA e do GASHG: Saúde geral e hábitos de consumo

#### 3.1. Problemas de saúde e história de consumos

Verificaram-se diferenças entre os grupos quanto à existência de **problemas de saúde** [ $\chi^2_{(1, N = 140)} = 6.064, p = .014$ ]. A maioria das jovens dos dois grupos não apresentou qualquer problema de saúde ( $n = 63, 92.6\%$  no GA e  $n = 56, 77.8\%$  no ASHG). No entanto, apenas 7.4% ( $n = 6$ ) das jovens do grupo GA revelou um problema de saúde dentre os indicados no Quadro 52, comparativamente com 22.2% ( $n = 16$ ) das jovens do grupo ASHG que o fizeram. Os problemas respiratórios (asma, bronquite, sinusite e renite) foram os mais referidos no conjunto dos dois grupos (1.4% no GA; 11.2% no ASHG).

Quadro 52 - GA e ASHG: Problemas de saúde declarados pelas jovens - Zona Centro

	GA (N = 6)	ASHG (N = 16)
	n (%)	n (%)
<b>Problemas de saúde</b>	0 (0.0)	1 (1.4)
Alergias	1 (1.4)	8 (11.2)
Asma/Bronquite/Sinusite/Renite	0 (0.0)	2 (2.8)
Enxaquecas	0 (0.0)	1 (1.4)
Cardíacos	1 (1.4)	3 (4.2)
Visuais	1 (1.4)	0 (0.0)
Hepatite C	1 (1.4)	0 (0.0)
Estomatológicos	1 (1.4)	0 (0.0)
Renais	1 (1.4)	1 (1.4)
Não indica qual	1 (1.4)	1 (1.4)

Relativamente ao **consumo de substâncias**, as adolescentes do grupo GA apresentaram um consumo - prévio à gravidez - significativamente menor de **álcool** [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 9.927, p = .002$ ], não se tendo no entanto detetado diferenças no que respeita ao consumo de **drogas** (Quadro 53).

**Quadro 53 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelas jovens  
Zona Centro**

	GA (N = 70)	ASHG (N = 72)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	60 (85.7)	45 (62.5)
Sim, normal	10 (14.3)	27 (37.5)
Sim, em excesso	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas</b>		
Não	64 (91.4)	62 (63.9)
Sim	6 (8.6)	10 (13.9)

### 3.2. História e saúde sexual e reprodutiva

Verificámos que apenas 1 (1.4%) das jovens do grupo ASHG não tinha ainda experienciado a **menarca**, ao contrário de todas as outras adolescentes. Foram detetadas diferenças entre os grupos na **idade média de ocorrência da mesma** [ $t_{(135)} = 2.127, p = .035, r = .180$ ], que variou entre os 9 e os 15 anos no grupo GA ( $M = 11.46; DP = 134$ ) e entre os 9 e os 14 no grupo ASHG ( $M = 11.94; DP = 1.23$ ).

Os grupos diferiram igualmente quanto ao **início da vida sexual** [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 40.162, p < .001$ ] e à **idade em que este ocorreu** [ $t_{(107)} = 5.117, p < .001, r = .443$ ]. Apenas 55.6% ( $n = 40$ ) das jovens do grupo ASHG tinham já iniciado a sua vida sexual. As jovens do grupo GA apresentaram idades mais precoces de iniciação sexual ( $M = 14.49, DP = 1.26$ ) do que os seus pares sem história de gravidez que tinham já iniciado a sua vida sexual ( $M = 15.72, DP = 1.10$ ). Na amostra em estudo a idade de início da vida sexual variou dos 12 aos 17 anos no grupo GA e dos 14 aos 18 no grupo ASHG.

Considerando apenas as jovens iniciadas sexualmente, o **número de parceiros sexuais** variou de 1 a 4 no grupo GA ( $M = 1.53, DP = 0.78$ ) e de 1 a 6 no ASHG ( $M = 1.51, DP = 0.92$ ), não tendo sido detetadas diferenças significativas entre os grupos.

#### 3.2.1. Contraceção

Verificámos diferenças significativas entre os grupos quanto ao **número de métodos contraceptivos conhecidos** para evitar a gravidez [ $t_{(135.511)} = 4.449, p < .001, r = .357$ ], com as jovens do grupo GA a referirem um menor número dos mesmos ( $M = 1.90, DP = 0.98$ ) do que as jovens do grupo ASHG ( $M = 2.72, DP = 1.21$ ). Os métodos mais frequentemente referidos pelas jovens dos dois grupos são, destacados dos restantes, o preservativo (GA:  $n = 58, 82.9\%$ ;

ASHG:  $n = 69$ , 95.8%) e a pílula (GA:  $n = 57$ , 81.4%; ASHG:  $n = 66$ , 91.7%), como é possível observar na Figura 23. Duas (2.8%) das jovens do grupo ASHG referiram ainda a abstinência como forma de evitar uma gravidez. No grupo GA foi ainda feita referência a métodos de reduzida fiabilidade como o coito interrompido ( $n = 1$ , 1.4%) e o método do calendário ( $n = 1$ , 1.4%). Oito (11.4%) jovens do grupo GA e 2 (2.8%) das jovens do grupo ASHG não referiram qualquer método contraceutivo.

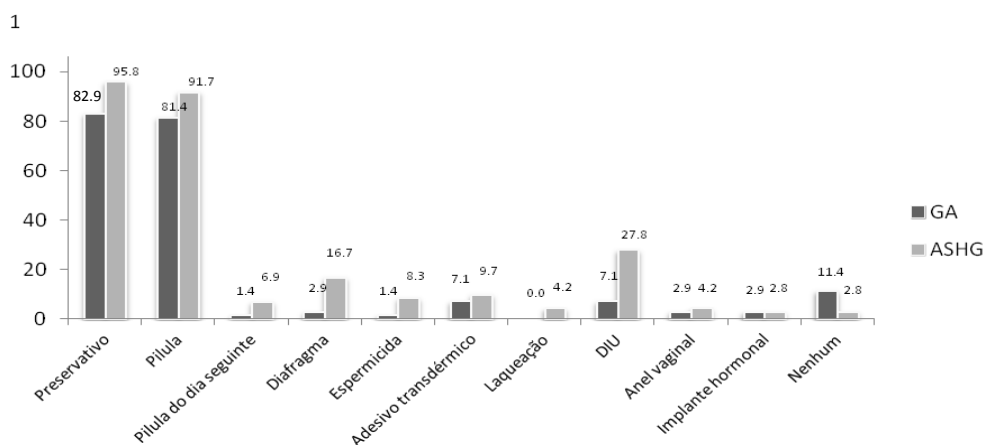


Figura 23 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos para evitar a gravidez (%) - Zona Centro

Os grupos diferiram significativamente no conhecimento do preservativo [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 6.326$ ,  $p = .012$ ], do diafragma [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 7.616$ ,  $p = .006$ ] e do DIU [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 10.418$ ,  $p = .001$ ], métodos menos referidos pelas jovens do grupo GA, comparativamente com as do grupo ASHG.

### 3.2.2. Métodos contraceptivos: Fontes de informação

Relativamente às fontes de proveniência desta informação, os grupos diferiram significativamente no número das mesmas [ $t_{(138)} = 4.163$ ,  $p < .001$ ,  $r = .334$ ]. Assim, as jovens do grupo GA revelaram menor número médio de fontes de informação sobre contraceção ( $M = 1.54$ ,  $DP = 0.92$ ), comparativamente com as jovens sem história de gravidez ( $M = 2.21$ ,  $DP = 0.99$ ). Como é possível observar na Figura 24, as fontes mais referidas pelas jovens de ambos os grupos foram a escola/professores (GA:  $n = 41$ , 59.4%; ASHG:  $n = 56$ , 78.9%) e os pais/família (GA:  $n = 21$ , 30.4%; ASHG:  $n = 42$ , 59.2%).

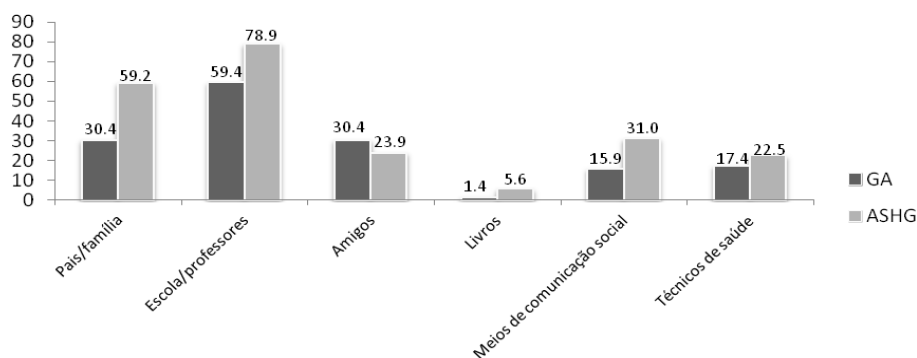


Figura 24 - GA e ASHG: Fontes de informação sobre contraceção (%) - Zona Centro

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da referência das fontes: família [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 11.662, p = .001$ ], escola [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 6.223, p = .013$ ] e meios de comunicação social [ $\chi^2_{(1, N = 142)} = 4.396, p = .036$ ], com as jovens do grupo GA a referirem-nas com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez.

### 3.2.3. Utilização de métodos contraceptivos

Considerando apenas as adolescentes sexualmente iniciadas, verificaram-se diferenças entre os grupos ao nível da **utilização de contraceção** para evitar uma gravidez [ $\chi^2_{(1, N = 110)} = 23.091, p < .001$ ], com 50.0% ( $n = 35$ ) das jovens do grupo GA a revelarem não usar contraceção antes de engravidar, comparativamente com apenas 5.0% ( $n = 2$ ) de jovens do grupo ASHG que declaram não usar contraceção. Não se verificaram diferenças ao nível dos métodos (ou da combinação de métodos) utilizados. Como é possível observar no Quadro 54, o preservativo é o método mais utilizado (74.3% no GA e 60.5% no ASHG), seguido da pílula (17.1% no GA e 18.4% no ASHG). No grupo ASHG a utilização combinada da pílula e do preservativo é igualmente frequente (18.4%), verificando-se ainda a existência de uma (2.6%) jovem deste grupo que recorre à combinação do implante hormonal e do preservativo.

**Quadro 54 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos (ou combinação de métodos) usados pelas jovens sexualmente iniciadas - Zona Centro**

	GA (N = 35)	ASHG (N = 38)
	n (%)	n (%)
<b>Método(s) contraceptivo(s) usado(s)</b>		
Pílula	6 (17.1)	7 (18.4)
Preservativo	26 (74.3)	23 (60.5)
Pílula + Preservativo	3 (8.6)	7 (18.4)
Implante + preservativo	0 (0.0)	1 (2.6)

Como principais razões para a não utilização de contraceção, apenas uma jovem do grupo ASHG declara não querer usar/não gostar de nenhum dos métodos disponíveis, não existindo resposta nas demais adolescentes do mesmo grupo. As jovens do grupo GA apontam como razão mais frequente para a não utilização de contraceção o fato de não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis ( $n = 5$ , 17.9%), seguida do desejo de engravidar ( $n = 4$ , 14.3%), da confiança no parceiro ( $n = 4$ , 14.3%) e do fato de o namorado não querer usar ( $n = 3$ , 10.7%), não terem pensado que poderia engravidar ( $n = 3$ , 10.7%) e falta de informação sobre métodos contraceptivos ( $n = 3$ , 10.7%). Algumas das jovens referem ainda razões como terem deixado de tomar a pílula por problemas de saúde ( $n = 2$ , 7.1%), não ter nada à mão ( $n = 1$ , 3.6%), ou estarem à espera de começar a tomar a pílula ( $n = 1$ , 3.6%). Por fim, uma (3.6%) das jovens afirmou não saber responder.

#### | B.4. Determinantes para a Ocorrência de Gravidez na Adolescência: Modelos Compreensivos

##### 4.1. Modelo compreensivo para o início da vida sexual

Procedendo da forma descrita para a região Centro, começámos por identificar as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que de distinguiam as adolescentes da zona Centro que tinham já iniciado a sua vida sexual e as que não o tinham feito, através de um conjunto alargado de análises univariadas. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da decisão de iniciar a vida sexual, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 55 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 131.601; este valor apresenta-se reduzido para 122.726 no último passo do

modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução da variável. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(1)} = 8.875, p = .003$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, a iniciação da vida sexual revelou-se mais provável para adolescentes com menores habilitações literárias. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 75.5%.

**Quadro 55 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a iniciação da vida sexual das adolescentes: Modelo final - Zona Centro**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	4.733 (1.465)				
Habilitações literárias (último ano frequentado)	-.365 (0.141)	6.653	0.694**	0.526	0.916

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou da vida sexual = 1.  
Número de observações: 118.  
-2Log-Likelihood = 122.726, Pseudo R<sup>2</sup> = .072 (Cox & Snell), .108 (Nagelkerke), R<sup>2</sup><sub>L</sub> (4) (Hosmer & Lemeshow) = .933, p = .139. Modelo:  $\chi^2_{(1)} = 8.875, p = .003$ .

\*\* p < .01

#### 4.2. Modelo compreensivo para a ocorrência de gravidez

Procedendo da forma descrita para a região Centro, começámos por identificar através de um conjunto de análises univariadas as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguem as adolescentes da zona Centro do grupo GA e do grupo ASHG, considerando agora apenas as jovens iniciadas sexualmente. Os resultados permitiram seleccionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária<sup>54</sup>. No Quadro 56 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 86.807; este valor apresenta-se reduzido para 50.645 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(3)} = 36.958, p < .001$ ] e apresenta elevada

<sup>54</sup> À semelhança do que se verificou para a variável *Abandono escolar prévio* para todas as regiões, na região Centro a variável *Etnia* não foi incluída no modelo por uma das categorias da distribuição (*Gravidez x Minoria étnica*) se encontrar vazia, o que tornaria o resultado instável ou impossível de obter.

adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes com menor grau de envolvimento com a religião, idades mais precoces de iniciação sexual e namorados fora do sistema de ensino. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 82.9%.

**Quadro 56 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final - Zona Centro**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	20.151 (5.937)				
Grau de envolvimento com a religião	-1.698 (0.755)	5.057	0.183*	0.042	0.804
Idade de início da vida sexual	-1.285 (0.381)	11.391	0.277***	0.131	0.584
Situação profissional do namorado	2.315 (0.767)	9.104	10.121**	2.250	45.521

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1.

Número de observações: 76.

-2Log-Likelihood = 50.645, Pseudo  $R^2$  = .385 (Cox & Snell), .563 (Nagelkerke),  $R^2_L$  (7) (Hosmer & Lemeshow) = .583,  $p$  = .600. Modelo:  $\chi^2_{(3)} = 36.958$ ,  $p < .001$ .

Nota: Grau de envolvimento com a religião: 0 = Não praticante, 1 = Praticante. Situação profissional 0 = Estudante, 1 = Empregado/Desempregado

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

---

**ZONA LISBOA E VALE DO TEJO**

---



|| C. ZONA LISBOA E VALE DO TEJO ||

| C. 1. Caracterização do GA e do GASHG: Variáveis sociodemográficas

1.1. Idade

Verificou-se a existência de diferenças significativas ao nível da **média de idades** dos dois grupos [ $t_{(163)} = 4.107, p < .001, r = .306$ ], sendo as adolescentes grávidas mais novas do que os seus pares sem história de gravidez. No entanto, como é possível observar no Quadro 57, as jovens distribuem-se uniformemente **grupo etário**<sup>55</sup>. –

Quadro 57 - GA e ASHG: Idade - Zona Lisboa e Vale do Tejo (LVT)

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
Idade	16.23 (1.06) (13 - 18)	17.02 (1.41) (12 - 19)
	n (%)	n (%)
Grupo etário		
Menos de 15 anos	4 (5.0)	5 (5.9)
15-19 anos	76 (66.1)	80 (94.1)

1.2. Estado civil

A distribuição dos dois grupos revelou diferenças significativas no que diz respeito ao **estado civil atual**<sup>56</sup> [ $\chi^2_{(1, N = 165)} = 22.338, p < .001$ ]. Apesar de, em ambos os grupos, as jovens se encontrarem maioritariamente solteiras (71.3% no GA e 97.6% no ASHG), apenas 2 (2.4%) das jovens sem história de gravidez pertenciam à categoria *Casada/Unida de fato*,

<sup>55</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Menor de 15 anos*, em ambos os grupos, e o não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>56</sup> A análise do **estado civil** prévio à ocorrência de gravidez não foi possível, dada a ausência de resposta para todas as adolescentes casadas/unidas de fato na variável duração do casamento/união.

comparativamente com 23 (28.8%) das jovens do grupo GA. Dentre as jovens casadas/unidas de fato, a situação mais frequente foi a união de fato (GA:  $n = 21$ , 26.3%; ASHG:  $n = 1$ , 1.2%), seguida do casamento religioso (GA:  $n = 2$ , 2.5%; ASHG:  $n = 1$ , 1.2%). Nenhuma das jovens dos dois grupos se encontrava casada pelo civil.

Quadro 58 - GA e ASHG: Estado civil atual - Zona LVT

	GA ( $N = 80$ )	ASHG ( $N = 85$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)
<b>Estado civil atual</b>		
Solteira	57 (71.3)	83 (97.6)
Casada/Unida de fato	23 (28.8)	2 (2.4)

### 1.3. Tipo de área de residência

Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente ao **tipo de área de residência**, com as jovens de ambos a revelarem viver maioritariamente em zonas urbanas (GA:  $n = 79$ , 98.8%; ASHG:  $n = 81$ , 95.3%) do que em zonas semi-urbanas (GA:  $n = 1$ , 1.3%; ASHG:  $n = 2$ , 2.4%) ou rurais (GA:  $n = 0$ ; ASHG:  $n = 2$ , 2.4%), como é possível observar na Figura 25.

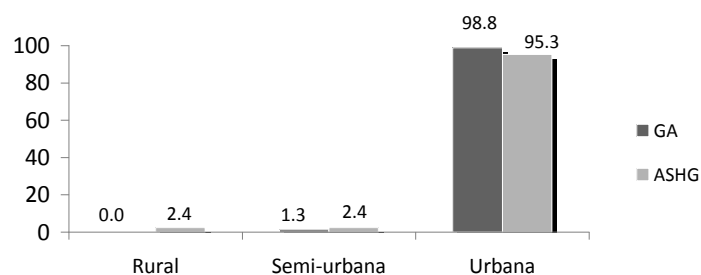


Figura 25 - GA e ASHG: Tipo de área de residência (%) - Zona LVT

#### 1.4. Religião e Etnia

Os grupos revelaram diferenças ao nível da **confissão religiosa** [ $\chi^2_{(1, N = 154)} = 9.438, p = .002$ ], com as jovens do grupo GA a revelarem-se com menor frequência seguidoras de uma religião do que os seus pares sem história de gravidez (46.1% vs. 70.5% no ASHG). Não se verificaram, no entanto, diferenças ao nível do tipo de religião, com a maioria das jovens de ambos os grupos a revelarem-se católicas (GA:  $n = 28, 80.0\%$ ; ASHG:  $n = 47, 85.5\%$ ) e apenas uma minoria seguidoras de outra religião (GA:  $n = 7, 20.0\%$ ; ASHG:  $n = 8, 14.5\%$ ). No que respeita ao **grau de envolvimento com a religião** seguida, os grupos revelaram-se também equivalentes, com a maioria das jovens dos dois grupos que seguem uma religião a declararem-se não praticantes (60.0% no GA e 52.8% no ASHG), como é possível observar no Quadro 59.

Quadro 59 - GA e ASHG: Religião - Zona LVT

	GA (N = 76)	ASHG (N = 78)
	n (%)	n (%)
<b>Confissão Religiosa</b>		
Não	41 (53.9)	23 (29.5)
Sim	35 (46.1)	55 (70.5)
<b>Envolvimento com a Religião<sup>a</sup></b>		
Praticante	14 (40.0)	25 (47.2)
Não praticante	21 (60.0)	28 (52.8)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASH} = 53$

Relativamente à **etnia**, não foram encontradas diferenças entre os grupos, com a maioria das jovens de ambos a revelarem-se caucasianas (83.8% no GA e 92.9% no ASHG), por oposição à categoria *Minorias étnicas*<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> Dada a reduzida dimensão, na zona Lisboa e Vale do Tejo, das categorias étnicas *Cigana* [3 (3.8%) no grupo GA e 1 (1.2%) no grupo ASHG], *Negra/Africana* [0 (11.3%) no grupo GA e 4 (4.7%) no grupo ASHG] e *Asiática* [1 (1.3%) no grupo GA e 1 (1.2%) no grupo ASHG], optámos pela categorização das mesmas como minorias étnicas, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

Quadro 60 - GA e ASHG: Etnia - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>Etnia</b>		
Caucasiana	67 (83.8)	79 (92.9)
Minorias étnicas	13 (16.3)	6 (7.1)

### 1.5. Nível Socioeconómico (NSE)

Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao NSE [ $\chi^2_{(2, N = 165)} = 14.433, p < .001$ ], com a maioria das jovens dos dois grupos a pertencer ao NSE baixo (88.8% no GA e 65.7% no ASHG), mas com as jovens do grupo GA a apresentarem com menor frequência que os seus pares sem história de gravidez ao NSE médio (11.3% vs. 24.7% no ASHG) ou elevado (0.0% vs. 9.4% no ASHG).

Quadro 61 - GA e ASHG: NSE - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>NSE</b>		
Baixo	71 (88.8)	56 (65.7)
Médio	9 (11.3)	21 (24.7)
Elevado	0 (0.0)	8 (9.4)

### 1.6. Escolaridade e Situação profissional

Relativamente à escolaridade, embora as adolescentes do grupo GA tivessem declarado com maior frequência o ensino regular como tipo de ensino correspondente ao último ano frequentado (62.1% vs. 47.6% no ASHG) - ao contrário das jovens do grupo ASHG, que de forma mais frequente indicaram o ensino profissional - as diferenças entre os grupos não se revelaram significativas (Quadro 62). O grupo GA revelou, no entanto, habilitações literárias significativamente mais baixas [ $t_{(129)} = 9.285, p < .001, r = .633$ ], apresentando uma média de último ano frequentado inferior à do grupo de jovens sem história de gravidez (Quadro 62).

Quadro 62 - GA e ASHG: Habilitações literárias - Zona LVT

	GA (N = 66)	ASHG (N = 84)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
Habilitações literárias (último ano frequentado)	8.53 (1.49) (4 - 12)	10.81 (1.30) (7 - 12)
	n (%)	n (%)
Tipo de ensino <sup>a</sup>		
Regular	41 (62.1)	40 (47.6)
Profissional	25 (37.9)	44 (52.4)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>GA</sub> = 53; N<sub>ASHG</sub> = 78

Na Figura 26 encontra-se a distribuição das habilitações literárias das jovens dos dois grupos pelas categorias 1º ciclo (ensino primário), 2º ciclo (5-6º anos), 3º ciclo (7-9º anos) e Ensino Secundário (10-12º anos). Não foram incluídas as categorias *Analfabetismo* e *Ensino Superior* pela inexistência de jovens que lhes correspondessem em ambos os grupos. Como é possível observar, em ambos os grupos as habilitações literárias mais baixas revelaram-se pouco frequentes (GA: n = 1, 1.9%, 1º ciclo; n = 3, 5.7%, 2º ciclo). As principais diferenças verificaram-se ao nível das categorias 3º ciclo e *Ensino secundário*. Enquanto na sua as jovens do grupo GA revelaram habilitações literárias correspondentes ao 3º ciclo (n = 37, 69.8%), as jovens do grupo ASHG revelaram habilitações maioritariamente correspondentes ao ensino secundário (n = 66, 84.6%). A distribuição das habilitações literárias dos dois grupos difere significativamente [ $\chi^2_{(3, N = 131)} = 51.235, p < .001$ ].

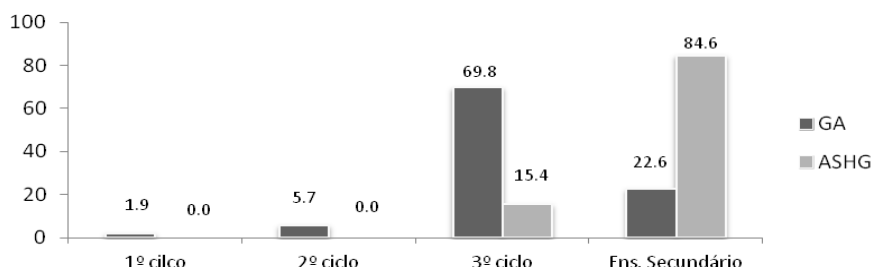


Figura 26 - GA e ASHG: Habilitações literárias por categorias (%) - Zona LVT

### 1.6.1. Tipo de ensino frequentado

Os grupos apresentaram igualmente diferenças ao nível da **frequência do sistema de ensino** [ $\chi^2_{(1, N = 162)} = 55.317, p < .001$ ], com apenas 50.0% das jovens do grupo GA a frequentarem a escola, comparativamente com a totalidade das adolescentes do grupo sem história de gravidez.

**Quadro 63 - GA e ASHG: Frequência do sistema de ensino - Zona LVT**

	GA (N = 78)	ASHG (N = 84)
	n (%)	n (%)
<b>Frequência do sistema de ensino</b>		
Não	39 (50.0)	0 (0.0)
Sim	39 (50.0)	84 (100)

Das jovens do grupo GA que não frequentavam o sistema de ensino, 6 (15.4%) encontravam-se empregadas e 32 (82.1%) em situação de desemprego. Das jovens que se encontravam empregadas, 2 (33.3%) revelaram ser empregadas de balcão/mesa/cozinha, 2 (33.3%) comerciantes/feirantes, 1 (16.7%) empregada de limpeza e 1 (16.7%) técnica de gestão.

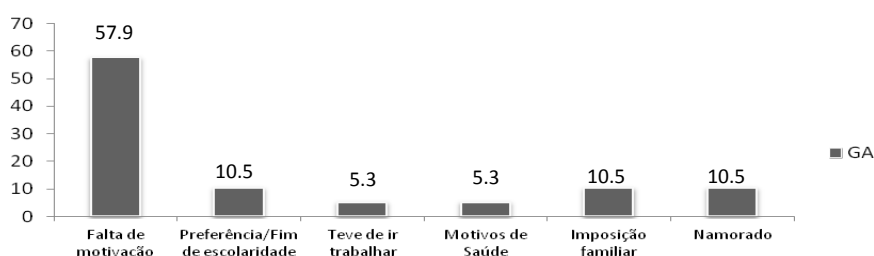
### 1.6.2. Abandono Escolar

Olhando com mais detalhe para a história de **abandono escolar** destas jovens, verificámos que 28.0% abandonaram a escola antes de engravidarem e apenas 18.7% a abandonaram como consequência da gravidez (Quadro 64). No entanto, as diferenças entre os grupos ao nível do abandono escolar eram já significativas **previamente à ocorrência de gravidez** nas jovens do grupo GA [ $\chi^2_{(1, N = 159)} = 27.099, p < .001$ ]. Apenas 54 (72.0%) das jovens do grupo GA não tinham ainda abandonado a escola, comparativamente com a totalidade das jovens do grupo ASHG. O ano médio de abandono escolar prévio à gravidez foi o 7º ano de escolaridade (Quadro 64).

**Quadro 64 - GA e ASHG: História de abandono escolar - Zona LVT**

	GA (N = 75)	ASHG (N = 84)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Abandono escolar Momento</b>		
Nunca	40 (53.3)	84 (100)
Prévio à gravidez	21 (28.0)	0 (0.0)
Posterior à gravidez	14 (18.7)	0 (0.0)
<b>Abandono (prévio à gravidez)</b>		
Não	54 (72.0)	84 (100)
Sim	21 (28.0)	0 (0.0)
<b>M (DP) (Mín. - Máx.)</b>		
<b>Ano de abandono (prévio à gravidez)</b>	7.00 (2.15) 4 - 11	

A distribuição dos motivos de abandono escolar prévio à ocorrência de gravidez encontra-se representada na Figura 27. Como é possível observar, 57.9% ( $n = 11$ ) das jovens declarou a falta de motivação e interesse como motivo para o abandono. Outros motivos como a preferência por trabalhar ou o final da escolaridade obrigatória/curso profissional ( $n = 2$ , 10.5%), a imposição familiar ( $n = 2$ , 10.5%), o fato de ter começado a namorar/ter casado/o namorado não querer que continuasse ( $n = 2$ , 10.5%), a necessidade de trabalhar por dificuldades económicas ( $n = 1$ , 5.3%) e motivos de saúde ( $n = 1$ , 5.3%) foram também referidos.



**Figura 27 - GA: Motivos de abandono escolar prévio à gravidez (%) - Zona LVT**

Analisando o sucesso académico, verificámos diferenças entre os grupos ao nível da ocorrência de reprovações [ $\chi^2_{(1, N = 165)} = 5.142, p = .023$ ]. Apenas 22.5% das jovens do grupo GA revelaram nunca terem reprovado, comparativamente com 38.8% das jovens do grupo ASHG. Como é possível observar no Quadro 65, entre as jovens com reprovações, as que pertenciam ao grupo GA apresentaram maior número médio das mesmas ao longo do seu percurso académico [ $t_{(101.022)} = -2.557, p = .012, r = .246$ ].

Quadro 65 - GA e ASHG: Sucesso académico - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>Reprovações</b>		
Não	18 (22.5)	33 (38.8)
Sim	62 (77.5)	52 (61.2)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
Número de reprovações <sup>a</sup> (quando existentes)	1.74 (0.93) (1 - 5)	1.37 (0.56) (1 - 3)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 61$ ;  $N_{ASHG} = 51$

### 1.7. Projetos de vida escolares e profissionais

Os grupos não revelaram diferenças ao nível da definição de projetos de vida no que concerne à escolaridade nem à profissão. A maioria das jovens dos dois grupos apresenta um projeto definido para a sua escolaridade (88.8% no GA e 78.6% no ASHG) e vida profissional (81.3% no GA e 73.5% no ASHG).

Quadro 66 - GA e ASHG: (In)definição de projetos de vida - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 84)
	n (%)	n (%)
<b>Projeto de vida: Escola</b>		
Sem projeto definido	9 (11.3)	18 (21.4)
Projeto definido	71 (88.8)	66 (78.6)
<b>Projeto de vida: Profissão<sup>a</sup></b>		
Sem projeto definido	15 (18.8)	22 (26.5)
Projeto definido	65 (81.3)	61 (73.5)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG} = 83$

Relativamente aos **projetos mencionados**, existem diferenças significativas entre os grupos ao nível da escolaridade [ $\chi^2_{(5, N = 130)} = 49.058, p < .001$ ], as não ao nível profissional. A distribuição dos mesmos encontra-se representada nas Figura 28 e 29, respetivamente. Como podemos observar, enquanto as jovens do grupo GA pretendem maioritariamente - e em maior frequência que os seus pares sem história de gravidez - estudar até ao 12º ano ( $n = 24, 34.8\%$ , vs.  $n = 10, 16.4\%$ , no ASHG), não continuar a estudar ( $n = 11, 15.9\%$ , vs.  $n = 1, 1.6\%$ , no ASHG), estudar até ao 9º ano ( $n = 12, 17.4\%$ , vs.  $n = 0$  no ASHG), ou tirar um curso profissional ( $n = 6, 8.7\%$ , vs.  $n = 3, 4.9\%$ , no ASHG), o projeto mais frequentemente definido pelas jovens do grupo ASHG é a frequência e conclusão do ensino superior ( $n = 47, 77.0\%$ ), menos referido pelas jovens do GA ( $n = 13, 18.8\%$ ).

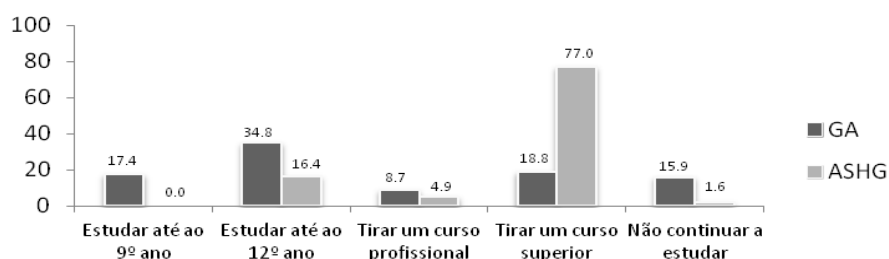


Figura 28 - GA e ASHG: Projetos escolares das jovens (%) - Zona LVT

Já no que diz respeito aos projetos profissionais, as jovens do grupo GA pretendem com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez trabalhar na área em que se pretendem formar ( $n = 23$ , 35.4%, vs.  $n = 25$ , 45.5% no ASHG), e em maior frequência que estas procurar um trabalho específico ( $n = 38$ , 58.5%, vs.  $n = 27$ , 49.1% no ASHG).



Figura 29 - GA e ASHG: Projetos profissionais das jovens (%) - Zona LVT

## | C.2. Variáveis relacionais do GA e do GASHG

### 2.1. História e agregado familiar

#### Estrutura e dimensão do agregado familiar

Os grupos revelaram diferenças significativas relativamente à **estrutura do agregado familiar na infância** [ $\chi^2 (2, N = 165) = 19.458, p < .001$ ]. Apesar de em ambos os grupos as jovens terem vivido a sua infância maioritariamente com a família nuclear intacta (50% no GA e 82.4% no ASHG), as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intatos (35.0% vs. 12.9% no grupo ASHG) ou outros que não incluíssem os seus pais - família alargada ou instituição - (15.0% vs. 4.7% no grupo ASHG).

Quadro 67 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar na infância - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>Agregado familiar na infância</b>		
Nuclear intato (pais e irmãos)	40 (50.0)	70 (82.4)
Não intato (monoparental ou reconstituída)	28 (35.0)	11 (12.9)
Outro (sem pais)	12 (15.0)	4 (4.7)

A distribuição das jovens dos dois grupos em função da **constituição do agregado familiar atual** revelou diferenças também significativas [ $\chi^2_{(4, N = 165)} = 37.2907, p < .001$ ] e encontra-se representada na Figura 30. Como é possível observar, enquanto as jovens do grupo GA referiram de forma mais frequente viver com um agregado não intato ( $n = 32, 40.0\%$  vs  $n = 21, 24.7\%$  no grupo ASHG) - ao qual se segue o intato ( $n = 19, 23.8\%$  vs  $n = 56, 65.9\%$  no grupo ASHG), o companheiro ( $n = 14, 17.5\%$  vs  $n = 1, 1.2\%$  no grupo ASHG), o companheiro e uma das famílias de origem ( $n = 8, 10.0\%$  vs  $n = 1, 1.2\%$  no grupo ASHG) e outros, sem os seus pais ( $n = 7, 8.8\%$  vs  $n = 6, 7.1\%$  no grupo ASHG) - as jovens do grupo ASHG revelaram viver mais frequentemente com o seu agregado intato, ou com um agregado não intato. Neste grupo são menos frequentes as situações de co-habitação com outros agregados, sem os pais, ou com o companheiro, com ou sem nenhuma das famílias de origem.

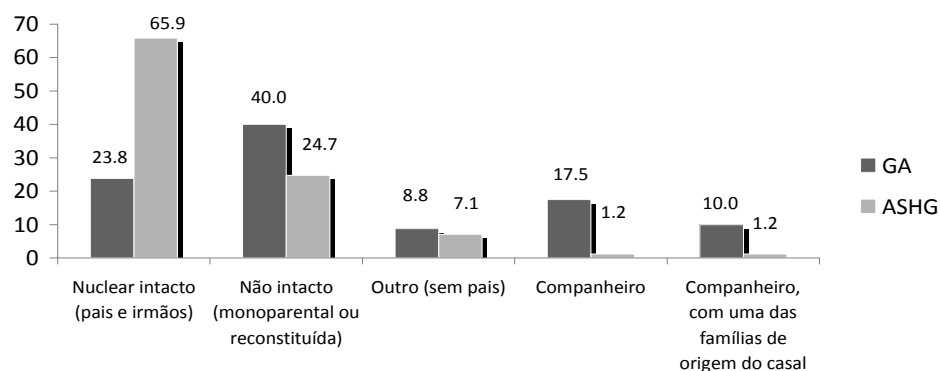


Figura 30 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar atual (%) - Zona LVT

Os grupos não revelaram diferenças significativas quanto à **dimensão total do agregado familiar atual**, que variou de 2 a 8 elementos no grupo GA ( $M = 3.92, DP = 1.54$ ) e

de 0 a 7 no grupo ASHG ( $M = 3.68$ ,  $DP = 1.15$ ). Diferiram, no entanto, relativamente ao número de irmãos [ $t_{(108.840)} = -3.643$ ,  $p < .001$ ,  $r = .373$ ], com as jovens do grupo GA a pertencerem a fratrias mais numerosas - que variaram de 0 a 13 elementos ( $M = 2.86$ ,  $DP = 2.76$ ) - do que as adolescentes do grupo ASHG - cujas fratrias variaram de 0 a 6 elementos ( $M = 1.64$ ,  $DP = 1.25$ ). A distribuição das jovens dos dois grupos em função da posição ocupada na fratria revelou também diferenças significativas [ $\chi^2_{(3, N = 163)} = 9.636$ ,  $p = .022$ ], com as jovens do grupo GA a revelarem com maior frequência que os seus pares sem história de gravidez pertencer a posições intermédias (Quadro 68).

Quadro 68 - GA e ASHG: Posição na fratria - Zona LVT

Posição na fratria	GA (N = 79)	ASHG (N = 84)
	n (%)	n (%)
Filha única	6 (7.6)	7 (8.3)
Mais velha	26 (32.9)	36 (42.9)
Mais nova	17 (21.5)	27 (32.1)
Outra, intermédia	30 (38.0)	14 (16.7)

## 2.2. História familiar de Gravidez na adolescência

Relativamente à história familiar de gravidez na adolescência, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos [ $\chi^2_{(1, N = 163)} = 4.556$ ,  $p = .033$ ], com as jovens do grupo GA a referirem com maior frequência a ocorrência de uma gravidez na adolescência na sua família ( $n = 48$ , 60.8% vs.  $n = 37$ , 44.0% no grupo ASHG). A distribuição das figuras familiares citadas com história de gravidez, para cada grupo, encontra-se representada na Figura 31.

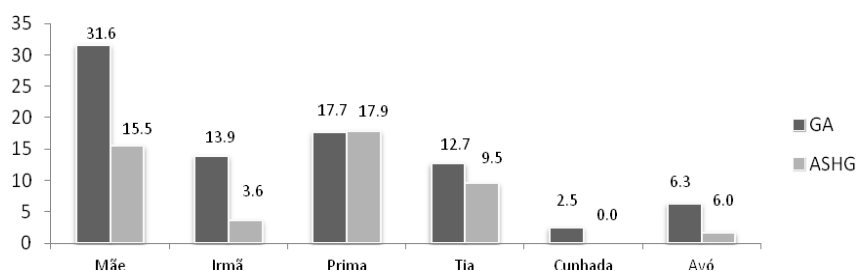


Figura 31 - GA e ASHG: Figuras familiares com história de gravidez na adolescência (%)  
Zona LVT

Os grupos revelam diferenças significativas para a mãe [ $\chi^2_{(1, N = 163)} = 5.954, p = .015$ ] e para a irmã [ $\chi^2_{(1, N = 163)} = 5.558, p = .018$ ], figuras mais frequentemente citadas com história de gravidez pelas jovens do grupo GA (Mãe:  $n = 25, 31.6\%$  vs.  $n = 13, 15.5\%$  no grupo ASHG; Irmã:  $n = 11, 13.9\%$  vs.  $n = 3, 3.6\%$  no grupo ASHG).

### 2.3. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da **idade da mãe** [ $t_{(160)} = 3.504, p = .001, r = .071$ ], não se tendo verificado diferenças relativamente à idade do pai. Quanto ao **estado civil dos progenitores**, foram encontradas diferenças significativas [ $\chi^2$  (Teste Exato de Fisher)  $_{(3, N = 163)} = 34.876, p < .001$ ]. Assim, comparativamente com as jovens sem história de gravidez, as adolescentes do grupo GA revelaram pais em maior número separados (43.6% vs. 15.3% no ASHG) ou viúvos (16.7% vs. 2.4; Quadro 68). Apesar das idades médias equivalentes para o pai (GA:  $M = 44.39, DP = 5.54$ ; ASHG:  $M = 46.59, DP = 7.52$ ), as jovens do grupo GA apresentaram mães significativamente mais novas - com idades entre os 31 e os 59 anos ( $M = 40.86, DP = 5.61$ ) - do que os seus pares sem história de gravidez - cujas idades variaram entre 32 e os 59 anos ( $M = 43.99, DP = 5.74$ ).

**Quadro 69 - GA e ASHG: Estado civil dos progenitores - Zona LVT**

	GA (N = 78)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil progenitores</b>		
Casados/Unidos de fato	22 (28.2)	60 (70.6)
Separados	34 (43.6)	13 (15.3)
Divorciados	9 (11.5)	10 (11.8)
Viúvo(a)	13 (16.7)	2 (2.4)

Relativamente às **habilitações literárias dos progenitores**, apenas se verificaram diferenças entre os dois grupos para a mãe [ $\chi^2_{(6, N = 153)} = 24.695, p < .001$ ]. A distribuição das habilitações literárias para ambos os progenitores encontra-se representada na Figura 32. Como é possível observar, as habilitações dos pais das adolescentes de ambos os grupos distribuíram-se de forma semelhante pelas categorias *1º ciclo* ( $n = 16, 30.2\%$ , no GA vs.  $n = 21, 27.3\%$ , no ASHG), *2º ciclo* ( $n = 5, 9.4\%$ , no GA vs.  $n = 8, 10.4\%$ , no ASHG), *3º ciclo* ( $n = 18, 34.0\%$ , no GA vs.  $n = 22, 28.6\%$ , no ASHG) e ensino secundário ( $n = 10, 18.9\%$ , no GA vs.  $n = 15,$

19.5%, no ASHG). Apenas na categoria *Ensino superior* se verifica um marcado menor número de pais do grupo GA ( $n = 1$ , 1.9%, no GA vs.  $n = 11$ , 14.3%, no ASHG). Relativamente às mães, as diferenças sobressaem num maior número de categorias, nomeadamente com as mães do grupo GA a apresentar mais frequentemente do que as dos seus pares sem história de gravidez habilitações literárias correspondentes ao 2º ciclo ( $n = 19$ , 26.0%, no GA vs.  $n = 9$ , 11.3%, no ASHG) e em menor frequência ao ensino secundário ( $n = 7$ , 9.6%, no GA vs.  $n = 19$ , 23.8%, no ASHG) ou superior ( $n = 2$ , 2.7%, no GA vs.  $n = 14$ , 17.5%, no ASHG).

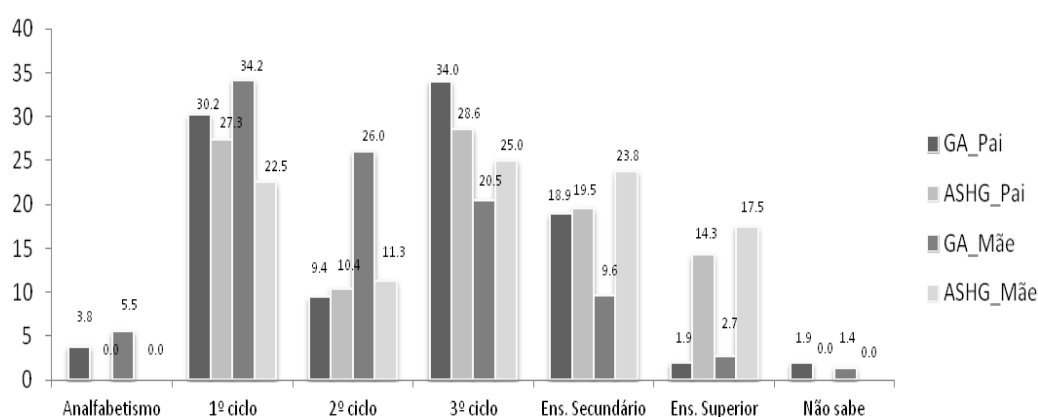


Figura 32 - GA e ASHG: Habilitações literárias do pai e da mãe das jovens (%) - Zona LVT

A comparação entre os grupos relativamente a outras características dos progenitores, nomeadamente **profissionais e história de consumo de substâncias**, encontra-se descrita em pormenor no Quadro 70. A maioria dos pais (88.8% no GA e 88.0% no ASHG) das jovens dos dois grupos encontrava-se ativa profissionalmente. No que respeita à figura materna, verificaram-se no entanto diferenças significativas, com 45.0% das mães das jovens do grupo GA a encontrarem-se inativas profissionalmente, por comparação com as apenas 24.7% das mães das jovens do grupo ASHG. Verificou-se, no entanto, que para nenhum dos progenitores se verificaram diferenças em termos do benefício de **rendimentos sociais (RSI e outros)**, com a maioria das jovens dos dois grupos a referirem a inexistência destes benefícios quer para o pai (68.8% no GA e 81.5% no ASHG), quer para a mãe (71.5% no GA e 76.5% no ASHG).

O **consumo de drogas** pelos progenitores dos dois grupos revelou-se apenas residual e não se verificaram diferenças relativamente ao consumo de álcool entre os progenitores dos dois grupos. Tanto as mães (79.2% no GA e 76.8% no ASHG) como os pais (54.8% no GA e 53.8% no ASHG) das jovens dos dois grupos foram descritos de forma mais frequente como não consumidores.

**Quadro 70 - GA e ASHG: Características profissionais e história de consumo de substâncias (álcool e drogas) dos progenitores - Zona LVT**

	GA (N = 80)		ASHG (N = 85)		Pai		Mãe	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	$\chi^2$ (gl)	<i>p</i>	$\chi^2$ (gl)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)				
<b>Situação profissional<sup>a</sup></b>								
Inativo	9 (11.3)	36 (45.0)	10 (12.0)	21 (24.7)	0.025 (1)	.874	7.506 (1)	.006
Ativo	71 (88.8)	44 (55.0)	73 (88.0)	64 (75.3)				
<b>Beneficiários de rendimentos sociais<sup>b</sup></b>								
Não	55 (68.8)	62 (77.5)	66 (81.5)	65 (76.5)	3.494 (1)	.062	4.712 (1)	.875
Sim	25 (31.3)	18 (22.5)	15 (18.5)	20 (23.5)				
<b>Consumo de álcool<sup>c</sup></b>								
Não	34 (54.8)	61 (79.2)	43 (53.8)	63 (76.8)	3.646 (2)	.150	0.142 (2)	.929
Sim, normal	22 (35.5)	15 (19.5)	35 (43.8)	18 (22.0)				
Sim, em excesso	6 (9.7)	1 (1.3)	2 (2.5)	1 (1.2)				
<b>Consumo de drogas<sup>d</sup></b>								
Não	61 (100)	76 (100)	80 (98.8)	81 (98.8)	.58	-	.59	-
Sim	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (1.2)				

**QUI-QUADRADO**

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\ Pai} = 83$ ; <sup>b</sup>Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\ Pai} = 81$ ; <sup>c</sup>Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\ Pai} = 62$ ;  $N_{GA\ Mãe} = 77$ ;  $N_{ASHG\ Pai} = 80$ ;  $N_{ASHG\ mãe} = 82$ ; <sup>d</sup>Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\ Pai} = 61$ ;  $N_{GA\ Mãe} = 76$ ;  $N_{ASHG\ Pai} = 81$ ;  $N_{ASHG\ mãe} = 82$

### 2.3.1. Estilos educativos parentais

No que respeita aos **estilos educativos do pai e da mãe**, um efeito multivariado estatisticamente significativo [Critério de Pillai:  $\nu = .107$ ,  $F_{(4,119)} = 3.555$ ,  $p = .009$ ,  $\eta^2 = .107$ ] revelou diferenças entre os grupos. Estatísticas univariadas subsequentes, presentes no Quadro 71, revelaram diferenças nas dimensões *Suporte Emocional* (pai e mãe), com as adolescentes do grupo GA a perceberem menores práticas educativas características desta dimensão.

<sup>58</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pelo pai, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>59</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pela mãe, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

Quadro 71 - GA e ASHG: Estilos educativos para o pai e para a mãe - Zona LVT

	GA (N = 80)		ASHG (N = 85)		F(1,122)
	M	DP	M	DP	
<b>Pai</b>					
Suporte Emocional <sup>a</sup>	16.45	5.31	20.35	4.67	10.460**
Rejeição <sup>b</sup>	9.10	2.24	9.69	2.62	0.415
<b>Mãe</b>					
Suporte Emocional <sup>c</sup>	17.80	5.49	21.45	4.37	7.976**
Rejeição <sup>d</sup>	10.11	2.12	11.25	2.90	4.635

**Crítério de Pillai:**  $v = .107$ ,  $F_{(4,119)} = 3.555$ ,  $p = .009$ ,  $\eta^2 = .107$   
<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 59$ ;  $N_{ASHG} = 73$ ; <sup>b</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 57$ ;  $N_{ASHG} = 74$ ;  
<sup>c</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 72$ ;  $N_{ASHG} = 78$ ; <sup>d</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 69$ ;  $N_{ASHG} = 80$   
\*\*  $p < .01$  MANOVA

#### 2.4. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Os grupos não revelaram diferenças significativas no que se refere à idade do namorado/pai do bebé das jovens, nem no que respeita à duração das relações de namoro (Quadro 72).

Quadro 72 - GA e ASHG: Idade do namorado/pai do bebé e duração da relação - Zona LVT

	GA (N = 80)	ASHG (N = 37)
	M (DP) (Min-Máx)	M (DP) (Min-Máx)
Idade do namorado/pai do bebé	19.54 (3.12) (14 - 31)	18.65 (2.37) (14 - 25)
Duração da relação <sup>a</sup> (meses)	21.18 (13.24) (3 - 60)	16.65 (13.98) (1 - 60)

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 67$

Os namorados/pais dos bebés das jovens do grupo GA diferiram significativamente dos namorados das jovens do grupo ASHG ao nível das **habilitações literárias** [ $\chi^2_{(4, N = 103)} = 27.195$ ,  $p < .001$ ] e da **situação profissional** [ $\chi^2_{(2, N = 117)} = 32.043$ ,  $p < .001$ ]. Com habilitações literárias mais baixas que os namorados das jovens sem história de gravidez (Quadro 73), apenas uma minoria ainda frequentava ainda o sistema de ensino ( $n = 19$ , 23.8%, vs.  $n = 29$ , 78.4%, no grupo ASHG), estando 48.8% ( $n = 71$ ) empregados e 27.5% ( $n = 22$ ) desempregados,

comparativamente com os 18.9% ( $n = 7$ ) e 2.7% ( $n = 1$ ), respetivamente, do grupo de adolescentes sem história de gravidez.

**Quadro 73 - GA e ASHG: Habilitações literárias do namorado - Zona LVT**

	GA (N = 71)	ASHG (N = 32)
	n (%)	n (%)
<b>Habilitações literárias</b>		
1º ciclo	5 (7.0)	2 (6.3)
2º ciclo	9 (12.7)	0 (0.0)
3º ciclo	43 (60.6)	8 (25.0)
Secundário	14 (19.7)	19 (59.4)
Superior	0 (0.0)	3 (9.4)

Relativamente ao consumo de substâncias por parte do namorado, observámos que os grupos não se distinguem no que se refere ao **consumo de álcool**, nem de **drogas**, com a maioria das jovens dos dois grupos a revelarem com maior frequência a ausência de consumo destas substâncias por parte dos seus namorados (Quadro 74).

**Quadro 74 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelo namorado  
Zona LVT**

	GA (N = 80)	ASHG (N = 37)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	62 (79.5)	29 (80.6)
Sim, normal	15 (19.2)	7 (19.4)
Sim, em excesso	1 (1.3)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas<sup>a</sup></b>		
Não	70 (88.6)	31 (83.8)
Sim	9 (11.4)	6 (16.2)

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 79$

### |C.3. Estilo de vida das adolescentes do GA e do GASHG: Saúde geral e hábitos de consumo

#### 3.1. Problemas de saúde e história de consumos

Não se verificaram diferenças entre os grupos quanto à existência de **problemas de saúde**. A maioria das jovens não apresentou qualquer problema de saúde ( $n = 67$ , 84.8%, no GA e  $n = 68$ , 80.0%, no ASHG). Apenas 15.2% ( $n = 12$ ) das jovens do grupo GA e 20.0% ( $n = 17$ ) das jovens do grupo ASHG apresentaram algum problema de saúde dentre os representados no Quadro 75. Os problemas respiratórios (asma, bronquite e sinusite) foram os mais referidos em ambos os grupos (GA: 9.6%; ASHG: 7.2%).

Quadro 75 - GA e ASHG: Problemas de saúde declarados pelas jovens - Zona LVT

	GA (N = 12)	ASHG (N = 17)
	n (%)	n (%)
<b>Problemas de saúde<sup>60</sup></b>		
Anemia	3 (3.6)	2 (2.4)
Asma/bronquite/sinusite	8 (9.6)	6 (7.2)
Hepáticos	1 (1.2)	0 (0.0)
Doença Celíaca	0 (0.0)	1 (1.2)
Enxaqueca	0 (0.0)	1 (1.2)
Perturbação Bipolar	0 (0.0)	1 (1.2)
Obesidade	0 (0.0)	1 (1.2)
Renais	0 (0.0)	1 (1.2)
Cardíacos	1 (1.2)	1 (1.2)
Visuais	1 (1.2)	3 (3.6)
Outros	0 (0.0)	2 (2.4)

Relativamente ao **consumo de substâncias**, as adolescentes do grupo GA apresentaram um consumo - prévio à gravidez - significativamente menor de **álcool** [ $\chi^2_{(1, N = 165)} = 12.342$ ,  $p < .001$ ]. Não foram detetadas diferenças relativamente ao consumo de drogas, apesar de as jovens do grupo ASHG o relatarem com maior frequência (Quadro 76).

<sup>60</sup> Algumas das jovens da zona LVT apresentaram mais do que um problema de saúde, igualmente contabilizados para os dados aqui apresentados.

**Quadro 76 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelas jovens - Zona LVT**

	GA (N = 80)	ASHG (N = 85)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	77 (96.3)	66 (77.6)
Sim, normal	3 (3.8)	19 (22.4)
Sim, em excesso	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas</b>		
Não	77 (96.3)	75 (88.2)
Sim	3 (3.8)	10 (11.8)

### 3.2. História e saúde sexual e reprodutiva

Verificámos que apenas 1 (1.3%) das jovens do grupo ASHG não tinha ainda experienciado a **menarca**, ao contrário de todas as outras adolescentes. Não foram detetadas diferenças na **idade média de ocorrência da mesma**, que variou entre 8 e 16 anos ( $M_{GA} = 11.83$ ,  $DP_{GA} = 1.43$ ;  $M_{ASHG} = 12.15$ ,  $DP_{ASHG} = 1.43$ ).

No entanto, os grupos diferiram significativamente quanto ao **início da vida sexual** [ $\chi^2_{(1, N = 165)} = 31.739$ ,  $p < .001$ ] e à **idade em que este ocorreu** [ $t_{(131)} = 3.103$ ,  $p = .002$ ,  $r = .261$ ]. Apenas 67.1% ( $n = 57$ ) das jovens do grupo ASHG tinham já iniciado a sua vida sexual. As jovens do grupo GA apresentaram ainda idades mais precoces de iniciação sexual ( $M = 14.77$ ,  $DP = 1.20$ ) do que os seus pares sem história de gravidez que tinham já iniciado a sua vida sexual ( $M = 15.44$ ,  $DP = 1.27$ ). Na amostra em estudo, a idade de início da vida sexual variou dos 11 aos 19 anos no grupo GA e dos 12 aos 18 no grupo ASHG.

Considerando apenas as jovens iniciadas sexualmente, o **número de parceiros sexuais** variou de 1 a 7, não tendo sido detetadas diferenças significativas entre os grupos ( $M_{GA} = 1.64$ ,  $DP_{GA} = 1.08$ ;  $M_{ASHG} = 1.84$ ,  $DP_{ASHG} = 1.12$ ).

#### 3.2.1. Contraceção

Os grupos não diferiram significativamente quanto ao **número de métodos contraceptivos conhecidos** para evitar a gravidez ( $M_{GA} = 1.96$ ,  $DP_{GA} = 0.88$ ;  $M_{ASHG} = 2.26$ ,  $DP_{ASHG} = 1.21$ ). Os métodos mais frequentemente referidos pelas jovens dos dois grupos foram, destacados dos restantes, o preservativo (GA:  $n = 25$ , 77.5%; ASHG:  $n = 43$ , 89.2%) e a pílula (GA:  $n = 28$ , 82.5%; ASHG:  $n = 33$ , 85.7%), como é possível observar na Figura 33. Três (3.6%) das jovens do grupo ASHG referiram ainda a abstinência como forma de evitar uma gravidez e 1 (1.3%) do grupo GA o aborto. Cinco (6.3%) jovens do grupo GA e 7 (8.3%) das jovens do grupo ASHG não referiram qualquer método contraceptivo.

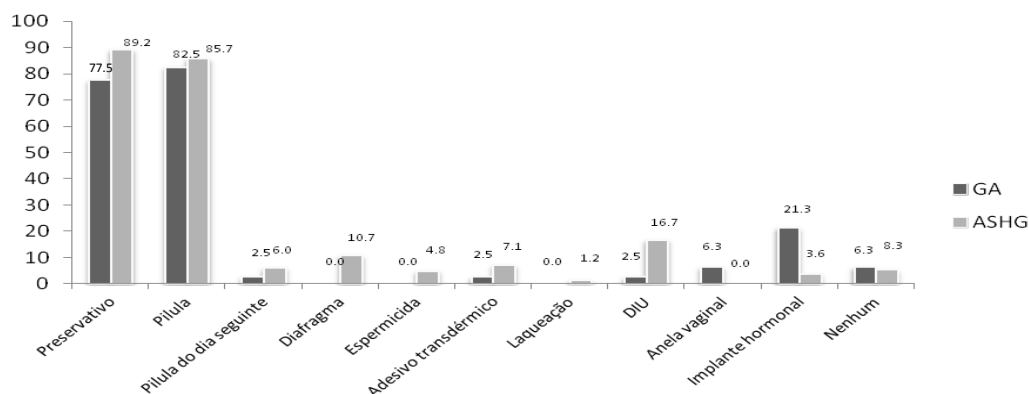


Figura 33 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos para evitar a gravidez (%) - Zona LVT

Os grupos diferiram significativamente no conhecimento do preservativo [ $\chi^2_{(1, N = 163)} = 4.005, p = .045$ ], do DIU [ $\chi^2_{(1, N = 164)} = 9.340, p = .002$ ], do anel vaginal [ $\chi^2_{(1, N = 164)} = 5.415, p = .020$ ] e do implante [ $\chi^2_{(1, N = 164)} = 11.960, p = .001$ ]. Foram as jovens do grupo GA que referiram de forma mais frequente o anel vaginal e o implante hormonal, ao contrário do que aconteceu com o preservativo e o DIU.

### 3.2.2. Métodos contraceptivos: Fontes de informação

Relativamente às fontes de proveniência desta informação, os grupos diferiram significativamente no número das mesmas [ $t_{(160)} = 6.388, p < .001, r = .203$ ]. Assim, as jovens do grupo GA revelaram menor número médio de fontes de informação sobre contraceção ( $M = 1.32, DP = 0.61$ ), comparativamente com as jovens sem história de gravidez ( $M = 2.07, DP = 0.82$ ). Como é possível observar na Figura 34, as fontes mais frequentemente referidas pelas jovens dos dois grupos foram a escola (GA:  $n = 45, 57.0\%$ ; ASHG:  $n = 57, 68.7\%$ ), seguida da família (GA:  $n = 22, 27.8\%$ ; ASHG:  $n = 42, 50.6\%$ ) e dos técnicos de saúde (GA:  $n = 26, 32.9\%$ ; ASHG:  $n = 30, 36.1\%$ ).

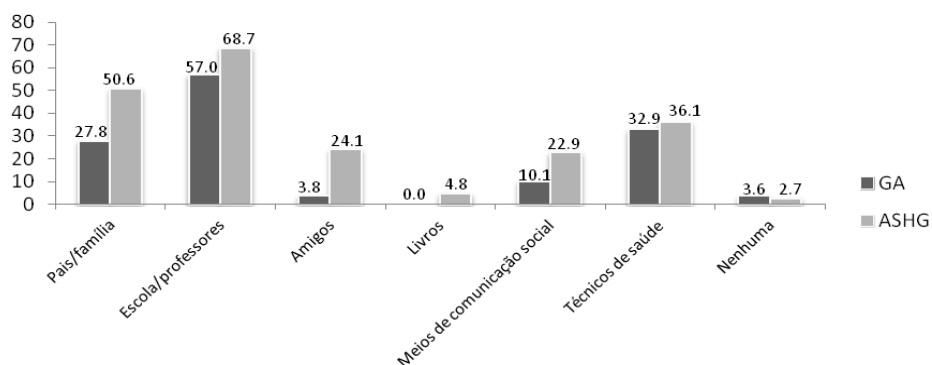


Figura 34 - GA e ASHG: Fontes de informação sobre contraceção (%) - Zona LVT

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da referência das fontes: família [ $\chi^2_{(1, N = 162)} = 8.769, p = .003$ ], amigos [ $\chi^2_{(1, N = 162)} = 13.691, p < .001$ ], livros [ $\chi^2_{(1, N = 162)} = 4.749, p = .029$ ] e meios de comunicação [ $\chi^2_{(1, N = 162)} = 4.749, p = .029$ ], com as jovens do grupo GA a referi-las com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez.

### 3.2.3. Utilização de métodos contraceptivos

Considerando apenas as adolescentes sexualmente iniciadas, verificaram-se diferenças entre os grupos ao nível da **utilização de contraceção** para evitar uma gravidez [ $\chi^2_{(1, N = 137)} = 13.469, p < .001$ ], com 36.3% ( $n = 29$ ) das jovens do grupo GA a revelarem não usar contraceção antes de engravidar, comparativamente com apenas 8.8% ( $n = 5$ ) de jovens do grupo ASHG que declaram não usar contraceção. Não se verificaram diferenças ao nível dos métodos (ou da combinação de métodos) utilizados. Como é possível observar no Quadro 76, os métodos mais utilizados são a pílula (GA: 39.2%; ASHG: 46.2%) e o preservativo (GA: 56.9%; ASHG: 40.4%).

**Quadro 77 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos (ou combinação de métodos) usados pelas jovens sexualmente iniciadas - Zona LVT**

	GA (N = 51)	ASHG (N = 52)
	n (%)	n (%)
<b>Método(s) contraceptivo(s) usado(s)</b>		
Pílula	20 (39.2)	24 (46.2)
Preservativo	29 (56.9)	21 (40.4)
Pílula + Preservativo	1 (2.0)	7 (13.5)
Anel vaginal	1 (2.0)	0 (0.0)

Como principais razões para a não utilização de contraceção, apenas uma jovem do grupo ASHG declara não ter vida sexualmente ativa, não existindo resposta nas demais adolescentes do mesmo grupo. As jovens do grupo GA apontam como razão mais frequente para a não utilização de contraceção o desejo de engravidar ( $n = 7$ , 31.8%), seguida do fato de não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis ( $n = 5$ , 22.7%), do namorado não querer usar ( $n = 1$ , 4.5%), não terem pensado que podiam engravidar ( $n = 1$ , 4.5%), não terem informação sobre métodos contraceptivos ( $n = 1$ , 4.5%) ou não terem pensado nisso ( $n = 1$ , 4.5%). As restantes afirmam não saber a responder ( $n = 4$ , 18.2%).

#### |C.4. Determinantes para a Ocorrência de Gravidez na Adolescência: Modelos Compreensivos

##### 4.1. Modelo compreensivo para o início da vida sexual

Procedendo da forma descrita para as regiões anteriores, começámos por identificar as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguem as adolescentes da zona de Lisboa e Vale do Tejo que tinham já iniciado a sua vida sexual e as que não o tinham feito, através de um conjunto alargado de análises univariadas. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da decisão de iniciar a vida sexual, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 78 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 96.827; este valor apresenta-se reduzido para 86.168 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(2)} = 10.660$ ,  $p = .005$ ] e apresenta elevada

adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, com base nos coeficientes, valores de odds ratio e respetivos intervalos de confiança, a iniciação da vida sexual revelou-se mais provável para adolescentes com menor grau de envolvimento com a religião e com história de gravidez na adolescência na família. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 78.5%.

**Quadro 78 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a iniciação da vida sexual das adolescentes: Modelo final - Zona LVT**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	1.416 (0.438)				
Envolvimento com a religião <sup>a</sup>	-1.231 (0.547)	5.057	0.192*	0.100	0.854
Gravidez na adolescência na família	1.314 (0.585)	5.039	3.721*	1.181	11.717

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou da vida sexual = 1.

Número de observações: 93.

-2Log-Likelihood = 86.168, Pseudo  $R^2$  = .108 (Cox & Snell), .167 (Nagelkerke),  $R^2_L$  (2) (Hosmer & Lemeshow) = .890,  $p$  = .205. Modelo:  $\chi^2_{(2)} = 10.660$ ,  $p$  = .005.

<sup>a</sup> Envolvimento com a religião: 0 = Não praticante, 1 = Praticante (categoria de referência: Não praticante).

\*  $p \leq .05$

#### 4.2. Modelo compreensivo para a ocorrência de gravidez

Procedendo da forma descrita para a região LVT, começámos por identificar através de um conjunto de análises univariadas as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguiam as adolescentes do grupo GA e do grupo ASHG da zona de Lisboa e Vale do Tejo, considerando agora apenas as jovens iniciadas sexualmente. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 79 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 110.674; este valor apresenta-se reduzido para 28.546 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(5)} = 82.128$ ,  $p < .001$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes

que, sendo mais novas, apresentem menores habilitações literárias, menos fontes de informação sobre contraceção, mães mais novas e namorados mais frequentemente excluídos do sistema de ensino. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 90.4%.

**Quadro 79 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final - Zona LVT**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	61.609 (20.176)				
Idade da jovem	-1.703 (0.740)	5.289	0.182*	0.043	0.777
Habilitações literárias (último ano frequentado)	-1.100 (0.476)	5.335	0.333*	0.131	0.847
Número de fontes de informação sobre contraceção	-2.064 (0.923)	4.999	0.127*	0.021	0.775
Idade da mãe	-0.435 (0.189)	15.281	0.647*	0.446	0.938
Situação profissional do namorado	2.213 (1.094)	4.089	9.142*	1.070	78.071

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1.

Número de observações: 72.

-2Log-Likelihood = 28.546, Pseudo  $R^2$  = .628 (Cox & Snell), .853 (Nagelkerke),  $R^2_L$  (8) (Hosmer & Lemeshow) = .258,  $p$  = .434. Modelo:  $\chi^2_{(5)} = 82.128$ ,  $p < .001$ .

Nota: Situação profissional namorado: 0 = Estudante; 1 = Empregado/Desempregado.

\*  $p \leq .05$

**ZONA SUL**



## |D.1. Caracterização do GA e do GASHG: Variáveis sociodemográficas

### 1.1. Idade

Não se verificaram diferenças significativas ao nível da **idade** média dos dois grupos. A média de idades foi de cerca de 16 anos para ambos, sendo que a distribuição das jovens por **grupo etário** revelou-se uniforme<sup>61</sup> (Quadro 80).

Quadro 80 - GA e ASHG: Idade - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	M (DP) (Mín. - Máx.)	M (DP) (Mín. - Máx.)
<b>Idade</b>	16.23 (1.22) (14 - 18)	16.52 (1.41) (13 - 18)
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Grupo etário</b>		
Menos de 15 anos	3 (6.8)	4 (8.3)
15-19 anos	41 (93.2)	44 (91.7)

### 1.2. Estado civil

A distribuição dos dois grupos revelou diferenças significativas no que diz respeito ao **estado civil atual**<sup>62</sup> [ $\chi^2_{(1, N=92)} = 46.199, p < .001$ ]. Enquanto no grupo GA a maioria das jovens se encontrava casada/unida de fato (65.9%), todas as adolescentes do grupo ASHG se

<sup>61</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Menores de 15 anos*, em ambos os grupos, e o consequente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>62</sup> A análise do **estado civil prévio à ocorrência de gravidez** não foi possível, dado ao elevado número de *missings* na variável duração do casamento/união para as jovens que pertenciam à categoria casadas/unidas de fato. Sabemos apenas que das 29 adolescentes casadas/unidas de fato do grupo GA, 1 (3.5%) casou na sequência da ocorrência de gravidez. Para as restantes 28 (96.6%) jovens não dispomos dessa informação.

encontravam solteiras. Dentre as jovens grávidas casadas/unidas de fato, a situação mais frequente foi a união de fato ( $n = 22$ , 50.0%), seguida do casamento religioso ( $n = 7$ , 15.9%).

Quadro 81 - GA e ASHG: Estado civil atual - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil atual</b>		
Solteira	15 (34.1)	48 (100)
Casada/Unida de fato	29 (65.9)	0 (0.0)

### 1.3. Tipo de área de residência

Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente ao **tipo de área de residência**, com as jovens de ambos a revelarem viver maioritariamente em zonas urbanas (GA:  $n = 329$ , 72.7%; ASHG:  $n = 40$ , 83.3%) e menos em zonas semi-urbanas (GA:  $n = 7$ , 15.9%; ASHG:  $n = 4$ , 8.3%) ou rurais (GA:  $n = 5$ , 11.4%; ASHG:  $n = 4$ , 8.3%), como é possível observar na Figura 35.

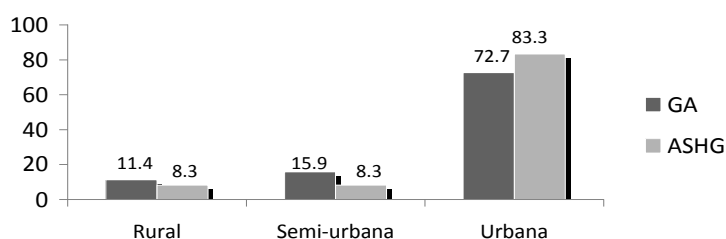


Figura 35 - GA e ASHG: Tipo de área de residência (%) - Zona Sul

### 1.4. Religião e Etnia

Os grupos revelaram diferenças ao nível da **confissão religiosa** [ $\chi^2_{(1, N=81)} = 14.530$ ,  $p < .00$ ], com as jovens do grupo GA a revelarem-se com menor frequência seguidoras de uma

religião do que os seus pares sem história de gravidez (33.3% vs. 75.6% no ASHG). Verificaram-se ainda diferenças ao nível do tipo de religião [ $\chi^2$ (Teste Exato de Fisher)<sub>(1, N = 46)</sub> = 6.659,  $p$  = .020, com uma maior proporção de jovens do grupo GA a revelarem-se seguidoras de outra religião que não a católica ( $n$  = 5, 41.7% vs.  $n$  = 3, 8.8% no ASHG). Já no que respeita ao **grau de envolvimento com a religião** seguida, os grupos revelaram-se equivalentes, com a maioria das jovens que seguem uma religião a declararem-se praticantes (83.3% no GA e 52.9% no ASHG), como é possível observar no Quadro 82.

Quadro 82 - GA e ASHG: Religião - Zona Sul

	GA (N = 36)	ASHG (N = 45)
	n (%)	n (%)
<b>Confissão Religiosa</b>		
Não	24 (66.7)	11 (24.4)
Sim	12 (33.3)	34 (75.6)
<b>Envolvimento com a Religião</b>		
Praticante	10 (83.3)	18 (52.9)
Não praticante	2 (16.7)	16 (47.1)

Relativamente à **etnia**, foram encontradas diferenças entre os grupos [ $\chi^2$  (1, N = 92) = 13.630,  $p$  < .001], com a maioria das jovens de ambos a revelarem-se caucasianas (75.0% no GA e 100% no ASHG), mas com 25.0% das jovens do grupo GA a revelarem-se pertencentes a minorias étnicas<sup>63</sup>.

Quadro 83 - GA e ASHG: Etnia - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Etnia</b>		
Caucasiana	33 (75.5)	48 (100)
Minorias étnicas	11 (25.0)	0 (0.0)

<sup>63</sup> Dada a reduzida dimensão, na zona Sul, das categorias étnicas *Cigana* [10 (22.7%) no grupo GA e 0 no grupo ASHG] e *Negra/Africana* [1 (2.3%) no grupo GA e 0 no grupo ASHG], optámos pela categorização das mesmas como minorias étnicas, por oposição à etnia caucasiana, predominante em todo o território português.

### 1.5. Nível Socioeconómico (NSE)

Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao NSE [ $\chi^2_{(1, N = 91)} = 10.575, p = .001$ ], com a maioria das jovens dos dois grupos a pertencer ao NSE baixo (90.9% no GA e 61.7% no ASHG), mas com as jovens do grupo GA a apresentarem com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez ao NSE médio (9.1% vs. 38.3% no ASHG). Em nenhum dos grupos se verificou a presença de jovens com um nível socioeconómico elevado.

Quadro 84 - GA e ASHG: NSE - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 47)
	n (%)	n (%)
NSE		
Baixo	40 (90.9)	29 (61.7)
Médio	4 (9.1)	18 (38.3)
Elevado	0 (0.0)	0 (0.0)

### 1.6. Escolaridade e Situação profissional

Relativamente à **escolaridade**, as jovens dos dois grupos diferiram no **tipo de ensino correspondente ao último ano frequentado** [ $\chi^2_{(1, N = 86)} = 22.978, p < .001$ ], com 87.2% das jovens do grupo GA a concluírem/prosseguirem as suas habilitações no ensino regular, comparativamente com apenas 36.2% jovens sem história de gravidez (Quadro 85). O grupo GA revelou ainda **habilitações literárias** significativamente mais baixas [ $U_{(N = 73)} = 139.500, z = -5.595, p < .001, r = -.655$ ], como é possível observar no mesmo Quadro.

Quadro 85 - GA e ASHG: Habilitações literárias - Zona Sul

	GA (N = 39)	ASHG (N = 47)
	<i>Mdn</i> (AIQ)	<i>Mdn</i> (AIQ)
Habilitações literárias (último ano frequentado)	8 (5 - 9)	11 (10 - 12)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Tipo de ensino <sup>a</sup>		
Regular	34 (87.2)	17 (36.2)
Profissional	5 (12.8)	30 (63.8)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 27$ ;  $N_{ASHG} = 46$

Na Figura 36 encontra-se a distribuição das habilitações literárias das jovens dos dois grupos pelas categorias 1º ciclo (ensino primário), 2º ciclo (5-6º anos), 3º ciclo (7-9º anos) e Ensino Secundário (10-12º anos). Não foram incluídas as categorias *Analfabetismo* e *Ensino Superior* pela inexistência de jovens que lhes correspondessem em ambos os grupos. Como é possível observar, em ambos os grupos as habilitações literárias mais baixas revelaram-se pouco frequentes (GA:  $n = 4$ , 14.8%, 1º ciclo;  $n = 4$ , 14.8%, 2º ciclo). As principais diferenças verificaram-se ao nível das categorias 3º ciclo e *Ensino secundário*. Enquanto na sua maioria as jovens do grupo GA revelaram habilitações literárias correspondentes ao 3º ciclo ( $n = 14$ , 51.9%), as jovens do grupo ASHG revelaram habilitações maioritariamente correspondentes ao ensino secundário ( $n = 41$ , 89.1%). A distribuição das habilitações literárias dos dois grupos difere significativamente [ $\chi^2_{(3, N = 73)} = 38.071$ ,  $p < .001$ ].

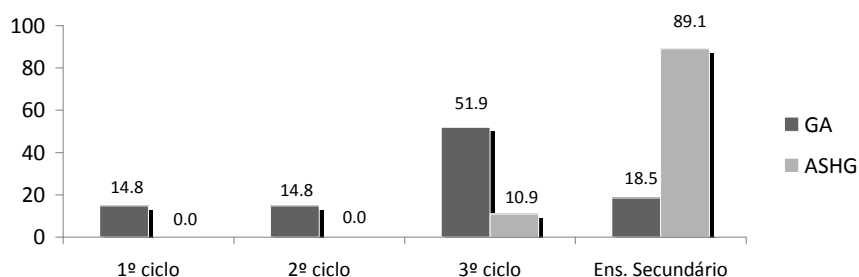


Figura 36 - GA e ASHG: Habilitações literárias (%) - Zona Sul

### 1.6.1. Tipo de ensino frequentado

Os grupos apresentaram igualmente diferenças ao nível da **frequência do sistema de ensino** [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 41.690, p < .001$ ], com apenas 38.6% das jovens do grupo GA a frequentarem a escola, comparativamente com a totalidade das adolescentes do grupo sem história de gravidez.

**Quadro 86 - GA e ASHG: Frequência do sistema de ensino - Zona Sul**

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
Frequência do sistema de ensino		
Não	27 (61.4)	0 (0.0)
Sim	17 (38.6)	48 (100)

Das jovens do grupo GA que não frequentavam o sistema de ensino, 2 (7.4%) encontravam-se empregadas e 25 (92.6%) em situação de desemprego. Das jovens que se encontravam empregadas, 1 (50.0%) revelou ser empregada de balcão e 1 (50.0%) comerciante.

### 1.6.2. Abandono Escolar

Olhando com mais detalhe para a história de **abandono escolar** destas jovens, verificámos que 42.9% abandonaram a escola antes de engravidarem e 40.5% abandonaram como consequência da gravidez (Quadro 87). No entanto, as diferenças entre os grupos ao nível do abandono escolar eram já significativas **previamente à ocorrência de gravidez** nas jovens do grupo GA [ $\chi^2_{(1, N = 90)} = 22.361, p < .001$ ]. Apenas 24 (57.1%) das jovens do grupo GA não tinham ainda abandonado a escola, comparativamente com a totalidade das jovens do grupo ASHG. O ano médio de abandono escolar prévio à gravidez foi o 6º ano de escolaridade (Quadro 87).

**Quadro 87 - GA e ASHG: História de abandono escolar - Zona Sul**

	GA (N = 42)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Abandono escolar Momento</b>		
Nunca	17 (40.4)	48 (100)
Prévio à gravidez	18 (42.9)	0 (0.0)
Posterior à gravidez	7 (16.7)	
<b>Abandono (prévio à gravidez)</b>		
Não	24 (57.1)	48 (100)
Sim	18 (42.9)	0 (0.0)
	<b>M (DP)</b> <b>(Mín. - Máx.)</b>	
<b>Ano de abandono</b> (prévio à gravidez)	5.56 (2.87) 1 - 11	

A distribuição dos motivos de abandono escolar prévio à ocorrência de gravidez encontra-se representada na Figura 37. Como é possível observar, 21.4% ( $n = 3$ ) das jovens declararam a falta de motivação e interesse, assim como o fato de ter começado a namorar/ter casado/o namorado não querer que continuasse ( $n = 3$ , 21.4%) como motivos para o abandono. O insucesso na entrada no curso pretendido/paragem para ponderação do futuro ( $n = 2$ , 14.3%), os problemas de comportamento em contexto escolar ( $n = 2$ , 14.3%) e a imposição familiar ( $n = 2$ , 14.3%) foram também alguns dos motivos referidos, seguidos ainda da preferência por trabalhar/final da escolaridade obrigatória/curso profissional frequentado ( $n = 1$ , 7.1%) e mudanças de país/dificuldades na língua portuguesa ( $n = 1$ , 7.1%).



**Figura 37 - GA: Motivos de abandono escolar prévio à gravidez (%) - Zona Sul**

Analisando o sucesso académico, verificámos diferenças entre os grupos ao nível da ocorrência de reprovações [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 21.225, p < .001$ ]. Apenas 9.1% das jovens do grupo GA revelaram nunca terem reprovado, comparativamente com 54.2% das jovens do grupo ASHG. Considerando apenas as jovens com reprovações, verificaram-se diferenças entre os grupos quanto ao número das mesmas [ $U_{(N = 52)} = 154.000, z = -3.523, p < .001, r = -.489$ ]. As jovens do grupo GA com história de reprovações demonstraram ter reprovado mais vezes do que os seus pares sem história de gravidez (Quadro 88).

Quadro 88 - GA e ASHG: Sucesso académico - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Reprovações</b>		
Não	4 (9.1)	26 (54.2)
Sim	40 (90.9)	22 (45.8)
	<b>Mdn (AIQ)</b>	<b>Mdn (AIQ)</b>
<b>Número de reprovações<sup>a</sup> (quando existentes)</b>	2 (2 - 3)	1 (1 - 2)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA} = 30$ ;  $N_{ASHG} = 22$

### 1.7. Projetos de vida escolares e profissionais

Os grupos não revelaram diferenças ao nível da definição de projetos de vida no que concerne à escolaridade, com a maioria das jovens dos dois grupos (65.9% no GA e 72.9% no ASHG) a apresentar um projeto definido. No entanto, foram detetadas diferenças ao nível da definição de projetos profissionais [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 19.769, p < .001$ ], sendo as jovens do grupo GA as que apresentam com menor frequência um projeto definido (40.9%) comparativamente com as jovens do grupo ASGH (85.4%).

Quadro 89 - GA e ASHG: I(In)definição de projetos de vida - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Projeto de vida: Escola</b>		
Sem projeto definido	15 (34.1)	13 (27.1)
Projeto definido	29 (65.9)	35 (72.9)
<b>Projeto de vida: Profissão</b>		
Sem projeto definido	26 (59.1)	7 (14.6)
Projeto definido	18 (40.9)	41 (85.4)

Relativamente aos **projetos mencionados**, existem diferenças significativas entre os grupos ao nível da escolaridade [ $\chi^2_{(5, N=61)} = 21.601, p = .001$ ] e da vida profissional [ $\chi^2_{(5, N=55)} = 19.323, p = .002$ ]. A distribuição dos mesmos encontra-se representada nas Figura 38 e 39, respetivamente. Como podemos observar, as jovens do grupo GA pretendem estudar até ao 12º ano ( $n = 8, 30.8\%$ , vs.  $n = 4, 11.4\%$ , no ASHG), tirar um curso superior ( $n = 7, 26.9\%$ , vs.  $n = 25, 71.4\%$ , no ASHG), não continuar a estudar ( $n = 6, 23.1\%$ , vs.  $n = 0$  no ASHG), ou tirar um curso profissional ( $n = 2, 7.7\%$ , vs.  $n = 6, 17.1\%$ , no ASHG) ou estudar até ao 9º ano ( $n = 2, 7.7\%$ , vs.  $n = 0$  no ASHG). As jovens do grupo ASGH pretendem de forma mais expressiva frequentar e concluir o ensino superior.

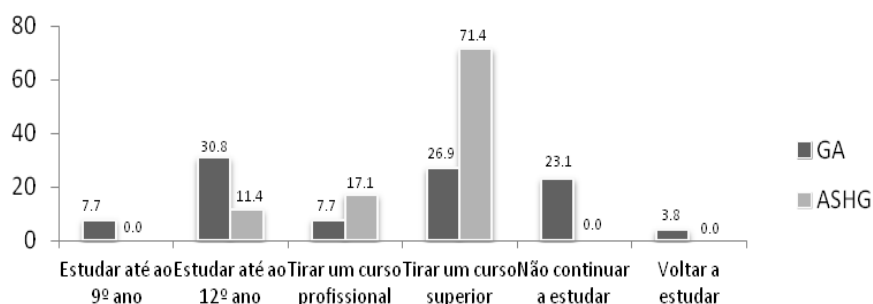


Figura 38 - GA e ASHG: Projetos escolares das jovens (%) - Zona Sul

Já no que diz respeito aos projetos profissionais, as jovens do grupo GA pretendem com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez trabalhar na área em que se pretendem formar ( $n = 4, 28.6\%$ , vs.  $n = 32, 78.0\%$ , no ASHG), e em maior frequência que estas procurar um trabalho específico ( $n = 5, 58.5\%$ , vs.  $n = 9, 49.1\%$ , no ASHG).



Figura 39 - GA e ASHG: Projetos profissionais das jovens (%) - Zona Sul

## | D.2. Variáveis relacionais do GA e do GASHG

### 2.1. História e agregado familiar

#### Estrutura e dimensão do agregado familiar

Os grupos revelaram diferenças significativas relativamente à **estrutura do agregado familiar na infância** [ $\chi^2_{(2, N = 92)} = 8.687, p = .013$ ]. Apesar de em ambos os grupos as jovens terem vivido a sua infância maioritariamente com a família nuclear intacta (72.7% no GA e 89.6% no ASHG), as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intatos (25.0% vs. 4.2% no grupo ASHG).

Quadro 90 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar na infância - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Agregado familiar na infância</b>		
Nuclear intato (pais e irmãos)	32 (72.7)	43 (89.6)
Não intato (monoparental ou reconstituída)	11 (25.0)	2 (4.2)
Outro (sem pais)	1 (2.3)	3 (6.3)

A distribuição das jovens dos dois grupos em função da **constituição do agregado familiar atual** revelou diferenças também significativas [ $\chi^2_{(4, N = 91)} = 49.401, p < .001$ ] e encontra-se representada na Figura 40. Como é possível observar, enquanto as jovens do grupo GA referiram de forma mais frequente viver com o companheiro e uma das suas famílias de origem ( $n = 18, 40.9\%$  vs  $n = 0$  no grupo ASHG), ou apenas com este ( $n = 12, 27.3\%$  vs  $n = 0$  no grupo ASHG), as jovens sem história de gravidez revelaram pertencer atualmente a agregados maioritariamente intatos ( $n = 35, 74.5\%$ ).

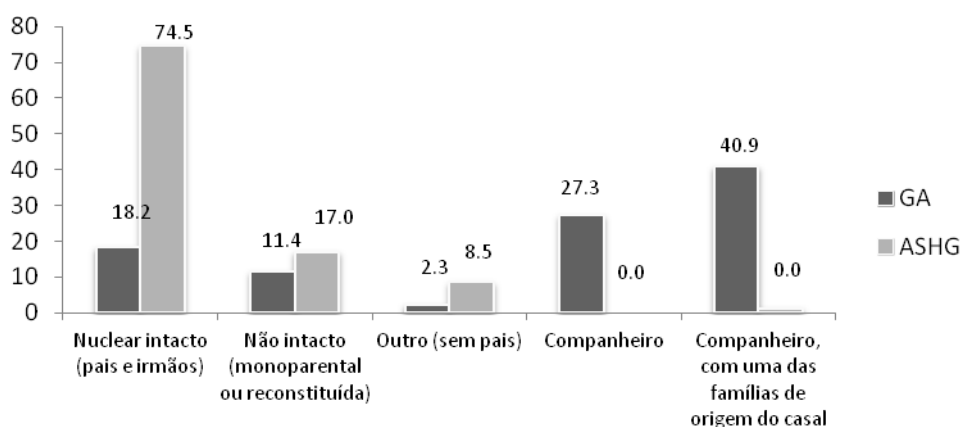


Figura 40 - GA e ASHG: Constituição do agregado familiar atual (%) - Zona Sul

Os grupos não revelaram diferenças significativas quanto à **dimensão total do agregado familiar atual**, que variou de 2 a 9 elementos no grupo GA ( $M = 4.67, DP = 2.00$ ) e de 2 a 11 no grupo ASHG ( $M = 3.95, DP = 1.25$ ). Diferiram, no entanto, relativamente ao **número de irmãos** [ $t_{(56.457)} = -4.056, p < .001, r = .476$ ], com as jovens do grupo GA a pertencerem a fratrias mais numerosas - que variaram de 1 a 12 elementos ( $M = 3.39, DP = 2.58$ ) -, do que as adolescentes do grupo ASHG - cujas fratrias variaram de 0 a 5 elementos ( $M = 1.69, DP = 1.07$ ). A distribuição das jovens dos dois grupos em função da **posição ocupada na fratria** revelou também diferenças significativas [ $\chi^2_{(3, N = 92)} = 8.813, p = .032$ ], com as jovens do grupo GA a revelarem com maior frequência que os seus pares sem história de gravidez pertencer a posições intermédias (Quadro 91).

Quadro 91 - GA e ASHG: Posição na fratria - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Posição na fratria</b>		
Filha única	0 (0.0)	2 (4.2)
Mais velha	18 (40.9)	23 (47.9)
Mais nova	10 (22.7)	17 (35.4)
Outra, intermédia	16 (36.4)	6 (12.5)

## 2.2. História familiar de Gravidez na adolescência

Relativamente à história familiar de gravidez na adolescência, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos [ $\chi^2_{(1, N=92)} = 7.203, p = .007$ ], com as jovens do grupo GA a referirem com maior frequência a ocorrência de uma gravidez na adolescência na sua família ( $n = 26, 59.1\%$  vs.  $n = 15, 31.3\%$  no grupo ASHG). A distribuição das figuras familiares citadas com história de gravidez, para cada grupo, encontra-se representada na Figura 41.

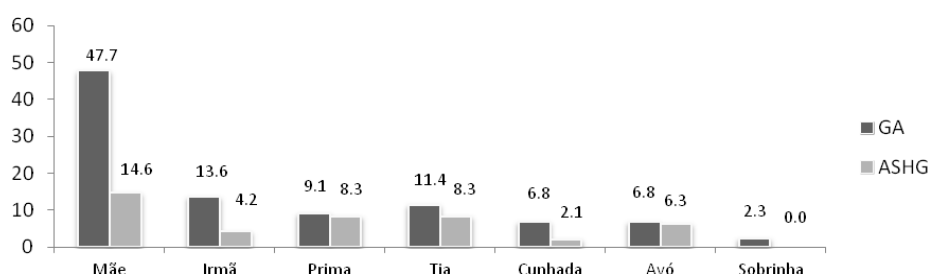


Figura 41 - GA e ASHG: Figuras familiares com história de gravidez na adolescência (%)  
Zona Sul

Os grupos revelam diferenças significativas apenas para a mãe [ $\chi^2_{(1, N=92)} = 11.911, p = .001$ ] figura mais frequentemente citada com história de gravidez pelas jovens do grupo GA ( $n = 21, 47.7\%$ , vs.  $n = 7, 14.6\%$ , no grupo ASHG).

### 2.3. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da **idade dos progenitores** - quer para o pai [ $t_{(80)} = 2.463, p = .016, r = .265$ ], quer para a mãe [ $t_{(82)} = 2.848, p = .006, r = .300$ ]. Não foram no entanto encontradas diferenças entre os grupos relativamente ao **estado civil dos mesmos**. Assim, as adolescentes do grupo GA revelaram ter progenitores mais novos ( $M_{\text{pai}} = 44.08, DP_{\text{pai}} = 6.76; M_{\text{mãe}} = 40.86, DP_{\text{mãe}} = 6.72$  vs.  $M_{\text{pai}} = 47.71, DP_{\text{pai}} = 6.55; M_{\text{mãe}} = 44.66, DP_{\text{mãe}} = 5.49$  no grupo ASHG), sendo estes maioritariamente casados/unidos de fato em ambos os grupos (Quadro 92).

Quadro 92 - GA e ASHG: Estado civil dos progenitores - Zona Sul

	GA (N = 43)	ASHG (N = 47)
	n (%)	n (%)
<b>Estado civil progenitores</b>		
Casados/Unidos de fato	30 (69.8)	37 (78.7)
Separados	6 (14.0)	6 (12.8)
Divorciados	3 (7.0)	3 (6.4)
Viúvo(a)	4 (9.3)	1 (2.1)

Relativamente às **habilitações literárias dos progenitores**, verificaram-se diferenças entre os grupos no que respeita ao pai [ $\chi^2_{(6, N = 82)} = 12.546, p = .050$ ] e à mãe [ $\chi^2_{(6, N = 86)} = 21.154, p = .001$ ]. A distribuição das habilitações literárias para ambos os progenitores encontra-se representada na Figura 42. Como é possível observar, as habilitações dos pais das adolescentes do grupo GA apresentaram-se significativamente mais baixas do que as dos pais das jovens do grupo ASHG, sendo as diferenças especialmente visíveis nas categorias *Alfabetismo* ( $n = 6, 16.2\%$ , no GA vs.  $n = 0$  no ASHG), *3º ciclo* ( $n = 7, 18.9\%$ , no GA vs.  $n = 16, 35.6\%$  no ASHG) e *Ensino secundário* ( $n = 2, 5.4\%$ , no GA vs.  $n = 5, 11.1\%$ , no ASHG). Da mesma forma, as habilitações das mães das jovens o grupo GA foram significativamente mais baixas do que as das mães dos seus pares sem história de gravidez, diferenças verificáveis num maior número de categorias (nomeadamente: *Alfabetismo*:  $n = 8, 20.5\%$ , no GA vs.  $n = 0$  no ASHG; *2º ciclo*:  $n = 7, 17.9\%$ , no GA vs.  $n = 4, 8.5\%$ , no ASHG; *3º ciclo*:  $n = 6, 15.4\%$ , no GA vs.  $n = 15, 31.9\%$ , no ASHG; *Ensino secundário*:  $n = 4, 10.3\%$ , no GA vs.  $n = 12, 25.5\%$ , no ASHG; *Ensino superior*:  $n = 0$  no GA vs.  $n = 3, 6.4\%$ , no ASHG). De referir, ainda, que apenas no grupo GA algumas das adolescentes referiram não conhecer as habilitações literárias dos seus progenitores.

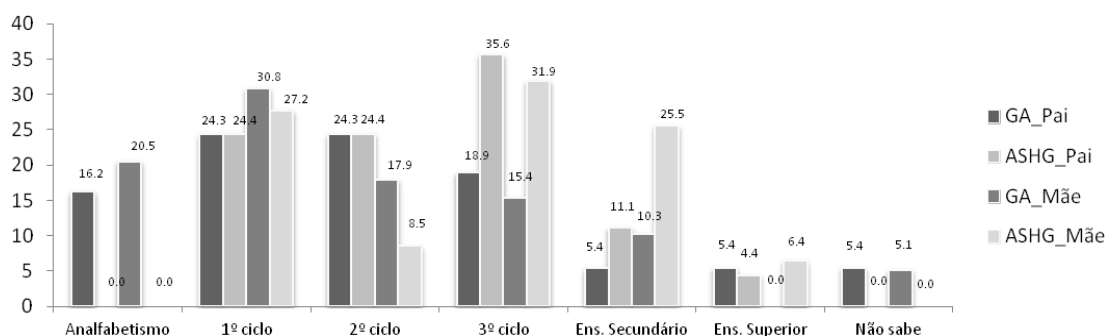


Figura 42 - GA e ASHG: Habilitações literárias dos progenitores (%) - Zona Sul

A comparação entre os grupos relativamente a outras características dos progenitores, nomeadamente **profissionais e história de consumo de substâncias**, encontra-se descrita em pormenor no Quadro 93. A maioria dos pais (74.4% no GA e 83.3% no ASHG) e das mães (58.1% no GA e 75.0% no ASHG) das jovens dos dois grupos encontrava-se ativa profissionalmente. Verificaram-se, no entanto, diferenças significativas em termos do benefício de **rendimentos sociais (RSI e outros)**, com a maioria das jovens dos dois grupos a referirem a inexistência destes benefícios quer para o pai (65.9% no GA e 88.9% no ASHG), quer para a mãe (65.9% no GA e 91.3% no ASHG), mas com as jovens do grupo GA a referir com maior frequência o benefício desses rendimentos por parte do pai (34.1% vs. 11.1% no ASHG) e da mãe (34.1% vs. 8.7% no ASHG) do que os seus pares sem história de gravidez (Quadro 93).

O **consumo de drogas** pelos progenitores dos dois grupos revelou-se apenas residual e não se verificaram diferenças relativamente ao consumo de álcool entre os pais das jovens dos dois grupos. No entanto, esta diferença foi significativa no que respeita à figura materna, com um maior número de consumidoras no grupo ASHG.

**Quadro 93 - GA e ASHG: Características profissionais e história de consumo de substâncias (álcool e drogas) dos progenitores - Zona Sul**

	GA (N = 44)		ASHG (N = 48)		Pai		Mãe	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	$\chi^2$ (gl)	p	$\chi^2$ (gl)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
<b>Situação profissional<sup>a</sup></b>								
Inativo	11 (25.6)	18 (41.9)	8 (16.7)	12 (25.0)	1.091 (1)	.296	2.918 (1)	.088
Ativo	32 (74.4)	25 (58.1)	40 (83.3)	36 (75.0)				
<b>Beneficiários de rendimentos sociais<sup>b</sup></b>								
Não	29 (65.9)	29 (65.9)	40 (88.9)	42 (91.3)	6.743 (1)	.009	8.709 (1)	.003
Sim	15 (34.1)	15 (34.1)	5 (11.1)	4 (8.7)				
<b>Consumo de álcool<sup>c</sup></b>								
Não	18 (43.9)	37 (92.5)	17 (37.8)	34 (73.9)	2.388 (2)	.274	5.133 (1)	.023
Sim, normal	18 (43.9)	3 (7.5)	26 (57.8)	12 (26.1)				
Sim, em excesso	5 (12.2)	0 (0.0)	2 (4.4)	0 (0.0)				
<b>Consumo de drogas<sup>d</sup></b>								
Não	41 (100)	39 (97.5)	44 (97.8)	46 (100)	-.64	-	-.65	-
Sim	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.2)	0 (0.0)				

QUI-QUADRADO

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\text{ Pai}} = 43$ ;  $N_{GA\text{ Mãe}} = 43$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 45$ ;  $N_{ASHG\text{ mãe}} = 46$ ;

<sup>c</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\text{ Pai}} = 41$ ;  $N_{GA\text{ Mãe}} = 40$ ;  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 45$ ;  $N_{ASHG\text{ mãe}} = 46$ ;

<sup>d</sup> Verificou-se a existência de Missings:  $N_{GA\text{ Pai}} = 41$ ;  $N_{GA\text{ Mãe}} = 40$ ;  $N_{ASHG\text{ Pai}} = 45$ ;  $N_{ASHG\text{ mãe}} = 46$

### 2.3.1. Estilos educativos parentais

No que respeita aos **estilos educativos do pai e da mãe**, um efeito multivariado estatisticamente significativo [Critério de Pillai:  $\nu = .129$ ,  $F_{(4,75)} = 2.781$ ,  $p = .033$ ,  $\eta^2 = .129$ ] revelou diferenças entre os grupos. Estatísticas univariadas subsequentes, presentes no Quadro 94, revelaram diferenças na dimensão *Rejeição*, com as adolescentes do grupo GA a percecionarem menores práticas educativas características desta dimensão, para a mãe.

<sup>64</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pelo pai, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

<sup>65</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos *n* da categoria *Sim* relativa ao consumo de drogas pela mãe, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

Quadro 94 - GA e ASHG: Estilos educativos para o pai e para a mãe - Zona Sul

	GA (N = 44)		ASHG (N = 48)		F(1,80)
	M	DP	M	DP	
<b>Pai</b>					
Suporte Emocional <sup>a</sup>	18.24	1.01	18.43	0.96	0.019
Rejeição <sup>b</sup>	10.13	0.45	10.05	0.42	0.019
<b>Mãe</b>					
Suporte Emocional <sup>c</sup>	19.76	0.95	19.79	0.91	0.000
Rejeição <sup>d</sup>	10.79	0.51	12.24	0.48	4.219*

**Crítério de Pillai: Crítério de Pillai:**  $v = .129$ ,  $F_{(4,75)} = 2.781$ ,  $p = .033$ ,  $\eta^2 = .129$   
<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 41$ ;  $N_{ASHG} = 44$ ; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 40$ ;  $N_{ASHG} = 43$ ;  
<sup>c</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 40$ ;  $N_{ASHG} = 46$ ; <sup>d</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{GA} = 39$ ;  $N_{ASHG} = 45$   
\*  $p < .05$  MANOVA

#### 2.4. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Os grupos revelaram diferenças significativas no que se refere à **idade do namorado/pai do bebé** das jovens que os constituíam [ $t_{(63.686)} = -2.936$ ,  $p = .005$ ,  $r = .345$ ], com as jovens do grupo GA a manterem relações com rapazes mais velhos do que os seus pares sem história de gravidez (Quadro 95). Os grupos mostraram-se também significativamente diferentes ao nível da **duração destas relações** [ $U_{(N = 66)} = 259.500$ ,  $Z = -3.251$ ,  $p = .001$ ,  $r = -.400$ ], com as jovens do grupo GA a apresentarem tempos médios de duração da relação superiores às jovens do grupo ASHG, como podemos observar no Quadro 95.

Quadro 95 - GA e ASHG: Idade do namorado/pai do bebé e duração da relação - Zona Sul

	GA (N = 44)	ASHG (N = 23)
	M (DP) (Min-Mâx)	M (DP) (Min-Mâx)
Idade do namorado/pai do bebé	21.34 (4.94) (16 - 40)	18.78 (2.17) (14 - 23)
	Mdn (AIQ)	Mdn (AIQ)
Duração da relação (meses)	12 (12 - 24)	8 (4 - 13)

Os namorados/pais dos bebés das jovens do grupo GA, além de se terem revelado mais velhos, diferiram também significativamente dos namorados das jovens do grupo ASHG ao nível das **habilitações literárias** [ $\chi^2_{(5, N = 59)} = 17.648, p = .001$ ] e da **situação profissional** [ $\chi^2_{(2, N = 67)} = 31.725, p < .001$ ]. Com habilitações literárias mais baixas que os namorados das jovens sem história de gravidez (Quadro 96), apenas uma minoria frequentava ainda o sistema de ensino ( $n = 4, 9.1\%$ , vs.  $n = 17, 73.9\%$ , no grupo ASHG), estando 50.0% ( $n = 22$ ) empregados e 40.9% ( $n = 18$ ) desempregados, comparativamente com os 26.1% ( $n = 6$ ) e 0.0%, respetivamente, no grupo de adolescentes sem história de gravidez.

**Quadro 96 - GA e ASHG: Habilitações literárias do namorado - Zona Sul**

	GA (N = 40)	ASHG (N = 19)
	n (%)	n (%)
<b>Habilitações literárias</b>		
1º ciclo	9 (22.5)	0 (0.0)
2º ciclo	9 (22.5)	0 (0.0)
3º ciclo	14 (35.0)	8 (42.1)
Secundário	7 (17.5)	9 (47.4)
Superior	0 (0.0)	2 (10.5)
Não sabe	1 (1.7)	0 (0.0)

Relativamente ao consumo de substâncias por parte do namorado, observámos que os grupos não se distinguiram no que se refere ao **consumo de álcool** nem de **drogas**<sup>66</sup>, com a maioria das jovens dos dois grupos a revelarem com maior frequência a ausência de consumo destas substâncias por parte dos seus namorados (Quadro 97).

<sup>66</sup> Não foi efetuada a análise comparativa entre grupos pelos reduzidos  $n$  da categoria *Sim*, em ambos os grupos, e o conseqüente não cumprimento dos pressupostos para a realização do Teste do Qui-Quadrado, nem do Teste Exato de Fisher.

**Quadro 97 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelo namorado Zona Sul**

	GA (N = 44)	ASHG (N = 23)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	27 (61.4)	11 (47.8)
Sim, normal	17 (38.6)	12 (52.2)
Sim, em excesso	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas</b>	43 (97.7)	19 (82.6)
Não	1 (2.3)	4 (17.4)
Sim		

### |D.3. Estilo de vida das adolescentes do GA e do GASHG: Saúde geral e hábitos de consumo

#### 3.1. Problemas de saúde e história de consumos

Não se verificaram diferenças entre os grupos quanto à existência de **problemas de saúde**, com a maioria das jovens dos dois grupos a não apresentar qualquer problema de saúde ( $n = 40$ , 90.9%, no GA e  $n = 37$ , 77.1%, no ASHG). Apenas 9.1% ( $n = 4$ ) das jovens do grupo GA e 22.9% ( $n = 11$ ) das jovens do grupo ASHG apresentaram algum problema de saúde dentre os representados no Quadro 98. Os problemas respiratórios (asma, bronquite e sinusite) foram os mais referidos considerando os dois grupos (GA: 50.0%; ASHG: 27.3%).

**Quadro 98 - GA e ASHG: Problemas de saúde declarados pelas jovens - Zona Sul**

	GA (N = 4)	ASHG (N = 11)
	n (%)	n (%)
<b>Problemas de saúde</b>		
Alergias	0 (0.0)	2 (18.2)
Anemia	2 (50.0)	0 (0.0)
Asma/bronquite/sinusite	2 (50.0)	3 (27.3)
Espinha bífida	0 (0.0)	2 (18.2)
Auditivos	0 (0.0)	1 (9.1)
Gástricos	0 (0.0)	1 (9.1)
Outros	0 (0.0)	2 (18.2)

Relativamente ao **consumo de substâncias**, as adolescentes do grupo GA apresentaram um consumo - prévio à gravidez - significativamente menor de **álcool** [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 22.216, p < .001$ ]. Não foram detetadas diferenças relativamente ao consumo de drogas, apesar de as jovens do grupo ASHG o relatarem com maior frequência (Quadro 99).

**Quadro 99 - GA e ASHG: Consumo de substâncias (álcool e drogas) pelas jovens - Zona Sul**

	GA (N = 44)	ASHG (N = 48)
	n (%)	n (%)
<b>Consumo de álcool</b>		
Não	41 (93.2)	23 (47.9)
Sim, normal	3 (6.8)	25 (52.1)
Sim, em excesso	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas</b>		
Não	42 (95.5)	41 (85.4)
Sim	2 (4.5)	7 (14.6)

### 3.2. História e saúde sexual e reprodutiva

Verificámos que apenas 1 (2.1%) das jovens do grupo ASHG não tinha ainda experienciado a **menarca**, ao contrário de todas as outras adolescentes. Não foram detetadas diferenças na **idade média de ocorrência da mesma**, que variou entre 12 e 18 anos ( $M_{GA} = 12.05, DP_{GA} = 1.48; M_{ASHG} = 12.15, DP_{ASHG} = 1.43$ ).

No entanto, os grupos diferiram significativamente quanto ao **início da vida sexual** [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 16.429, p < .001$ ] e à **idade em que este ocorreu** [ $t_{(75)} = 3.314, p = .001, r = .359$ ]. Apenas 6.8% ( $n = 33$ ) das jovens do grupo ASHG tinham já iniciado a sua vida sexual. As jovens do grupo GA apresentaram ainda idades mais precoces de iniciação sexual ( $M = 14.61, DP = 1.13$ ) do que os seus pares sem história de gravidez que tinham já iniciado a sua vida sexual ( $M = 15.52, DP = 1.25$ ). Na amostra em estudo, a idade de início da vida sexual variou dos 12 aos 17 anos no grupo GA e dos 13 aos 18 no grupo ASHG.

Considerando apenas as jovens iniciadas sexualmente, os grupos ( $Mdn_{GA} = 1, AIQ_{GA}: 1 - 1.75; (Mdn_{ASHG} = 1, AIQ_{ASHG}: 1 - 2)$ ) revelaram-se equivalentes relativamente ao **número de parceiros sexuais** [ $U_{(N = 71)} = 465.000, z = -1.822, p = .068, r = -.216$ ].

### 3.2.1. Contraceção

Verificámos diferenças significativas entre os grupos quanto ao número de métodos contraceptivos conhecidos para evitar a gravidez [ $t_{(90)} = 2.654$ ,  $p = .009$ ,  $r = .269$ ], com as jovens do grupo GA a reportar um menor número de métodos ( $M_{GA} = 1.39$ ,  $DP_{GA} = 1.10$ ) do que os seus pares sem história de gravidez ( $M_{ASHG} = 2.00$ ,  $DP_{ASHG} = 1.11$ ). Os métodos mais frequentemente referidos pelas jovens dos dois grupos são, destacados dos restantes, o preservativo (GA:  $n = 25$ , 56.8%; ASHG:  $n = 43$ , 89.9%) e a pílula (GA:  $n = 28$ , 63.6%; ASHG:  $n = 33$ , 68.8%), como é possível observar na Figura 43. Doze (27.3%) jovens do grupo GA e 4 (8.3%) do grupo ASHG não referiram qualquer método contraceptivo.

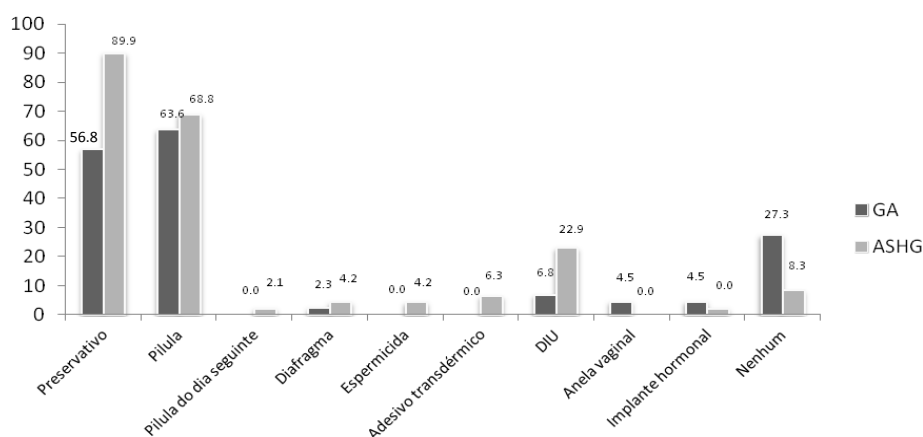


Figura 43 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos para evitar a gravidez (%) - Zona Sul

Os grupos diferiram significativamente no conhecimento do preservativo [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 12.782$ ,  $p < .001$ ] e do DIU [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 4.611$ ,  $r = .032$ ], métodos menos frequentemente referidos pelas jovens do grupo GA.

### 3.2.2. Métodos contraceptivos: Fontes de informação

Relativamente às fontes de proveniência desta informação, os grupos diferiram significativamente no número das mesmas [ $t_{(80.877)} = 5.177$ ,  $p < .001$ ,  $p = .499$ ]. Assim, as jovens do grupo GA revelaram menor número médio de fontes de informação sobre contraceção ( $M = 0.98$ ,  $DP = 0.73$ ), comparativamente com as jovens sem história de gravidez

( $M = 2.02$ ,  $DP = 1.14$ ). Como é possível observar na Figura 44, a fonte mais frequentemente referida pelas jovens dos dois grupos foi a escola (GA:  $n = 23$ , 52.3%; ASHG:  $n = 38$ , 79.2%), seguida pela família (GA:  $n = 8$ , 18.2%; ASHG:  $n = 25$ , 52.1%). No grupo GA verificou-se uma elevada percentagem de jovens que não referiram qualquer fonte de informação sobre contraceção (GA:  $n = 11$ , 25.0%; ASHG:  $n = 2$ , 4.2%).

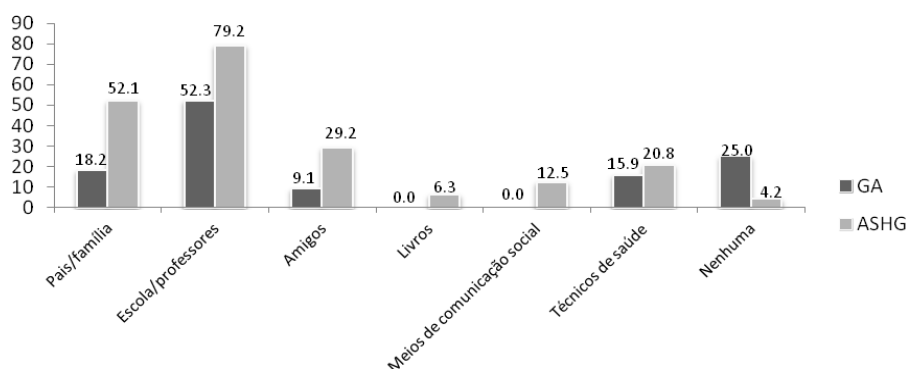


Figura 44 - GA e ASHG: Fontes de informação sobre contraceção (%) - Zona Sul

Os grupos revelaram diferenças significativas ao nível da referência das fontes: família [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 11.470$ ,  $p = .001$ ], escola [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 7.432$ ,  $p = .006$ ] e amigos [ $\chi^2_{(1, N = 92)} = 5.879$ ,  $p = .015$ ], com as jovens do grupo GA a referirem-nas com menor frequência que as jovens do grupo ASHG.

### 3.2.3. Utilização de métodos contraceptivos

Considerando apenas as adolescentes sexualmente iniciadas, verificaram-se diferenças entre os grupos ao nível da **utilização de contraceção** para evitar uma gravidez [ $\chi^2_{(1, N = 77)} = 18.563$ ,  $p < .001$ ], com 58.8% ( $n = 25$ ) das jovens do grupo GA a revelarem não usar contraceção antes de engravidar, comparativamente com apenas 9.1% ( $n = 3$ ) de jovens do grupo ASHG que declaram não usar contraceção. Não se verificaram diferenças ao nível dos métodos (ou da combinação de métodos) utilizados. Como é possível observar no Quadro 100, o método mais utilizado foi o preservativo (GA: 57.9%; ASHG: 46.7%).

**Quadro 100 - GA e ASHG: Métodos contraceptivos (ou combinação de métodos) usados pelas jovens sexualmente iniciadas - Zona Sul**

	GA (N = 19)	ASHG (N = 30)
	n (%)	n (%)
<b>Método(s) contraceptivo(s) usado(s)</b>		
Pílula	7 (36.8)	7 (23.3)
Preservativo	11 (57.9)	14 (46.7)
Pílula + Preservativo	1 (5.3)	9 (30.0)

Como principais razões para a não utilização de contraceção, apenas uma jovem do grupo ASHG declara não ter vida sexualmente ativa, não existindo resposta nas demais adolescentes do mesmo grupo. As jovens do grupo GA apontam como razões mais frequentes para a não utilização de contraceção o fato de não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis ( $n = 3$ , 23.1%) e não terem informação sobre métodos contraceptivos ( $n = 3$ , 23.1%). Seguiram-se razões como o desejo de engravidar ( $n = 2$ , 15.4%), não terem pensado que podiam engravidar ( $n = 2$ , 15.4%), e, menos frequentes, estarem a aguardar para começar a tomar a pílula ( $n = 1$ , 7.7%) e terem parado de tomar a pílula por motivos de saúde ( $n = 1$ , 7.7%). Uma das jovens afirmou ainda não saber responder ( $n = 1$ , 7.7%).

#### |D.4. Determinantes para a ocorrência de Gravidez na Adolescência: Modelos Compreensivos

##### 4.1. Modelo compreensivo para o início da vida sexual

Procedendo da forma descrita para as regiões anteriores, começámos por identificar as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguiam as adolescentes da zona Sul que tinham já iniciado a sua vida sexual e as que não o tinham feito, através de um conjunto alargado de análises univariadas. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da decisão de iniciar a vida sexual, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 101 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 78.032; este valor apresenta-se reduzido para 69.462 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(1)} = 8.570$ ,  $p = .003$ ] e apresenta elevada

adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, a iniciação da vida sexual revelou-se mais provável para adolescentes com maior número de reprovações. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 81.7%.

**Quadro 101 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a iniciação da vida sexual: Modelo final - Zona Sul**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	0.072 (0.370)				
Número de reprovações	0.958 (0.382)	6.308	2.607**	1.234	5.506

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou da vida sexual = 1.

Número de observações: 82.

-2Log-Likelihood = 69.462, Pseudo  $R^2 = .099$  (Cox & Snell), .162 (Nagelkerke),  $R^2_L (2)$  (Hosmer & Lemeshow) = .890,  $p = .475$ . Modelo:  $[\chi^2_{(1)} = 8.570, p = .003$ .

Nota: Número de reprovações considerando a totalidade das jovens: às jovens que nunca reprovaram foi atribuído o valor zero.

\*\*  $p < .01$

#### 4.2. Modelo compreensivo para a ocorrência de gravidez

Procedendo da forma descrita para a região Sul, começámos por identificar através de um conjunto de análises univariadas as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que de distinguiam as adolescentes do grupo GA e do grupo ASHG da zona Sul, considerando agora apenas as jovens iniciadas sexualmente. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 102 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 62.361; este valor apresenta-se reduzido para 19.260 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo  $[\chi^2_{(3)} = 43.111, p < .001]$  e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, controlando a idade das jovens, o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes com menores habilitações literárias e namorados mais frequentemente excluídos do sistema de ensino, quer empregados quer desempregados. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 89.1%.

**Quadro 102 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final - Zona Sul**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	-5.477 (9.545)				
Idade da jovem	2.226 (1.109)	4.032	9.266*	1.055	81.416
Habilitações literárias (último ano frequentado)	-3.327 (1.338)	6.181	0.036*	0.003	0.495
Situação profissional do namorado	3.317 (1.478)	5.038	25.577*	1.523	499.433

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1.

Número de observações: 46.

-2Log-Likelihood = 19.260, Pseudo  $R^2 = .608$  (Cox & Snell),  $.819$  (Nagelkerke),  $R^2_L (8)$  (Hosmer & Lemeshow) =  $.309$ ,  $p = .434$ . Modelo:  $\chi^2_{(3)} = 43.111$ ,  $p < .001$ .

Nota: Situação profissional namorado - categoria de referência: *Estudante*.

\*  $p \leq .05$

## | E - Determinantes para a ocorrência de gravidez na adolescência na totalidade da amostra, controlando a região de pertença: modelos compreensivos

### 1. Modelo compreensivo para o início da vida sexual - *Amostra total*

Procedendo da forma descrita para o realizado para cada região em separado, começámos por identificar as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguiam as adolescentes da totalidade da amostra que tinham já iniciado a sua vida sexual e as que não o tinham feito, através de um conjunto alargado de análises univariadas. Os resultados permitiram selecionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da decisão de iniciar a vida sexual, que foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 103 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 471.43; este valor apresenta-se reduzido para 469.37 após a inclusão das co-variáveis (Região de pertença) e para 405.85 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(8)} = 64.24$ ,  $p < .001$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo

ao nível .05). Assim, controlando a pertença das jovens a diferentes regiões, a iniciação da vida sexual revelou-se mais provável para adolescentes mais velhas, com menores habilitações literárias, filhas de mães mais novas, com pais menos suportivos do ponto de vista emocional e pertencentes a famílias com história prévia de gravidez na adolescência. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 76.6%.

**Quadro 103 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a iniciação da vida sexual: Modelo final - Amostra Total**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	- 2.87 (1.70)				
<b>Bloco 1</b>					
Norte vs. Centro	0.20 (0.32)	0.38	1.22	0.65	2.28
Norte vs. LVT	0.19 (0.33)	0.32	1.21	0.63	2.30
Norte vs. Sul	0.28 (0.38)	0.53	1.32	0.63	2.77
<b>Bloco 2</b>					
Idade da jovem	0.67 (0.13)	26.74	1.94***	1.51	2.50
Escolaridade	- 0.32 (0.11)	9.24	0.73**	0.59	0.89
Idade da mãe	- 0.06 (0.02)	7.06	0.94**	0.90	0.99
Suporte Emocional_Pai	- 0.07 (0.03)	8.67	0.93**	0.89	0.98
História de GA na família	0.77 (0.28)	7.45	2.17**	1.24	3.78

Variável critério: Não iniciou vida sexual = 0; Iniciou da vida sexual = 1.

Número de observações: 437.

-2Log-Likelihood = 405.85, Pseudo R<sup>2</sup> = .14 (Cox & Snell), .21 (Nagelkerke), R<sup>2</sup><sub>L</sub> ( ) (Hosmer & Lemeshow) = .88, p = .710. Modelo: [ $\chi^2_{(8)} = 64.24, p < .001$ ]

Nota: História de GA na família: 0 = Não, 1 = Sim (categoria de referência (Não)).

\*\* p < .01, \*\*\* p < .001

## 2. Modelo compreensivo para a ocorrência de gravidez - Amostra total

Procedendo da forma descrita para o realizado para cada região em separado, começámos por identificar através de um conjunto de análises univariadas as variáveis (sociodemográficas, relacionais, estilo de vida e história médica e reprodutiva) em que se distinguiam as adolescentes do grupo GA e do grupo ASHG na totalidade nacional da amostra, considerando agora apenas as jovens iniciadas sexualmente. Os resultados permitiram seleccionar um conjunto de possíveis variáveis explicativas da ocorrência de gravidez, que

foram introduzidas de forma exploratória em análises de regressão logística binária. No Quadro 104 encontram-se descritos os resultados para o modelo final obtido. Quando o modelo inclui apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assume o valor de 393.53; este valor apresenta-se reduzido para 388.83 após a inclusão das co-variáveis (Região de pertença) e para 202.55 no último passo do modelo, indicando que o valor preditivo do modelo aumenta com a introdução das variáveis. O modelo final é significativo [ $\chi^2_{(5)} = 190.97$ ,  $p < .001$ ] e apresenta elevada adequabilidade aos dados existentes (Teste de Hosmer e Lemeshow não significativo ao nível .05). Assim, controlando a pertença das jovens a diferentes regiões, o risco para a ocorrência de gravidez revelou-se mais elevado para adolescentes que apresentavam menores habilitações literárias, maior número de irmãos, idade mais precoce de iniciação sexual, menor rejeição materna e namorados fora do sistema de ensino. A eficácia global do modelo na classificação das adolescentes em função da variável critério é 80.5%.

**Quadro 104 - Regressão Logística Binária tendo por variável critério a ocorrência de gravidez: Modelo final - Amostra Total**

	Coeficiente (Erro Padrão)	Teste de Wald	Odds ratio	Intervalo de confiança a 95%	
				Inferior	Superior
Constante	16.99 (2.94)				
<b>Bloco 1</b>					
Norte vs. Centro	1.04 (0.50)	4.39	2.83*	1.07	7.51
Norte vs. LVT	0.30 (0.47)	0.40	.35	0.54	3.38
Norte vs. Sul	- 0.33 (0.57)	0.34	0.72	0.24	2.18
<b>Bloco 2</b>					
Escolaridade	-0.67 (0.58)	25.31	0.51***	0.40	0.67
Número de irmãos	0.36 (0.12)	8.87	1.44**	1.13	1.83
Idade de início da vida sexual	- 0.66 (0.19)	12.40	0.52***	0.36	0.75
Rejeição Materna	- 0.20 (0.06)	11.48	0.82**	0.73	0.92
Situação profissional do namorado	2.17 (0.39)	31.83	8.79***	4.13	18.69

Variável critério: Não ocorreu gravidez = 0; Ocorreu gravidez = 1. Número de observações: 289.  
-2Log-Likelihood = 202.55, Pseudo R<sup>2</sup> = .47 (Cox & Snell), .65 (Nagelkerke), R<sup>2</sup><sub>L</sub> (8) (Hosmer & Lemeshow) = .51,  $p = .560$ . Modelo: [ $\chi^2_{(5)} = 190.97$ ,  $p < .001$ ].

Nota: Situação profissional namorado: 0 = Estudante; 1 = Empregado/Desempregado.

\*  $p \leq .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

---

**CARACTERIZAÇÃO REGIONAL G.A.**

---



|| F. CARACTERIZAÇÃO REGIONAL DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES ||

A apresentação dos resultados do estudo iniciou-se por uma caracterização exaustiva dos grupos de participantes, procurando identificar em que se distinguem as jovens com e sem história de gravidez, isto é, que variáveis podem constituir fatores de risco/proteção para a ocorrência de gravidez precoce. Neste momento, passamos a apresentar as diferenças existentes entre as jovens com história de gravidez, das várias regiões, ao nível de variáveis sociodemográficas, variáveis relacionais; estilo de vida; história médica e reprodutiva e variáveis associadas à gestação.

## 1. Caracterização Regional do GA: Variáveis sociodemográficas

### 1.1. Idade

As jovens grávidas das quatro regiões em estudo apresentaram uma **idade média** de cerca de 16 anos, não se tendo verificado diferenças significativas em função da região de pertença e sendo a distribuição das jovens por **grupo etário** igualmente equivalente nas diferentes regiões (Quadro 105).

Quadro 105 - Idade: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Idade</b>	16.48	1.19	16.19	1.42	16.23	1.06	16.23	1.22
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Grupo Etário</b>								
< 15 anos	9	8.0	9	12.9	4	5.0	3	6.8
15-19 anos	103	92.0	61	87.1	76	95.0	41	93.2

## 1.2. Estado civil

Verificaram-se diferenças significativas entre as jovens grávidas das várias regiões relativamente ao seu **estado civil atual** [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 39.155, p < .001$ ]. Como é possível observar no Quadro 106, enquanto as jovens das regiões Norte, Centro e LVT revelaram encontrar-se maioritariamente solteiras (Norte:  $n = 92, 82.1\%$ ; Centro:  $n = 37, 52.9\%$ ; LVT:  $n = 57, 71.3\%$ ), na região Sul verificou-se a predominância do estado civil casada/unida de fato ( $n = 29, 65.9\%$ ). Dentre as jovens casadas/unidas de fato, a situação mais frequente em todas as regiões foi a união de fato (Norte:  $n = 16, 80.0\%$ ; Centro:  $n = 25, 75.8\%$ ; LVT:  $n = 21, 91.3\%$ ; Sul:  $n = 22, 75.9\%$ ). Em todas as regiões verificou-se a existência de casamentos religiosos (Norte:  $n = 1, 5.0\%$ ; Centro:  $n = 4, 12.1\%$ ; LVT:  $n = 2, 8.7\%$ ; Sul:  $n = 7, 24.1\%$ ), sendo que apenas nas regiões Norte ( $n = 3, 15.0\%$ ) e Centro ( $n = 4, 12.1\%$ ) se verificaram situações de casamento civil.

**Quadro 106 – Estado civil atual: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Estado civil</b>								
Solteira	92	82.1	37	52.9	57	71.3	15	34.1
Casada/Unida de fato	20	17.9	33	47.1	23	28.8	29	65.9

## 1.3. Tipo de área de residência

Foi igualmente verificada uma associação significativa entre a região de pertença das jovens e o seu **tipo de área de residência** [ $\chi^2_{(6, N = 306)} = 58.467, p < .001$ ]. Como é possível observar na Figura 45, apesar de as jovens grávidas de todas as regiões residirem maioritariamente em zonas urbanas (Norte:  $n = 89, 79.5\%$ ; Centro:  $n = 34, 48.6\%$ ; LVT:  $n = 79, 98.8\%$ ; Sul:  $n = 32, 72.7\%$ ), esta pertença é quase total no que respeita às jovens da região LVT ( $n = 79, 98.8\%$  vs. semi-urbanas:  $n = 1, 1.3\%$ ; rurais  $n = 0, 0.0\%$ ), ao contrário do que acontece nas demais regiões, onde a distribuição das jovens abrange com maior frequência áreas semi-urbanas e rurais. Esta distribuição revelou-se mais homogénea nas regiões Centro (semi-urbanas:  $n = 21, 30.0\%$ ; rurais  $n = 15, 21.4\%$ ) e Sul (semi-urbanas:  $n = 7, 15.9\%$ ; rurais  $n = 5, 11.4\%$ ), do que na região Norte (semi-urbanas:  $n = 19, 17.0\%$ ; rurais  $n = 4, 3.6\%$ ).

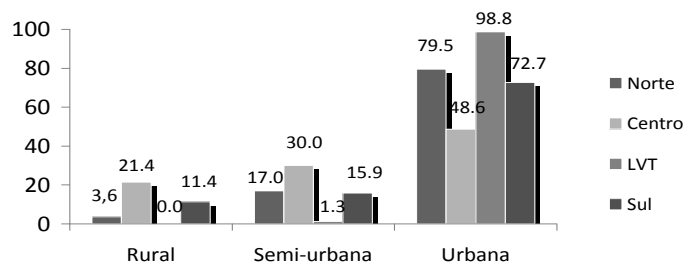


Figura 45 - Tipos de área de residência (%) - comparação entre regiões

#### 1.4. Religião e Etnia

Verificaram-se diferenças significativas relativamente à **confissão religiosa** entre as jovens das várias regiões [ $\chi^2_{(3, N = 279)} = 47.093, p < .001$ ]. A maioria das jovens das regiões Norte ( $n = 79, 83.2\%$ ) e Centro ( $n = 54, 78.3\%$ ) afirmaram-se seguidoras de uma religião, ao contrário do que se verificou nas regiões LVT e Sul, onde as jovens revelaram maioritariamente não professar nenhuma religião ( $n = 41, 53.9\%$ , e  $n = 24, 66.7\%$ , respetivamente). Verificaram-se ainda diferenças ao nível do **tipo de religião professada** [ $\chi^2_{(3, N = 180)} = 18.610, p < .001$ ]. Apesar de a maioria das jovens de todas as regiões que professavam uma religião se terem revelado católicas (Norte:  $n = 76, 96.2\%$ ; Centro:  $n = 49, 90.7\%$ ; LVT:  $n = 28, 80.0\%$ ; Sul:  $n = 7, 58.3\%$ ), na região Sul esta distribuição demonstrou-se mais homogénea, com mais de 40% das jovens dessa região a afirmarem outra confissão religiosa que não a Católica ( $n = 5, 41.7\%$ ). No que respeita ao **grau de envolvimento com a religião** seguida, verificou-se igualmente uma associação significativa com a região de pertença das jovens [ $\chi^2_{(3, N = 177)} = 15.355, p = .002$ ], com 83.3% das adolescentes grávidas da região Sul que eram seguidoras de uma religião a declararem-se praticantes, comparativamente com apenas 27.3%, 30.2% e 40.0% das jovens que o fizeram nas regiões Norte, Centro e LVT, respetivamente (Quadro 107).

Quadro 107 - Religião: comparação entre regiões

	Norte (N = 95)		Centro (N = 69)		LVT (N = 76)		Sul (N = 36)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Confissão Religiosa</b>								
Não	16	16.8	15	21.7	41	53.9	24	66.7
Sim	79	83.2	54	78.3	35	46.1	12	33.3
<b>Tipo de Religião professada</b>								
Católica	76	96.2	49	90.7	28	80.0	7	58.3
Outra	3	3.8	5	9.3	7	20.0	5	41.7
<b>Envolvimento com a Religião<sup>a</sup></b>								
Praticante	21	27.3	16	30.2	14	40.0	10	83.3
Não Praticante	56	48.3	37	69.8	21	60.0	2	16.7

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 77; N<sub>Centro</sub> = 53;

Relativamente à **etnia**, foram encontradas diferenças significativas entre as jovens das diferentes regiões [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 18.249, p < .001$ ]. Apesar das jovens de todas as regiões se terem revelado maioritariamente caucasianas (Norte:  $n = 109, 97.3\%$ ; Centro:  $n = 58, 82.9\%$ ; LVT:  $n = 67, 83.8\%$ ; Sul:  $n = 33, 75.0\%$ ), a região Norte apresentou uma menor proporção de jovens pertencentes a minorias étnicas ( $n = 3, 2.7\%$ ) quando comparada com as restantes regiões (Centro:  $n = 12, 17.1\%$ ; LVT:  $n = 13, 16.3\%$ ; Sul:  $n = 11, 25.0\%$ ). A maior proporção de jovens pertencentes a minorias étnicas foi observada entre as jovens da região Sul, como é possível observar no Quadro 108. Analisando apenas as jovens pertencentes a minorias étnicas, observámos a existência de diferenças significativas na expressão de cada minoria étnica entre as regiões em estudo [ $\chi^2_{(6, N = 39)} = 23.174, p = .001$ ]. Enquanto a Etnia Cigana é a única com expressão entre as jovens grávidas das regiões Norte e Centro, nas regiões LVT e Sul a Etnia Negra/Africana surge também, sendo a mais frequente na região LVT ( $n = 9, 69.2\%$  vs.  $n = 3, 23.1\%$  para a Etnia Cigana).

Quadro 108 - Etnia: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Etnia</b>								
Caucasiana	109	97.3	58	82.9	67	83.8	33	75.0
Minorias Étnicas	3	2.7	12	17.1	13	16.3	11	25.0
<b>Minorias étnicas</b>								
Cigana	3	100.0	12	100.0	3	23.1	10	35.7
Negra/Africana	0	0.0	0	0.0	9	69.2	1	10.0
Asiática	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0

### 1.5. Nível Socioeconómico (NSE)

Não se verificaram diferenças significativas entre as jovens grávidas das regiões em estudo no que concerne ao NSE, com a maioria das jovens de todas as regiões a pertencer a um NSE baixo (Norte:  $n = 106$ , 94.6%; Centro:  $n = 62$ , 88.6%; LVT:  $n = 71$ , 88.8%; Sul:  $n = 40$ , 90.9%).

Quadro 109 - NSE: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
<b>NSE</b>								
Baixo	106	94.6	62	88.6	71	88.8	40	90.9
Médio/Elevado	6	5.4	8	11.4	9	11.3	4	9.1

### 1.6. Escolaridade e Situação profissional

Relativamente à escolaridade, verificaram-se diferenças significativas no que respeita às **habilitações literárias** das jovens em função da região de pertença [ $F_{(3, 206)} = 3.086$ ,  $p = .028$ ,  $\omega = .170$ ]. Comparações post-hoc, realizadas através do Teste de Tukey, revelaram que as jovens grávidas da região Sul possuíam habilitações literárias significativamente mais baixas do que as jovens das regiões Norte e do que as jovens da região LVT, apresentando uma média de último ano frequentado inferior (Quadro 110). Não foram detetadas diferenças significativas entre as habilitações das jovens da região Sul e as habilitações das jovens da região Centro, nem entre as regiões Norte, Centro e LVT.

Quadro 110 - Habilitações literárias: comparação entre regiões

	Norte (N = 74)		Centro (N = 56)		LVT (N = 53)		Sul (N = 27)		<i>F</i>	Post-hoc <sup>1</sup>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Habilitações literárias	8.62	2.03	8.48	2.07	8.53	1.45	7.30	2.70	3.086*	Norte>Centro; Norte>LVT; Norte>Sul*; Centro<LVT; Centro>Sul; LVT> Sul*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup>Tukey's Test

ANOVA

### 1.6.1. Tipo de Ensino frequentado

As jovens das regiões em estudo revelaram, igualmente, diferenças no **tipo de ensino** correspondente ao último ano frequentado [ $\chi^2_{(3, N = 256)} = 11.229, p = .010$ ]. Apesar de em todas as regiões a frequência do ensino regular se ter demonstrado a situação mais frequente (Norte:  $n = 76, 73.8\%$ ; Centro:  $n = 28, 58.3\%$ ; LVT:  $n = 41, 62.1\%$ ; Sul:  $n = 340, 87.2\%$ ), nas regiões Centro e LVT a proporção de jovens grávidas provenientes do ensino profissional revelou-se superior à verificada nas demais regiões (Centro:  $n = 20, 41.7\%$ ; LVT:  $n = 25, 37.9\%$  vs. Norte:  $n = 27, 26.2\%$ ; Sul:  $n = 5, 12.8\%$ ).

Foi ainda possível observar a existência de diferenças significativas relativamente ao **número de reprovações** em função da região de pertença das jovens [ $F_{(3, 280)} = 4.351, p = .005, \omega = .185$ ]. Comparações post-hoc, realizadas através do Teste de Tukey, revelaram que as jovens grávidas da região Sul possuíam um número significativamente maior de reprovações do que as jovens da região Centro (Quadro 111). Não foram detetadas diferenças significativas nas demais comparações efetuadas.

Quadro 111 - Número de reprovações: comparação entre regiões

	Norte (N = 105)		Centro (N = 66)		LVT (N = 79)		Sul (N = 34)		F	Post-hoc <sup>1</sup>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Número de reprovações	1.54	1.06	1.11	1.20	1.34	1.10	1.88	1.04	4.351*	Norte>Centro; Norte>LVT; Norte<Sul; Centro<LVT; Centro<Sul*; LVT< Sul ANOVA

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup>Tukey's Test

### 1.6.2. Abandono Escolar

Não se verificaram diferenças relativamente à **frequência do sistema de ensino** em função da região de pertença, com as jovens de todas as regiões a declararem com maior frequência o abandono escolar do que a frequência atual do sistema de ensino, como é possível observar no Quadro 109. Já no que diz respeito ao **momento de abandono escolar**, verificámos a existência de diferenças significativas entre as jovens das regiões em estudo [ $\chi^2_{(6, N = 295)} = 13.720, p = .033$ ], sendo a região Norte aquela onde as jovens relataram maioritariamente ter abandonado a escola previamente à gravidez ( $n = 57, 51.4\%$ ). Nas regiões Centro e Sul verificou-se uma proporção mais semelhante de jovens que já tinham abandonado a escola antes de engravidar ( $n = 25, 37.3\%$  e  $n = 18, 42.9\%$  respetivamente) e de

jovens que, ainda que grávidas, nunca a abandonaram ( $n = 26$ , 38.8% e  $n = 17$ , 40.5% respetivamente). A região LVT foi a única onde se verificou que a maioria das jovens nunca abandonou o sistema de ensino ( $n = 40$ , 53.3%), como é possível observar no Quadro 112.

**Quadro 112 - Frequência do sistema de ensino e abandono escolar prévio à gravidez: comparação entre regiões**

	Norte ( $N = 112$ )		Centro ( $N = 69$ )		LVT ( $N = 78$ )		Sul ( $N = 44$ )	
	$n$	%	$n$	%	$n$	%	$n$	%
<b>Frequência do sistema de ensino</b>								
Não	71	63.4	44	63.8	39	50.0	27	61.4
Sim	41	36.6	25	36.2	39	50.0	17	38.6
<b>Abandono escolar momento<sup>a</sup></b>								
Nunca	42	37.8	26	38.8	40	53.3	17	40.5
Prévio à gravidez	57	51.4	25	37.3	21	28.0	18	42.9
Posterior à gravidez	12	10.8	16	23.9	14	18.7	7	16.7

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings:  $N_{\text{Norte}} = 111$ ;  $N_{\text{Centro}} = 67$ ;  $N_{\text{LVT}} = 75$ ;  $N_{\text{Sul}} = 42$

Verificaram-se igualmente diferenças significativas relativamente ao **ano de abandono escolar** em função da região de pertença das jovens [ $F_{(3, 167)} = 3.025$ ,  $p = .031$ ,  $\omega = .185$ ]. Comparações post-hoc, realizadas através do Teste de Tukey, revelaram que as jovens grávidas da região Sul apresentavam anos significativamente mais precoces de abandono escolar do que as jovens da região Norte (Quadro 113). Não foram detetadas diferenças significativas nas demais comparações efetuadas relativamente a esta variável. Quando este abandono aconteceu de forma prévia à gravidez, a comparação das jovens das diferentes regiões revela também diferenças significativas [ $F_{(3, 117)} = 3.061$ ,  $p = .031$ ,  $\omega = .220$ ], tendo o Teste post-hoc de Tukey revelado que as diferenças significativas residiam já apenas entre as jovens da região Norte e Sul, conforme é possível observar no Quadro 113.

Quadro 113 - História de abandono escolar: comparação entre regiões

	Norte (N = 70)		Centro (N = 41)		LVT (N = 35)		Sul (N = 25)		F	Post-hoc <sup>1</sup>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Ano de abandono escolar	7.54	1.97	7.27	2.55	7.37	1.94	6.00	2.74	3.025*	Norte>Centro; Norte>LVT; Norte>Sul*; Centro<LVT; Centro>Sul; LVT> Sul
Ano de abandono escolar prévio à gravidez <sup>a</sup>	7.40	1.99	6.52	2.83	7.00	2.15	5.56	2.87	3.061*	Norte>Centro; Norte>LVT; Norte>Sul*; Centro<LVT; Centro>Sul; LVT> Sul

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup>Tukey's Test

<sup>a</sup>  $N_{\text{Norte}} = 57$ ;  $N_{\text{Centro}} = 25$ ;  $N_{\text{LVT}} = 21$ ;  $N_{\text{Sul}} = 18$

ANOVA

No que diz respeito à **situação profissional** das jovens que já não frequentavam o sistema de ensino não foram detetadas diferenças entre regiões, com a maioria das jovens de todas elas a encontrar-se desempregada (Norte:  $n = 62$ , 87.3%; Centro:  $n = 36$ , 81.8%; LVT:  $n = 32$ , 84.2%; Sul:  $n = 25$ , 92.6% vs. Norte:  $n = 9$ , 12.7%; Centro:  $n = 8$ , 18.2%; LVT:  $n = 6$ , 15.8%; Sul:  $n = 2$ , 7.4% empregadas).

### 1.7. Projetos de vida escolares e profissionais

Verificaram-se diferenças significativas ao nível da **definição de projetos de vida** no que concerne à **escolaridade** [ $\chi^2_{(3, N=304)} = 39.787$ ,  $p < .001$ ] e a **nível profissional** [ $\chi^2_{(3, N=306)} = 33.612$ ,  $p < .001$ ] entre as jovens das diferentes regiões (Quadro 114). Ao contrário das restantes regiões, as jovens da região Sul referem com maior frequência não ter ( $n = 26$ , 59.1%) do que ter ( $n = 18$ , 40.9%) um projeto profissional definido. No que respeita aos projetos de vida relativos à escola, foram as jovens da região Norte aquelas que com maior frequência referiram a ausência de um projeto ( $n = 50$ , 45.0%), seguida da região Sul ( $n = 15$ , 34.1%).

Quadro 114 - (In)definição de projetos de vida: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Projeto de vida: Profissão</b>								
Sem projeto definido	18	16.1	22	31.4	15	18.8	26	59.1
Projeto definido	94	83.9	48	68.8	65	81.3	18	40.9
<b>Projeto de vida: Escola<sup>a</sup></b>								
Sem projeto definido	50	45.0	7	10.1	9	11.3	15	34.1
Projeto definido	61	55.0	62	89.9	71	88.8	29	65.9

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 111, N<sub>Centro</sub> = 69

## | 2. Variáveis relacionais

### 2.1. História e agregado familiar

#### Estrutura e dimensão do agregado familiar

Verificaram-se diferenças significativas relativamente à **estrutura do agregado familiar na infância** em função da região de pertença das jovens em estudo [ $\chi^2_{(6, N = 306)} = 28.409, p < .001$ ]. Como é possível observar no Quadro 115, enquanto as jovens da região Norte e Centro viveram a sua infância em agregados predominantemente intatos (76.8% e 81.4%, respetivamente), sendo a frequência de outras situações como agregados não intatos ou outros (sem os pais) menores e semelhantes entre si, na região LVT, apesar da igual predominância do agregado intato na infância (50.0%), os agregados não intatos e outros (sem os pais) revelaram-se mais frequentes do que nas restantes regiões do país (35.0% e 15%, respetivamente). Relativamente à região Sul, podemos observar uma distribuição das jovens em função do seu agregado na infância semelhante à verificada nas regiões Norte e Centro, com predominância dos agregados intatos (72.7%), mas uma maior frequência de agregados não intatos (25.0%) e menor de outros (sem os pais) (2.3%) do que aquelas.

Relativamente à **constituição atual do agregado** das jovens grávidas em estudo, foi possível observar a existência de diferenças entre as várias regiões quanto à **presença do pai do bebé/da forma como esta presença se concretizou** - casal sozinho ou incluído uma das famílias de origem - [ $\chi^2_{(6, N = 303)} = 41.611, p < .001$ ]. Como podemos observar no Quadro 115, foi nas regiões Norte e LVT que os agregados das jovens continuaram de forma mais predominante, após a gravidez, a ser a família de origem ou outra sem os companheiros (72.5% em ambas vs. 42.9% no Centro e 31.8% no Sul). A região Centro foi aquela em que as

jovens mais se autonomizaram em termos habitacionais com o seu companheiro (31.4% vs. 18.3% no Norte, 17.5% em LVT e 27.3% no Sul). A região Sul foi aquela em que se verificou uma mais frequente inclusão do casal adolescente numa das famílias de origem (40.9% vs. 9.2% no Norte, 25.7% no Centro e 10.0% em LVT). Os dados descritivos da **constituição detalhada destes agregados** encontram-se no Quadro 115.

**Quadro 115 - Constituição do agregado familiar na infância e na atualidade: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Agregado familiar na infância</b>								
Nuclear intato (pais e irmãos)	86	76.8	57	81.4	40	50.0	32	72.7
Não intato (monop. ou reconst.)	13	11.6	8	11.4	28	35.0	11	25.0
Outro (sem pais)	13	11.6	5	7.1	12	15.0	1	2.3
<b>Agregado familiar atual: presença do pai do bebé<sup>a</sup></b>								
Família de origem ou outra	79	72.5	30	42.9	58	72.5	14	31.8
Companheiro	20	18.3	22	31.4	14	17.5	12	27.3
Companheiro com uma das famílias de origem	10	9.2	18	25.7	8	10.0	18	40.9
<b>Agregado familiar atual: constituição detalhada</b>								
Nuclear intato (pais e irmãos)	52	47.7	19	27.1	19	23.8	8	18.2
Não intato (monop. ou reconst.)	14	12.8	6	8.6	32	40.0	5	11.4
Outro (sem pais)	13	11.9	5	7.1	7	8.8	1	2.3
Companheiro	20	18.3	22	31.4	14	17.5	12	27.3
Companheiro com uma das famílias de origem do casal	10	9.2	18	25.7	8	10.0	18	40.9

<sup>b</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 109

Não se verificaram diferenças significativas na dimensão atual do agregado familiar nem no número de irmãos das jovens grávidas em função da região de pertença (Quadro 116).

**Quadro 116 - Dimensão total do agregado familiar atual e número de irmãos: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Dimensão do agregado familiar atual <sup>a</sup>	4.24	1.44	4.15	1.79	3.92	1.54	4.67	1.99
Número de irmãos <sup>b</sup>	2.65	1.85	2.24	1.91	2.86	2.76	3.39	2.58

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 101; N<sub>Centro</sub> = 61; N<sub>LVT</sub> = 74; N<sub>Sul</sub> = 33; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 110

## 2.2. História familiar de gravidez na adolescência

Relativamente à **história familiar de gravidez na adolescência**, apesar de as jovens das regiões LVT e Sul terem relatado com maior frequência história de gravidez na adolescência na sua família quando comparadas com as jovens das restantes regiões, estas diferenças não se revelaram significativas. Em todas as regiões foi verificada uma elevada frequência de ocorrência de gravidez na adolescência na família das jovens em estudo (Quadro117).

Quadro 117 - História familiar de GA: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 79)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
História familiar de GA								
Não	63	56.3	35	50.0	31	39.2	18	40.9
Sim	59	43.8	35	50.0	48	60.8	26	59.1

## 2.3. Características sociodemográficas e estilos de vida dos progenitores

Relativamente às características dos progenitores das jovens, não se verificaram diferenças significativas em função da região de pertença, nem relativamente à **idade do pai**, nem à **idade da mãe** (Quadro 118). No entanto, verificou-se a existência de diferenças quanto ao **estado civil dos mesmos** entre regiões [ $\chi^2_{(6, N = 300)} = 42.926, p < .001$ ]. Conforme podemos observar no Quadro 118, as jovens da região LVT distinguem-se das jovens das restantes regiões ao relatarem com maior frequência que os seus pais se encontram separados/divorciados (55.1% vs. 27.5% no Norte, 20.3% no Centro e 20.9% no Sul) e viúvos (16.7% vs. 7.3% no Norte, 8.7% no Centro e 9.3% no Sul), enquanto nas noutras regiões em estudo, a situação mais frequente é a de casamento/união de fato (Norte: 70.0%; Centro: 71.0%; Sul: 69.8% vs. 28.2% em LTV).

**Quadro 118 - Idade e estado civil dos progenitores: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade do pai <sup>a</sup>	43.45	6.71	44.93	8.81	44.39	5.54	44.08	6.76
Idade da mãe <sup>b</sup>	40.87	5.61	41.50	6.38	40.86	5.61	40.86	6.72
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Estado civil progenitores<sup>c</sup></b>								
Casados/Unidos de fato	77	70.0	49	71.0	22	28.2	30	69.8
Separados/Divorciados	25	27.5	14	20.3	43	55.1	43	20.9
Viúvo(a)	8	7.3	6	8.7	13	16.7	13	9.3

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 101; N<sub>Centro</sub> = 60; N<sub>LVT</sub> = 61; N<sub>Sul</sub> = 37;

<sup>b</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 109; N<sub>Centro</sub> = 66; N<sub>LVT</sub> = 77; N<sub>Sul</sub> = 37;

<sup>c</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 110; N<sub>Centro</sub> = 69; N<sub>LVT</sub> = 78; N<sub>Sul</sub> = 43.

Relativamente às **habilitações literárias dos progenitores** das jovens grávidas, verificaram-se diferenças significativas em função da região de pertença das jovens para o pai [ $\chi^2_{(3, N = 239)} = 12.694, p = .005$ ], mas não para as mães das jovens. Como é possível observar pelo Quadro 119, foi na região LVT que se verificou a maior proporção de pais com escolaridade superior ao 9º ano de escolaridade (21.2% vs. 3.2% no Norte, 8.8% no Centro e 11.4% no Sul).

**Quadro 119 - Habilitações literárias dos progenitores: comparação entre regiões**

	Norte (N = 104)		Centro (N = 64)		LVT (N = 72)		Sul (N = 37)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Habilitações literárias mãe<sup>67</sup></b>								
≤ 9º ano	98	94.2	63	87.5	63	87.5	33	89.2
> 9º ano	6	5.8	9	12.5	9	12.5	4	10.8
<b>Habilitações literárias pai<sup>68;a</sup></b>								
≤ 9º ano	92	96.8	52	91.2	41	78.8	31	88.6
> 9º ano	3	3.2	5	8.8	11	21.2	4	11.4

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Norte</sub> = 95; N<sub>Centro</sub> = 57; N<sub>LVT</sub> = 52; N<sub>Sul</sub> = 35

<sup>67</sup> Dada a reduzida dimensão, em todas as regiões, das categorias *Analfabetismo* e *Ensino Superior* e as tendencialmente baixas habilitações das mães das jovens grávidas, optámos pela recodificação destas em função da escolaridade obrigatória, ou seja, o 9º ano de escolaridade, de forma a aumentar o poder da comparação entre regiões.

<sup>68</sup> Dada a reduzida dimensão, em todas as regiões, das categorias *Analfabetismo* e *Ensino Superior* e as tendencialmente baixas habilitações dos pais das jovens grávidas, optámos pela recodificação destas em função da escolaridade obrigatória, ou seja, o 9º ano de escolaridade, de forma a aumentar o poder da comparação entre regiões.

Relativamente à **situação profissional** dos progenitores das jovens, não foram detetadas diferenças significativas em função da região de pertença nem para o pai, nem para a mãe, com ambos a encontrarem-se maioritariamente ativos profissionalmente, como é possível observar no Quadro 120. Não foram igualmente detetadas diferenças ao nível do benefício de rendimentos sociais nem para o pai, nem para a mãe, nem ao nível de consumo de álcool do pai, nem da mãe. O consumo de drogas revelou-se apenas residual (Quadro 120).

**Quadro 120 - Características profissionais e história de consumo de substâncias (álcool e drogas) dos progenitores: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Situação profissional<sup>a</sup></b>								
Inativo	23 (20.5)	52 (46.4)	12 (17.1)	28 (40.0)	9 (11.3)	36 (45.0)	11 (25.6)	18 (41.9)
Ativo	89 (79.5)	60 (53.6)	58 (82.9)	42 (60.0)	71 (23.3)	44 (55.0)	32 (88.8)	25 (58.1)
<b>Beneficiários rendimentos sociais</b>								
Não	68 (60.7)	70 (62.5)	48 (68.6)	45 (64.3)	55 (68.8)	62 (77.5)	29 (65.9)	29 (65.9)
Sim	44 (39.3)	42 (37.5)	22 (31.4)	25 (35.7)	25 (31.3)	18 (22.5)	15 (34.1)	15 (34.1)
<b>Consumo de álcool<sup>b</sup></b>								
Não	62 (63.3)	94 (87.9)	26 (42.6)	56 (83.6)	34 (54.8)	61 (79.2)	18 (43.9)	37 (92.5)
Sim, normal	29 (29.6)	13 (12.1)	31 (50.8)	9 (13.4)	22 (35.5)	15 (19.5)	18 (43.9)	3 (7.5)
Sim, em excesso	7 (7.1)	-	4 (6.6)	2 (3.0)	6 (9.7)	1 (1.3)	5 (12.2)	0 (0.0)
<b>Consumo de drogas<sup>c</sup></b>								
Não	97 (98.0)	107(98.2)	62 (100)	65 (98.5)	61 (100)	76 (100)	41 (100)	39 (97.5)
Sim	2 (2.0)	2 (1.8)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Sul Pai</sub>= 43; N<sub>Sul Mãe</sub> = 43; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Norte Pai</sub>= 98; N<sub>Norte Mãe</sub> = 107; N<sub>Centro Pai</sub>= 61; N<sub>Centro Mãe</sub> = 67; N<sub>LVT Pai</sub>= 62; N<sub>LVT Mãe</sub> = 77; N<sub>Sul Pai</sub>= 41; N<sub>Sul Mãe</sub> = 40; <sup>c</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Norte Pai</sub>= 99; N<sub>Norte Mãe</sub> = 109; N<sub>Centro Pai</sub>= 62; N<sub>Centro Mãe</sub> = 66; N<sub>LVT Pai</sub>= 61; N<sub>LVT Mãe</sub> = 76; N<sub>Sul Pai</sub>= 41; N<sub>Sul Mãe</sub> = 40.

### 2.3.1. Estilos educativos parentais

No que respeita aos **estilos educativos do pai e da mãe**, um efeito multivariado estatisticamente significativo [Critério de Pillai:  $\nu = .121$ ,  $F_{(12,702)} = 2.461$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2 = .040$ ] revelou diferenças em função da região de pertença. Estatísticas univariadas subsequentes, presentes no Quadro 121, revelaram diferenças significativas apenas na dimensão *Rejeição* (pai). No entanto, testes post-hoc subsequentes não revelaram diferenças significativas entre as regiões comparadas, conforme é possível observar no mesmo Quadro 121.

Quadro 121 - Estilos educativos para o pai e para a mãe: comparação entre regiões

	Norte (N = 91)		Centro (N = 56)		LVT (N = 54)		Sul (N = 38)		F (3, 239)	Post-hoc <sup>1</sup>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Pai</b>										
Suporte Emocional	16.42	5.24	17.71	5.92	16.59	6.08	18.24	6.83	1.221 2.955*	Norte<Centro; Norte<LVT; Norte<Sul; Centro>LVT; Centro<Sul; LVT<Sul.
Rejeição	9.03	2.15	10.12	2.87	10.04	3.25	10.13	2.66		
<b>Mãe</b>										
Suporte Emocional	17.57	5.23	18.55	5.68	19.20	4.84	19.76	6.28	1.874 1.831	
Rejeição	10.08	2.15	10.86	2.80	10.98	3.22	10.79	2.41		
<b>Critério de Pillai: <math>v = .121</math>, <math>F_{(12,702)} = 2.461</math>, <math>p = .004</math>, <math>\eta^2 = .040</math></b>										
* $p < .05$ ; ** $p < .01$ ; *** $p < .001$										MANOVA
<sup>1</sup> Tukey's Test										

#### 2.4. Características sociodemográficas e estilo de vida do companheiro

Não se verificaram diferenças significativas quanto à idade dos pais dos bebés das jovens, nem à duração da relação afetiva em função da região de pertença (Quadro 122).

Quadro 122 - Idade dos pais dos bebés e duração da relação: comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade do pai do bebé	20.63	3.53	20.63	3.93	19.54	3.12	21.34	4.94
Duração da relação (meses) <sup>a</sup>	18.18	10.53	19.67	13.47	21.18	13.25	17.21	8.88

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Norte</sub> = 109; N<sub>Centro</sub> = 66; N<sub>LVT</sub> = 67; N<sub>Sul</sub> = 43

Da mesma forma, não se verificaram diferenças relativamente às habilitações literárias destes tendo como referência a escolaridade obrigatória. Como é possível observar no Quadro 123, a maioria dos namorados das jovens de todas as regiões detinha habilitações literárias inferiores ou correspondentes ao 9º ano de escolaridade.

**Quadro 123 - Habilitações literárias do pai do bebé: comparação entre regiões**

	Norte (N = 98)		Centro (N = 60)		LVT (N = 71)		Sul (N = 39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Habilitações literárias namorado</b>								
≤ 9º ano	87	88.8	53	88.3	57	80.3	32	82.1
> 9º ano	11	11.2	7	11.7	14	19.7	7	17.9

Já no que se refere à situação profissional destes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre regiões [ $\chi^2_{(6, N = 306)} = 17.008, p = .009$ ], sendo a região LVT a que apresentou maior proporção de jovens estudantes (23.8% vs. 8.9% no Norte, 15.7% no Centro e 9.1% no Sul), como é possível observar no Quadro 124.

**Quadro 124 - Situação profissional do pai do bebé: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Situação profissional</b>								
Estudante	10	8.9	11	15.7	19	23.8	4	9.1
Empregado	71	63.4	47	67.1	39	48.8	22	50.0
Desempregado	31	27.7	12	17.1	22	27.5	18	40.9

Relativamente à **história de consumo de álcool** foram encontradas diferenças significativas entre os namorados das jovens das várias regiões [ $\chi^2_{(6, N = 304)} = 17.363, p = .008$ ], o que não se verificou, no entanto, relativamente ao consumo de drogas. Como é possível observar no Quadro 125, foi na região Centro (41.4%) e na região Sul (38.6%) que as jovens relataram com maior frequência consumo de álcool (normal) por parte dos pais dos seus bebés.

**Quadro 125 - Consumo de substâncias (álcool/drogas) pelo pai do bebé: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 78)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Consumo de álcool</b>								
Não	90	80.4	40	57.1	62	79.5	27	61.4
Sim, normal	21	18.8	29	41.4	15	19.2	17	38.6
Sim, em excesso	1	0.9	1	1.4	1	1.3	0	0.0
<b>Consumo de drogas</b>								
Não	100	89.3	61	88.4	70	88.6	43	97.7
Sim	12	10.7	8	11.6	8	11.4	1	2.3

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings: N<sub>Centro</sub> = 69

### | 3. Estilo de vida das adolescentes: Saúde geral e hábitos de consumo

#### 3.1. Problemas de saúde e história de consumos

Analisando a **história de consumo de substâncias por parte das jovens grávidas**, verificámos a existência de diferenças significativas no que respeita ao consumo de álcool prévio à gravidez em função da região de pertença [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 11.097, p = .011$ ], o que não se verificou relativamente ao consumo de drogas. Estes consumos foram apenas residuais durante a gravidez, razão pela qual não foi efetuada análise comparativa entre as regiões (Quadro 126). Como é possível observar, foi na região Centro que as jovens revelaram com maior frequência consumo (normal) de álcool (14.3% vs. 2.7% Norte, 3.2% em LVT e 6.8% Sul).

**Quadro 126 - História de consumos da jovem: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Antes da Gravidez</b>								
Consumo de álcool								
Não	109	97.3	60	85.7	77	96.3	41	93.2
Sim, normal	3	2.7	10	14.3	3	3.8	3	6.8
Consumo de drogas <sup>a</sup>								
Não	107	96.4	64	92.8	77	96.3	42	97.7
Sim	4	3.6	5	7.2	3	3.8	1	2.3
<b>Durante a Gravidez</b>								
Consumo de álcool <sup>b</sup>								
Não	112	100.0	67	95.7	79	100.0	44	100.0
Sim, normal	0	0.0	3	4.3	0	0.0	0	0.0
Consumo de drogas <sup>c</sup>								
Não	111	100.0	68	97.1	79	98.8	43	97.7
Sim	0	0.0	2	2.9	1	1.3	1	2.3

<sup>a</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Norte</sub> = 111; N<sub>Centro</sub> = 69; N<sub>Sul</sub> = 43; <sup>b</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>LVT</sub> = 79;

<sup>c</sup> Verificou-se a existência de Missings: N<sub>Norte</sub> = 111; N<sub>Sul</sub> = 43

### 3.2. História e saúde sexual e reprodutiva

Não se verificaram diferenças significativas quanto à **idade de ocorrência da menarca, idade de início da vida sexual, nem número de parceiros sexuais** das jovens em função da região de pertença (Quadro 127).

**Quadro 127 - Idade da menarca, idade de início da vida sexual e número de parceiros sexuais: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade da menarca	11.83	1.34	11.46	1.29	11.83	1.43	12.05	1.48
Idade de início da vida sexual	14.79	1.15	14.49	1.26	14.77	1.20	14.61	1.13
Número de parceiros sexuais	1.56	0.68	1.53	0.78	1.64	1.08	1.43	0.85

### 3.2.1. Métodos contraceptivos: fontes de informação

Analisando o conhecimento das jovens sobre métodos contraceptivos para evitar a gravidez, verificaram-se diferenças significativas relativamente ao número de métodos contraceptivos conhecidos [ $F_{(3, 302)} = 7.546, p < .001, \omega = .246$ ] e ao número de fontes dessa informação [ $F_{(3, 299)} = 8.657, p < .001, \omega = .265$ ] em função da região de pertença das jovens. Comparações post-hoc, realizadas através do Teste de Tukey, revelaram que as jovens grávidas da região Sul apresentavam conhecimento de um número significativamente menor de métodos contraceptivos quando comparadas com as jovens das regiões Norte, Centro e LVT (Quadro 128). Não foram detetadas diferenças significativas nas demais comparações efetuadas no que respeita ao conhecimento de métodos contraceptivos. Relativamente ao número de fontes de informação, segundo os testes post-hoc realizados, as jovens da região LVT e da região Sul revelaram um número significativamente menor das mesmas quando comparadas com as jovens da região Norte. As jovens da região Sul apresentaram ainda um número significativamente menor de fontes de informação quando comparadas com as jovens da região Centro.

Quadro 128 - Informação sobre contraceção: métodos e fontes - comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)		F	Post-hoc <sup>1</sup>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Número de métodos	2.26	0.82	1.90	0.98	1.96	0.88	1.39	1.104	7.546	Norte>Centro; Norte>LVT; Norte>Sul***; Centro<LVT; Centro>Sul*; LVT> Sul**
Número de fontes	1.66	0.83	1.54	0.92	1.32	0.67	0.98	0.73	8.657	Norte>Centro; Norte>LVT*; Norte>Sul***; Centro>LVT; Centro>Sul**; LVT>Sul

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup>Tukey's Test

ANOVA

### 3.2.2. Utilização de métodos contraceptivos

Quanto à utilização de contraceção, prévia à gravidez, as diferenças entre as jovens das diversas regiões revelaram-se significativas [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 27.140, p < .001$ ]. Como é possível observar no Quadro 129, foram as jovens da região Norte as que revelaram com maior frequência a utilização de contraceção (80.4% vs. 50.0% no Centro, 63.8% em LVT e 43.2% no

Sul). A não utilização de contraceção, por sua vez, revelou-se mais frequente na região Sul (56.8% vs. 19.6% no Norte, 50.0% no Centro e 36.3% em LVT).

**Quadro 129 - Utilização prévia de contraceção: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Utilizava contraceção</b>								
Não	22	19.6	35	50.0	29	36.3	25	56.8
Sim	90	80.4	35	50.0	51	63.8	19	43.2

#### | 4. Variáveis associadas à gestação

##### 4.1. Gravidez atual: idade gestacional

Verificou-se a existência de diferenças significativas na **idade gestacional** em função da região de pertença [ $F_{(3, 299)} = 2.969$ ,  $p = .032$ ,  $\omega = .138$ ], tendo comparações post-hoc revelado idades gestacionais significativamente mais elevadas nas jovens da região LVT do que nas jovens da região Norte, como é possível observar pelo Quadro 130.

**Quadro 130 - Idade gestacional: comparação entre regiões**

	Norte (N = 111)		Centro (N = 68)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)		F	Post-hoc <sup>1</sup>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Idade Gestacional</b>	21.49	9.67	24.24	9.27	25.28	8.49	24.43	10.05	2.969*	Norte<Centro; Norte<LVT*; Norte<Sul; Centro<LVT; Centro<Sul; LVT>Sul;

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup>Tukey's Test

ANOVA

#### 4.2. Gravidez atual: desejo e planeamento

Verificámos igualmente a existência de diferenças significativas entre regiões no que respeita ao **desejo de gravidez** [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 34.024, p < .001$ ], mas não relativamente ao **planeamento** da mesma. Como é possível observar pelo Quadro 131, apenas na região LVT a proporção de jovens que desejaram a sua gravidez (63.8%) é superior às que não a desejaram (36.3%). Nas restantes regiões a maioria das gravidezes não foram desejadas (75.0% no Norte, 70.0% no Centro, 70.5% no Sul). Em todas as regiões as gravidezes destas jovens maioritariamente não foram planeadas. Verificaram-se no entanto diferenças no que se refere à **ponderação de interrupção da gravidez** [ $\chi^2_{(3, N = 305)} = 26.70, p < .001$ ], sendo na região de Lisboa e Vale do Tejo que se verificou uma maior proporção de jovens que ponderaram interromper a sua gravidez (33.8% vs. 12.5% no Norte, 8.7% no Centro e 4.5% no Sul), apesar de a terem prosseguido.

Quadro 131 - Características da gravidez: desejo e planeamento - comparação entre regiões

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gravidez desejada</b>								
Não	84	75.0	49	70.0	29	36.3	31	70.5
Sim	28	25.0	21	30.0	51	63.8	13	29.5
<b>Gravidez planeada<sup>a</sup></b>								
Não	95	84.8	54	78.3	66	82.5	32	72.7
Sim	17	15.2	15	21.7	14	17.5	12	27.3
<b>Ponderou interromper<sup>b</sup></b>								
Não	98	87.5	63	91.3	53	66.3	42	95.5
Sim	14	12.5	6	8.7	27	33.8	2	4.5

<sup>a</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{\text{Centro}} = 69$ ; <sup>b</sup>Verificou-se a existência de missings:  $N_{\text{Centro}} = 69$ ;

#### 4.3. História reprodutiva prévia

Não foram detetadas diferenças entre regiões relativamente à **ocorrência de gravidezes prévias**. Como é possível observar pelo Quadro 132, a maioria das jovens de todas as regiões relatou nunca ter estado grávida previamente (91.1% no Norte, 84.3% no Centro, 83.8% em LVT e 88.6% no Sul). No entanto, verificaram-se diferenças relativamente à **realização prévia de IVG** [ $\chi^2_{(3, N = 306)} = 7.816, p = .050$ ], sendo a região de LVT aquela em que as jovens relataram com maior frequência ter recorrido a este tipo de intervenção (11.3% vs. 2.7% no Norte, 2.9% no Centro e 6.8% no Sul).

**Quadro 132 - Historia prévia de gravidez: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 70)		LVT (N = 80)		Sul (N = 44)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Gravidez(es) prévia(s)</b>								
Não	102	91.1	59	84.3	67	83.8	39	88.6
Sim	10	8.9	11	15.7	13	16.3	5	11.4
<b>IVG prévia</b>								
Não	109	97.3	68	97.1	71	88.8	41	93.2
Sim	3	2.7	2	2.9	9	11.3	3	6.8

#### 4.4. Pós-Parto

Verificou-se ainda a existência de diferenças entre regiões no que respeita à **intenção de usar contraceção após o parto** [ $\chi^2_{(3, N = 301)} = 10.240, p = .017$ ]. Como é possível observar no Quadro 133, foi nas regiões LVT e Centro que se verificou uma maior proporção de jovens que não pretendem usar contraceção/ainda não pensaram nisso (13.0% e 11.8%, respetivamente).

**Quadro 133 - Contraceção no pós-parto: comparação entre regiões**

	Norte (N = 112)		Centro (N = 68)		LVT (N = 77)		Sul (N = 44)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Pretende usar contraceção</b>								
Não/Não pensaram nisso	2	1.8	8	11.8	10	13.0	3	6.8
Sim	110	98.2	60	88.2	67	87.0	41	93.2







## Síntese e Discussão | 6

### 1. Discussão dos Resultados

Ao longo deste trabalho procedemos ao estudo de diversos aspetos sociais, relacionais, educacionais e psicológicos, tentando identificar contextos de influência para a ocorrência de gravidez durante os anos da adolescência, em diversas zonas geográficas de Portugal Continental. Após termos apresentado os resultados obtidos através do estudo empírico, neste capítulo retomamos os objetivos que orientam a presente investigação, discutimos alguns resultados e efetuamos uma reflexão crítica sobre o nosso estudo e as suas implicações.

Relembramos que esta investigação foi delineada atendendo à prevalência atual dos modelos multifatoriais do desenvolvimento, que atribuem importância aos contextos relacionais e sociais de vida, como parte integrante do desenvolvimento e que perspetivam a gravidez adolescente como multideterminada e com resultados desenvolvimentais muito diversos. Assim, de acordo com esta conceção, a discussão dos resultados é apresentada, ultrapassando o foco de análise do meramente individual, para o relacional e contextual, em que se procura esclarecer os múltiplos fatores de risco associados aos contextos individuais, relacionais e sociais das jovens que engravidam.

Salientamos, ainda, que devido à escassez ou inexistência de estudos portugueses em algumas regiões geográficas do país, caracterizadores das grávidas adolescentes, temos por vezes de recorrer ao confronto dos nossos resultados com estudos de amostras de

adolescentes sem história de gravidez e a dados do INE referentes a mulheres adultas ou à população em geral. Neste sentido, embora os dados não sejam diretamente comparáveis com os obtidos na nossa amostra, podem ser, de algum modo, considerados com prudência, como a referência possível quando estudamos os nossos resultados.

Num primeiro momento, começamos por discutir os resultados referentes às características demográficas e individuais, contextos relacionais, sexualidade e percurso reprodutivo obtidos nas diversas zonas do País. Simultaneamente exploram-se os resultados relativos às diferenças existentes entre as jovens com história de gravidez, nas várias regiões. No último ponto, enunciam-se as principais limitações, conclusões e implicações do estudo.

### **1.1. Variáveis sociodemográficas**

A análise dos resultados obtidos revelou que a amostra nacional é constituída por jovens grávidas adolescentes com uma média de idades de 16.31 anos, sendo que a jovem mais nova tem 12 anos e a mais velha 19 anos. Constatamos que 59.7% das adolescentes não frequenta o sistema de ensino durante a gravidez e 51.2% estão numa situação em que não trabalham. Já o GASHG é constituído na sua maioria (97.5%) por jovens que referem ser solteiras, estando apenas oito adolescentes casadas ou a viver em união de fato. Apresentam-se todas inseridas no sistema de ensino. É de notar, ainda, que embora todas as participantes no estudo se encontrem num nível socioeconómico baixo, as adolescentes grávidas diferem significativamente das ASHG por pertencerem quase exclusivamente ao nível baixo (91.2%).

A caracterização regional que efetuámos revelou resultados similares, mostrando que em todas as regiões consideradas, as GA se encontram em maior número que os seus pares sem história de gravidez casadas/unidas de fato e fora do sistema de ensino (quer empregadas, quer desempregadas), revelando ainda pertencerem em maior frequência a minorias étnicas e a níveis socioeconómicos mais baixos.

No que se refere ao nível socioeconómico, encontramos resultados no grupo das grávidas adolescentes que variam entre os 88,6% na Zona Centro e 94,6% na Zona Norte. Esta realidade socioeconómica desfavorecida das adolescentes deste estudo é convergente com a maioria das pesquisas nacionais realizadas no distrito de Lisboa, Porto e Coimbra (*e.g.* Figueiredo et al., 2005; Gaspar & Matos, 2008; Jongenelen, 2003; Pacheco et al., 2003; Pereira, 2001) e internacionais (*e.g.* Boden et al., 2008; Santelli et al., 2000; Singh et al., 2001), que descrevem a associação entre ambientes desfavorecidos económica e socialmente e a gravidez na adolescência. Quando nos debruçamos sobre a **zona de proveniência** destas adolescentes, é de observar que, as jovens grávidas de todas as regiões residem maioritariamente em zonas urbanas (Norte:  $n = 89$ , 79.5%; Centro:  $n = 34$ , 48.6%; LVT:  $n = 79$ , 98.8%; Sul:  $n = 32$ , 72.7%), esta pertença é quase total no que respeita às jovens da Região

LVT. Estes resultados são consistentes com os encontrados em estudos nacionais - como os coordenados por Figueiredo e colaboradores (2006), realizados na zona norte do país e o estudo de Pereira (2001) com grávidas adolescentes da zona de Lisboa e Coimbra - que referem a residência em zonas urbanas desfavorecidas como um fator de risco para o início precoce da vida sexual e para a ocorrência de gravidez na adolescência.

Quanto à **etnia**, podemos constatar que existem diferenças significativas entre os grupos, com a maioria das jovens de ambos a revelarem-se caucasianas, mas com 25.0% das jovens do grupo GA - na zona Sul a revelarem-se pertencentes a minorias étnicas e com 17.1% das jovens do grupo GA - na zona Centro - a pertencerem à etnia cigana.

A investigação empírica internacional tem sugerido que as adolescentes que vivem em zonas urbanas desfavorecidas e que pertencem a determinados grupos étnicos, revelam menor tendência para adiar a conjugalidade (*e.g.* Singh et al., 2001; Szigethy & Ruiz, 2001). A gravidez na adolescência parece constituir o meio mais adequado para as jovens obterem estatuto social e tornarem-se independentes e responsáveis, propiciando que se constituam como ambientes mais permissivos deste fenómeno e aumentando a probabilidade da sua ocorrência. Os mesmos resultados são corroborados por um estudo nacional, efetuado em quatro zonas carenciadas de Lisboa (Gaspar & Matos, 2008), que refere que as jovens descrevem a gravidez como um projeto individual e uma valorização pessoal e social.

Além disso, em determinadas zonas habitacionais existe um maior risco de gravidez precoce, resultado de circunstâncias sociais mais desfavoráveis mas também da existência de determinadas normas da comunidade relativas à atividade sexual e à gravidez (Lourenço, 1998). Estudos recentes indicam que as jovens negras representam o grupo com um início mais precoce da atividade sexual e um número mais elevado de gravidezes e de filhos (*e.g.* Eaton et al., 2006; Gavin et al., 2009; Grunbaum et al., 2004). Também Fonseca e Lucas (2009) sublinham que a sexualidade na comunidade cigana está associada à conjugalidade e a nupcialidade à procriação. Neste grupo social, a iniciação sexual e o início da procriação coincidem no tempo, pelo que a maternidade precoce, para além de ser bem aceite, é mesmo desejada.

Pelo contrário as adolescentes de condições mais favorecidas tendem a apresentar menor probabilidade de gravidez precoce, uma vez que esta poderia interferir com as oportunidades atuais e com os projetos futuros (Namerow et al., 1993; Scarammella et al., 1998).

Observou-se que a maioria das adolescentes grávidas possui um **baixo nível de escolaridade** e maior **índice de reprovações** do que o GASHG. Podemos também constatar que a taxa de adolescentes que já abandonou a escola é muito alta entre as jovens com história de gravidez: valores que oscilam entre os 46,7% na zona LVT e 62,2% na zona Norte. De acordo com dados de 2010 do INE, a taxa de abandono precoce de educação e formação entre as mulheres, oscilou nesse ano entre 22% na zona LVT, 23,4% na zona Norte e 28,1% na zona Centro (INE, 2011). Embora este valor não seja diretamente comparável com os obtidos

na nossa amostra, porque reúne as taxas de abandono de jovens com história e sem história de gravidez, pode ser, usada com cautela, como referência quando consideramos os nossos dados. Além disso, estes resultados são consonantes com várias pesquisas internacionais (e.g. Coleman, 2006; Darroch et al., 2001) e nacionais - efetuadas na zona Norte do país (Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Pacheco et al., 2003) e também na zona centro (Lourenço, 1998; Pires, 2009) e em Lisboa (Jorge et al., 2007; Pereira & Canavarro, 2001) - que apontam para o impacto negativo da gravidez no estatuto escolar da jovem.

Neste estudo observamos que enquanto na sua maioria as jovens GA revelam **habilitações literárias** correspondentes ao 3º ciclo (zona Norte -45,9%; zona Centro - 64,3%; Zona LVT - 69,8%; Zona Sul - 51,9%) as jovens do grupo ASHG revelam habilitações maioritariamente correspondentes ao ensino secundário (zona Norte - 80,4%; zona Centro - 87,1%; Zona LVT - 84,6%; Zona Sul - 89,1%). Reportando-nos exclusivamente ao grupo das grávidas adolescentes, constatamos a existência de diferenças significativas no que respeita às habilitações literárias das jovens em função da região de pertença. As jovens grávidas da Região Sul possuem habilitações literárias significativamente mais baixas do que as jovens das Regiões Norte e do que as jovens da Região LVT, apresentando uma média de último ano frequentado inferior. A este propósito, constatamos que também, de acordo com dados do INE, são as jovens da zona do Algarve aquelas que apresentam maior taxa de desistência no final do 2.º ciclo de estudos (11%), seguindo-se a zona de LVT (10,7%) (INE, 2011).

A escolaridade é muitas vezes contaminada pelo contexto socioeconómico (Canavarro & Pereira, 2001), o que nos sugere que NSE mais baixos sejam possivelmente potenciadores de menores aspirações académicas - nomeadamente, pela menor valorização da escola e maior reconhecimento do valor do trabalho remunerado (ainda que não qualificado). Alguns estudos destacam que a maioria das grávidas adolescentes apresentam baixas aspirações académicas e percecionam como escassas as oportunidades profissionais (Figueiredo et al., 2006; Pacheco et al., 2003; Pereira, 2001), além disso, as famílias com estatuto socioeconómico baixo valorizam pouco a escola e pressionam os filhos para a entrada precoce no mundo do trabalho. Como pudemos constatar pelos nossos resultados, muitas das jovens tinham já **abandonado a escola** previamente à gravidez (zona Norte - 51,4%; zona Centro - 37,3%; Zona LVT - 28%; Zona Sul - 42,9%) e as aspirações académicas reveladas foram também mais baixas comparativamente com as referidas pelas jovens sem história de gravidez. As razões mais relatadas divergem pelas diferentes zonas do País, contudo, a desmotivação e falta de interesse<sup>69</sup> são as mais invocadas por todas as jovens grávidas da amostra.

Este abandono do sistema de ensino, vem reforçar a ideia de que a vivência em ambientes sociais e economicamente mais desfavorecidos possam dotar uma gravidez na adolescência de baixos custos para estas jovens. Muitas adolescentes atribuem baixos custos a uma gravidez precoce, devido à ausência de projetos de vida académicos, à percepção de

---

<sup>69</sup> Devemos ter em conta que estas aspirações foram reveladas pelas jovens já com conhecimento do seu futuro papel de mães, o que pode atuar como processo de deseabilidade social e ter maximizado as diferenças o que requer cuidado na generalização das conclusões.

escassas oportunidades profissionais, à ausência de modelos sociais bem sucedidos, mas também porque a parentalidade adolescente parece ser o projeto de vida e de valorização de muitas jovens quando outras oportunidades de vida falharam (nomeadamente académicas e profissionais) ou são percebidas como pouco previsíveis (Araújo-Pedrosa et al., 2011; Grant et al., 2002; Jongenelen, 2003; Pereira, 2001; Singh et al., 2001).

Por outro lado, estudos nacionais e internacionais têm destacado que os adolescentes que não prosseguem a escola apresentam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, tais como atividade sexual precoce. Estes estudos concluem que os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais se caracterizam por apresentar uma fraca ligação à escola, dado que afirmam mais frequentemente que faltam às aulas e que o seu aproveitamento se situa abaixo da média (e.g. MacKay & Duran, 2007; Matos & Carvalhosa, 2001). Na nossa amostra e analisando o sucesso académico, verificamos diferenças entre os grupos ao nível da **ocorrência de reprovações**, com as jovens do grupo GA a revelarem um número superior de reprovações, comparativamente com as jovens do grupo ASHG. Considerando apenas as jovens com reprovações, verificam-se diferenças entre os grupos quanto ao número das mesmas; as jovens do grupo GA com história de reprovações demonstram ter reprovado mais vezes do que os seus pares sem história de gravidez.

Além disso, o abandono escolar tende a aumentar o envolvimento com outros adolescentes com a mesma falta de laços em relação à escola e, muitas vezes, este fato é relacionado com um envolvimento em comportamentos de risco (Miller et al., 2005). Referir ainda que, os menores níveis de escolarização podem contribuir para acentuar algumas características psicológicas que parecem também favorecer o risco para uma vivência precoce da gravidez. Características como a impulsividade, a predominância do pensamento concreto, a dificuldade de abstração para antecipação das consequências a longo prazo, contribuem para o aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente (Figueiredo, 2000, 2001; Fergus et al, 2007).

Assim, estes resultados vão ao encontro de outros estudos que mostram que a escola não constitui um polo de atratividade para a maioria das jovens grávidas, ao contrário das ASHG, como podemos concluir quando questionamos as jovens acerca dos **projetos de vida** em termos escolares. No geral, os projetos escolares das GA e das ASHG são bastante definidos, com as adolescentes sem história de gravidez a mencionar que pretendem frequentar e concluir o ensino superior, em oposição às GA, que em todas as zonas pretendem maioritariamente estudar apenas até ao 12.º ano ou tirar um curso profissional. Assim, as jovens grávidas apresentam grande desinteresse e desmotivação em relação à escola e em prosseguir os estudos, evidenciando uma taxa elevada de abandono escolar. Um motivo que pode potencializar este aspeto poderá estar relacionado com algumas características relacionais, uma vez que as baixas habilitações escolares exibidas, no geral, pelos pais e, sobretudo, pelas mães do GA proporcionam modelos de insucesso escolar e de abandono precoce da escolaridade que influenciam o percurso académico das filhas, contribuindo para perpetuar a valorização de papéis mais tradicionais (e.g. estar em casa a tratar dos filhos) em

detrimento de outros projetos profissionais e académicos. Além disso, os companheiros das adolescentes caracterizam-se por terem habilitações escolares baixas, maioritariamente ao nível da escolaridade obrigatória ou inferiores e muitos deles não frequentam o sistema de ensino. Estes resultados distinguem-se significativamente do grupo das ASHG, já que os namorados possuem habilitações literárias mais elevadas e na sua maioria frequentam ainda o sistema de ensino, ao contrário do que acontece com os namorados das jovens grávidas. Esta realidade escolar dos companheiros foi, também, descrita noutros estudos empíricos realizados nas zonas norte, centro e Lisboa (Jongenelen, 2003; Pires, 2009; Pacheco et al., 2003; Figueiredo et al., 2006; Pereira, 2001).

Os resultados obtidos neste estudo, em todas as zonas do país, revelam que ter namorados que se encontram fora do sistema de ensino, constitui um preditor importante para a ocorrência de uma gravidez precoce. Este aspeto reforça a perspetiva de Matos e Carvalhosa (2001) que referem que o afastamento da escola favorece o envolvimento das jovens com outros adolescentes com baixos interesses em relação à escola e, muitas vezes, este fato foi relacionado com um maior envolvimento em comportamentos de risco.

Possuir baixas habilitações literárias revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da atividade sexual, na região Centro e um preditor de ocorrência de gravidez na região Norte, em LVT e na região Sul. No mesmo sentido, ter um maior número de reprovações constitui um preditor significativo para o início da vida sexual na região Sul. Estes resultados são convergentes com os referidos por Coleman (2006) e Scaramella e colaboradores (1998), entre outros, que demonstram que as jovens com baixo aproveitamento académico e fraca integração no sistema escolar tendem a apresentar maior probabilidade de gravidez precoce. Pelo contrário, as adolescentes com altas expectativas e interesses em relação à escola tendem a apresentar menor risco de ocorrência de uma gravidez indesejada, pois as responsabilidades inerentes a ter um filho na adolescência poderiam alterar ou dificultar a concretização dos projetos académicos e interferir com as oportunidades atuais e com os projetos futuros (Darroch et al., 2001).

Não podemos descurar que das 170 jovens que abandonaram os estudos, cerca de 49 referem a gravidez como o principal motivo para deixarem de estudar, o que parece estar de acordo com a visão apresentada por alguns estudos recentemente efetuados em Portugal (Araújo-Pedrosa, 2009; Pires, 2009) sobre o impacto negativo da gravidez no estatuto escolar das adolescentes. Uma gravidez precoce parece dificultar a conciliação entre a prestação de cuidados ao filho e o percurso académico. Este contexto pode contribuir para uma aceitabilidade dos papéis femininos de esposa e mãe, devido às menores expectativas de realização académica, profissional e pessoal que potencia. Além disso, as responsabilidades e os custos financeiros inerentes ao nascimento de um bebé são exigentes, contribuindo para acentuar as carências económicas prévias e impulsionar uma integração precoce no mercado do trabalho em detrimento da continuidade dos estudos.

Neste sentido, alguns autores salientam a importância de suporte social e financeiro dos membros familiares, do grupo de amigos e do pai da criança, na adaptação à maternidade. As mães adolescentes que possuem este apoio apresentam maior propensão para prosseguir os seus estudos académicos e/ou percurso profissional (e.g. Kissman, 1990; Logsdon et al., 2005; Pereira, 2001). Estas afirmações são consistentes com os resultados apresentados por Figueiredo et al., 2006 que mencionam que os dados que obtiveram, num estudo efetuado na zona Norte, à semelhança do que foi encontrado em outros estudos nacionais (Soares et al., 2001), confirmam a relevância do apoio e da aceitação por parte da família de origem da jovem e do companheiro na adaptação da adolescente à gravidez.

Importa, ainda, salientar que na zona Centro e Sul do País, onde várias GA pertencem à etnia cigana e a minorias étnicas (negra/africana), a segunda razão mais invocada para o abandono escolar ligava-se a motivos relacionados com início de namoro ou casamento ou ainda por imposição do namorado para que não continuasse os estudos. Este motivo pode remeter para aspetos culturais, atitudes e valores próprios de um grupo étnico que devem ser levados em consideração. Neste sentido, consideramos que mais pesquisas seriam necessárias para analisar a gravidez na adolescência, nestes grupos específicos.

Os nossos resultados são também convergentes com a descrição patente, em geral na literatura, sobre a problemática que refere o **estatuto profissional** das grávidas adolescentes como baixo e pouco diferenciado (e.g. Araújo-Pedrosa, 2009; Jongenelen, 2003; Lourenço, 1998; Pires, 2009). Neste estudo, a maioria das grávidas adolescentes não trabalha e as que o fazem desempenham atividades precárias como trabalhar nas limpezas, na restauração ou como feirantes e em termos de escolaridade, raramente têm a escolaridade obrigatória (o mais comum é terem desistido no 6.º ano ou 7.º ano). Estes resultados são semelhantes aos obtidos nos estudos efetuados na zona norte do país - Figueiredo e colaboradores (2006) e Pacheco e colaboradores (2003) - que permitiram concluir que a maioria das adolescentes grávidas está desocupada, não estando nem a trabalhar nem a estudar. Quando empregadas têm geralmente profissões do tipo manual, sendo menos frequente na amostra as profissões não manuais. Os mesmos resultados foram obtidos num estudo recente efetuado na zona centro do país (Pires, 2009).

Este aspeto condiciona ainda mais a integração consistente da jovem no mercado de trabalho, conduzindo ao aumento das desigualdades sociais e económicas e potencializando o círculo vicioso da pobreza.

Em suma, os resultados que obtivemos são convergentes com os estudos efetuados nas últimas décadas que referem a desvantagem socioeconómica, baixo nível educacional da adolescente e dos pais, bem como a exclusão do sistema de ensino, entre outras desvantagens socioculturais (e.g. Boden et al., 2008; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2005; Imamura et al., 2007; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005; Santelli et al., 2000) como importantes aspetos a considerar na ocorrência da gravidez na adolescência.

Observa-se, também, que as GA e GASHG se distinguem quanto à **média de idades** - nas zonas Norte e LVT - mas não se distinguem quanto à **média de idades**, nas zonas Centro e Sul; no entanto, as análises de regressão logística realizadas nesta amostra revelam que as adolescentes mais velhas, na zona norte, apresentam maior probabilidade para antecipar o início da vida sexual, resultados convergentes com os encontrados por Kirby (2001). Contudo, na zona LVT, as análises de regressão logística realizadas revelam que ser uma adolescente mais nova, torna mais provável a ocorrência de gravidez, resultados que estão de acordo com os encontrados por Bekaert (2005); Petersen e Hyde (2010) e Raffaelli e Crockett (2003). Estes resultados são ainda consistentes com os obtidos na amostra de jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), que refere que são os jovens da zona do Alentejo e de Lisboa que mais frequentemente referem a idade de 12-13 anos como a idade da primeira relação sexual (Matos et al., 2008a). Embora este valor não seja diretamente comparável com os obtidos na nossa amostra, até porque aglutina as percentagens dos jovens em ambos os sexos, não separando rapazes de raparigas, pode ser, de algum modo, utilizado prudentemente como referência quando consideramos os nossos dados.

Os nossos resultados revelam, diferenças significativas entre os grupos, quanto ao **estado civil** e tipo de **conjugalidade**. As adolescentes grávidas encontram-se mais frequentemente casadas ou vivem em união de fato, diferindo significativamente das ASHG (zona Norte -95,8%; zona Centro - 98,6%; Zona LVT - 97,6%; Zona Sul - 100%). Constatamos ainda que contrariamente às GA as jovens do grupo ASHG revelam viver mais frequentemente com o seu agregado intato, ou com um agregado não intato. Neste grupo são menos frequentes as situações de co-habitação com outros agregados, sem os pais, ou com o companheiro, com ou sem nenhuma das famílias de origem.

Os nossos resultados e comparativamente a outros estudos realizados em Portugal (Araújo-Pedrosa, 2009; Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Pereira et al., 2005), concluem que a resolução de uma gravidez não planeada e desejada parece passar frequentemente pela conjugalidade que não estava prevista e leva a adolescente e o companheiro a funcionarem como casal. Estes dados são também consistentes com os encontrados por Pacheco e colaboradores (2003), que concluem que a ocorrência de gravidez constitui uma “mudança significativa no estado civil das adolescentes no decorrer da gravidez” (p. 230). Como podemos observar, nas zonas Norte, Centro e Sul do País, as adolescentes encontram-se no momento atual, a viver com **agregados** que incluem maioritariamente o namorado ou com este e uma das suas famílias de origem. A Região Sul é aquela em que se verifica uma mais frequente inclusão do casal adolescente numa das famílias de origem.

Um fator que pode estar a contribuir para que a adolescente continue a residir com as famílias de origem, está relacionado com o fato da quase totalidade destas jovens pertencer ao nível socioeconómico desfavorecido. Além disso, a co-habitação com o namorado parece, também, refletir a importância atribuída a valores tradicionais associados às instituições

familiares e religiosas, mais característicos dos países da Europa do Sul, onde a maternidade adolescente tem maior dificuldade de aceitação social (Contreras, 2004).

A composição mais frequente do **agregado familiar**, na zona de LVT, passa por viver com um agregado não intato ao qual se segue o intato. Este aspeto pode reforçar, a ideia de que o contexto comunitário e cultural é determinante na aceitação da gravidez na adolescência. Constatamos que a maioria das GA são provenientes de zonas habitacionais onde existe um maior risco de gravidez precoce, resultado de circunstâncias sociais mais desfavoráveis mas também por a gravidez precoce constituir um fenómeno esperado e alvo de valorização, em consequência da existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência (Malta et al., 2007). Esta intergeracionalidade parece ir ao encontro do descrito numa investigação efetuada na zona de Lisboa, ao concluir que “a avó se torna responsável pela criança, passando a desempenhar as funções parentais e que esta substituição também ocorreu com a mãe da adolescente, ou seja, também a adolescente foi criada pela avó, havendo assim uma repetição” (Jorge et al., 2007, p.187).

Seria, contudo, necessário incluir outras fontes de informação, para além das adolescentes para compreender se a alteração do estado civil ou tipo de conjugalidade foi a causa ou a consequência da gravidez na adolescência. Especificamente, compreender se a vontade de viver com o namorado determinou a decisão de engravidar ou se foi a ocorrência da gravidez que precipitou a conjugalidade (Araújo-Pedrosa, 2009).

O menor envolvimento com a **religião** revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da atividade sexual, na região Norte e LVT e constitui um preditor de ocorrência de gravidez na região centro.

Saliente-se que os nossos resultados, são convergentes à maioria das pesquisas que referem que as jovens que têm forte afiliação com instituições religiosas apresentam menor probabilidade de iniciar precocemente a sua vida sexual e mesmo de terem relações sexuais fora do enquadramento marital (Kirby, 2001; Vilar & Ferreira, 2009; Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), o que diminui a possibilidade de ocorrência de gravidez nessa fase de vida. As adolescentes do grupo GA da zona Norte, Centro e Sul do país, referem um grau de envolvimento menor e revelam-se menos seguidoras da religião comparativamente com as jovens que o fizeram no grupo ASHG. A este propósito, podemos tomar como referência os dados do INE de 2010, que referem ser a zona Norte do país que apresenta a taxa mais elevada de nupcialidade, em jovens com idades compreendidas entre os 17-19 anos, embora, tal como no resto do território, se assista a uma redução do número de casamentos católicos e o ligeiro aumento do número de casamentos civis (INE, 2011).

Por outro lado, verifica-se igualmente uma associação significativa com a região de pertença das jovens, com 83.3% das adolescentes grávidas da Região Sul que eram seguidoras de uma religião a declararem-se praticantes, comparativamente com apenas 27.3%, 30.2% e 40.0% das jovens que o fizeram nas Regiões Norte, Centro e LVT, respetivamente. Estes

resultados reforçam a importância atribuída a valores tradicionais associados às instituições familiares e religiosas, como já referimos.

## 1.2. Variáveis Relacionais

Num capítulo anterior referimos que a maioria das investigações, durante muito tempo, centravam-se principalmente nas características das famílias das grávidas adolescentes. No entanto, a constatação de que a gravidez na adolescência não ocorre isoladamente dos contextos familiar e social onde a adolescente está inserida, leva à apresentação de algumas características relacionadas com os fatores familiares e contextos relacionais.

Verificamos que a maioria das jovens deste estudo é proveniente de **família nuclear** intacta, contudo as jovens do grupo GA revelaram ter pertencido de forma mais frequente que os seus pares sem história de gravidez a agregados não intatos ou outros que não incluíssem os seus pais - família alargada ou instituição - corroborando os resultados obtidos em várias pesquisas acerca da temática, que afirmam que as famílias monoparentais são um contexto propício para a ocorrência de gravidez precoce (Carvalho & Canavarro, 2010; Pereira, 2001; Simões & Matos, 2008). Dentro do grupo das GA, a Região LVT, apesar da igual predominância do agregado intato na infância (50.0%), os agregados não intatos e outros (sem os pais) revelam-se mais frequentes do que nas restantes regiões do país. A constituição do agregado familiar (infância e atual) converge com o estado civil dos progenitores, com as adolescentes grávidas da Região LVT a distinguirem-se, novamente, das jovens das restantes regiões ao relatarem com maior frequência que os seus pais se encontram separados/divorciados e viúvos, enquanto nas outras regiões em estudo, a situação mais frequente é a de casamento/união de fato. Estas conclusões coincidem com os dados de 2010 do INE, que referem a zona de Lisboa como aquela com a taxa mais elevada de divórcios em Portugal continental (INE, 2011).

Estes resultados vão ao encontro dos trabalhos que referem que os pais solteiros ou divorciados apresentam geralmente atitudes mais permissivas face à sexualidade (Thornton & Camburn, citado em Pearson et al., 2006). Viver numa família nuclear intacta parece constituir um fator de proteção para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Ao contrário do encontrado em alguns estudos (e.g. Araújo-Pedrosa, 2009) as jovens com história de gravidez - com exceção para a zona Norte do País - não pertencem a **agregados familiares** mais numerosos do que as adolescentes sem história de gravidez. Diferem, no entanto, relativamente ao **número de irmãos**, com as jovens do grupo GA a pertencerem a fratrias mais numerosas, do que as adolescentes do grupo ASHG. Neste estudo, na zona Norte, possuir um maior número de irmãos constitui um preditor importante para o início mais precoce da vida sexual e para a ocorrência de uma gravidez na adolescência.

Verificamos, ainda, que os progenitores das GA se distinguem por, no geral, apresentarem habilitações literárias baixas e por incluírem, em maior número, mães - na zona Centro e LVT - que se enquadram na população inativa. Verifica-se, ainda, que os progenitores das jovens do grupo GA - zonas Norte e Sul - usufruem com maior frequência de rendimentos sociais (RSI e outros) do que os das jovens sem história de gravidez.

Estas conclusões vão de encontro ao referido por outros autores sobre a maior aceitabilidade da gravidez nesta fase do ciclo de vida nas famílias com estatuto socioeconómico baixo e com baixas habilitações literárias, onde não se privilegia tanto o acesso das mulheres à educação. Além disso, o fato das mães de várias jovens grávidas pertencerem à população inativa e viverem num contexto sociocultural e económico desfavorecido, onde existe maior valorização de papéis femininos mais tradicionais, faz com que a gravidez adolescente não seja perspectivada tão negativamente, sendo aceite com maior naturalidade e contribuindo para perpetuar esta tendência cultural.

Por outro lado, estas jovens adolescentes é frequente já terem responsabilidade de adultas no seu seio familiar, uma vez que a pertença a um agregado com vários irmãos, proporciona solicitações frequentes para ajudarem a cuidar dos seus irmãos e colaborarem nas tarefas domésticas (Araújo-Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001). Consequentemente, a adolescente vai ter de lidar com tarefas e assumir responsabilidades de adulta precocemente, passando a valorizar o desempenho de papéis não normativos na adolescência. Além disso, a pertença a uma fratria com vários irmãos exige que a atenção, apoio e carinho tenha de ser partilhado entre todos os elementos, o que contribui para a perceção de menor apoio percebido e níveis mais baixos de supervisão por parte dos pais, constituindo fatores de risco para a ocorrência de uma gravidez precoce (Dias et al., 2007; Donenberg et al., 2006; Goldstein et al., 2005; Miller, 2002).

Outro motivo assume que a probabilidade de ocorrência de uma gravidez adolescente tende a aumentar perante a existência de irmãs ou irmãos mais velhos, que possam já ter iniciado a vida sexual, o que pode contribuir para um início mais precoce da vida sexual. Estes resultados são coerentes com a perspectiva da maior suscetibilidade à influência de modelos que sejam significativos e com os quais interagimos com maior frequência (Bandura, 1975, 1989).

As adolescentes grávidas da nossa amostra revelam, com uma frequência significativamente maior do que o grupo ASHG, ter familiares com história de gravidez na adolescência. Estes resultados convergem com os estudos nacionais realizados nas zonas norte, centro e Lisboa (Figueiredo et al., 2006; Jorge et al., 2007; Pacheco et al., 2003; Pereira, 2001; Pires, 2009) que sugerem a existência de **padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência**. De acordo com a literatura, a história familiar de gravidez na adolescência, sobretudo por parte da mãe e das irmãs (Bonell et al., 2006; Carvalho & Canavarro, 2010; East & Kiernan, 2001; East & Jacobson, 2001; East et al., 2007; Pereira et al., 2005), é possivelmente mantida pelos ambientes sociais e contextos socioeconómicos onde ocorrem (Justo, 2000; Pires, 2009). Especificamente, muitas destas

jovens recebem aprovação e apoio da mãe, porque muitas delas também foram grávidas adolescentes, tornando a maternidade precoce, um fenómeno normal nos contextos sociais em que vivem.

Além disso, o papel materno parece ser o papel social mais importante a ser desempenhado nestes contextos socioeconómicos (Frizzo et al., 2005). Esta relação pode ser entendida à luz da perspectiva da teoria da aprendizagem social, que postula o mecanismo de modelação de comportamentos e a maior suscetibilidade à influência de modelos que sejam significativos (Bandura, 1975, 1989). Os modelos de identificação influenciam o desenvolvimento de valores e normas de conduta e estas jovens são influenciadas pelos valores e normas implícitas veiculadas no discurso e ação parentais, nomeadamente relacionados com a atividade sexual e com a gravidez na adolescência (Mendonça et al., 2007).

A existência de padrões intergeracionais nos processos de gravidez na adolescência revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da atividade sexual, na região de LVT.

Estas constatações são coerentes com outros estudos (Resnick et al., 1997; Sieving et al., 2000; Sieverding et al., 2005) que estabelecem uma associação entre as perceções dos filhos de aprovação de relacionamento sexual precoce ou pré-marital por parte dos progenitores e o início precoce da vida sexual.

Verificamos, ainda, que os grupos revelam diferenças significativas ao nível da **idade dos progenitores** nas zonas Norte e Sul. Assim, as adolescentes do grupo GA afirmam ter progenitores mais novos do que as jovens do grupo ASHG. Contudo, nas zonas Centro e LVT, os grupos revelam diferenças significativas apenas ao nível da idade da mãe, não se verificando diferenças relativamente à idade do pai, com as jovens do grupo GA apresentarem mães significativamente mais novas do que os seus pares sem história de gravidez.

A idade mais jovem das mães revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da atividade sexual, na região Norte e um preditor de ocorrência de gravidez na região LVT. Estes resultados podem ser entendidos como uma conjugação de características sociodemográficas desfavoráveis e da existência de padrões intergeracionais de gravidez na adolescência que, no seu conjunto, parecem funcionar como fatores de risco ao contribuir para aumentar a probabilidade de ocorrência de uma gravidez adolescente. Falamos da maior proveniência de meios urbanos e de NSE mais baixos, estimuladores dos tradicionais papéis de esposa e de mãe em detrimento de outros projetos profissionais e académicos. A menor participação das mães do grupo GA na vida laboral, social e a baixa escolarização possivelmente contribui para a antecipação da conjugalidade e consequentemente, para a entrada na parentalidade. Este aspeto juntamente com o fato de muitas destas mães terem também sido grávidas adolescentes, pode contribuir para as adolescentes do grupo GA revelarem ter progenitores mais novos, nomeadamente as mães, do que as jovens do grupo ASHG.

A **supervisão/monitorização dos pais** em relação aos comportamentos dos filhos é considerado um fator determinante para um menor envolvimento dos adolescentes em comportamentos sexuais (Sieverding et al., 2005). Os nossos resultados neste campo são convergentes, na sua maioria, com os encontrados nos estudos nacionais efetuados nas várias regiões do país e que sugerem uma influência das dinâmicas familiares no grau de vulnerabilidade para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Lourenço, 1998; Pereira et al., 2005; Pires, 2009). Os dados revelam diferenças nas dimensões *Suporte Emocional* (pai e mãe), com as adolescentes do grupo GA a perceberem menores práticas educativas características desta dimensão do que os seus pares sem história de gravidez, nas zonas Norte, Centro e LVT. Além disso, obtivemos diferenças na dimensão *Rejeição*, com as adolescentes do grupo GA a perceberem menores práticas educativas características desta dimensão, para a mãe, nas zonas Norte e Sul.

Estes resultados revelam por um lado, uma menor perceção de comportamentos parentais de ajuda, encorajamento, aprovação, expressão verbal e física de amor e carinho por parte dos pais nas adolescentes do grupo GA, o que sugere uma fraca ligação afetiva entre os membros da família (Canavarro & Pereira, 2001; Goldstein et al., 2005; Roche et al., 2008; Scabini et al., 2006), bem como uma menor perceção de apoio percebido nas práticas educativas da mesma (Figueiredo, 2001). Por outro lado, a **perceção de práticas educativas maternas** pautadas por comportamentos de rejeição (nomeadamente, criticismo e escassas manifestações de aprovação e afeto) constituem fatores de risco para a ocorrência de uma gravidez precoce.

Estes resultados são corroborados por estudos que têm mostrado a importância das práticas parentais ajustadas (supervisão e monitorização adequada), de uma forte ligação afetiva e de uma boa comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos, na prevenção ou redução dos comportamentos de risco.

As experiências de proximidade afetiva/emocional por parte dos pais pode constituir um fator de proteção para a gravidez na adolescência, pois como vimos, a maior parte destas adolescentes pertencem a famílias com estatuto socioeconómico baixo onde os progenitores tendem a descurar frequentemente as funções educativas, possivelmente por estarem mais concentrados num esforço constante para sobreviverem (Araújo-Pedrosa, 2009). Esta ausência dos pais pode ser o resultado de circunstâncias inevitáveis para manter a sobrevivência da família (por exemplo, a emigração devido a dificuldades económicas ou horas de trabalho pouco habituais) que exige deixar os adolescentes sozinhos. Sem supervisão/monitorização parental estes jovens estão mais expostos à influência e impacto das normas do grupo de pares (Goicolea et al., 2009; Wills & Cleary, 1996) e conseqüentemente a uma maior propensão para se envolverem em comportamentos sexuais de risco.

Além disso, as experiências de menor suporte emocional, contribuem para que estas jovens apresentem menores competências pessoais, níveis motivacionais mais baixos e falta de modelos sociais bem sucedidos (Singh et al., 2001), tornando-as mais vulneráveis à ocorrência de uma gravidez adolescente.

Por outro lado, a percepção de menor proximidade afetiva/emocional por parte da família pode conduzir a que as jovens procurem outras fontes de segurança afetiva, nomeadamente nas relações românticas. A gravidez na adolescência pode, assim, ser vista como busca de amor e ternura de que estas jovens estão carentes (Lourenço, 1998).

O apoio dos pais pode ainda ter um efeito protetor sob outros fatores de risco como a propensão para se envolverem em comportamentos desviantes, a diminuição do impacto das normas do grupo de pares e na prevenção do abandono escolar precoce (Roche et al., 2008; Wills & Cleary, 1996).

Importa ainda referir que a percepção por parte dos adolescentes de apoio e suporte dos pais e a existência de uma relação familiar próxima, contribui para que os adolescentes conversem mais frequentemente com os pais sobre sexualidade, contribuindo para que façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual. Uma boa *comunicação pais-filhos* tem sido associada com o início da atividade sexual mais tardia dos jovens (Blake et al., 2001).

Os resultados relativos aos **companheiros/pais dos bebés** indicam-nos que estes, em geral, são mais velhos que as adolescentes situando-se em média na faixa etária dos 19-21 anos (Norte: M = 20.63; Centro: M = 20.63; LVT: M = 19.54; Sul: M = 21.34). Como referimos anteriormente, os companheiros das adolescentes caracterizam-se por terem habilitações escolares baixas, maioritariamente ao nível da escolaridade obrigatória ou inferiores e muitos deles não frequentam o sistema de ensino. Esta realidade escolar e profissional foi, também descrita noutros estudos nacionais realizados (e.g. Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003; Pereira, 2001). Uma investigação efetuado na zona norte por Figueiredo e colaboradores (2005) que teve por objetivo caracterizar as circunstâncias em que decorre a gravidez na adolescência e na idade adulta, concluiu que quando nos reportamos aos companheiros desempregados verificamos que pertencem quase todos ao grupo das grávidas adolescentes e raramente ao grupo das grávidas adultas

A diferença de idades entre os parceiros é, de forma geral, sistematicamente referido na literatura sobre a temática como constituindo um importante preditor de atividade sexual precoce (Darroch et al., 1999; Kaestle et al., 2002; Miller et al., 1997).

Esta maior vulnerabilidade pode ser compreendida, por um lado pela dificuldade das jovens em discutir e negociar o uso do preservativo com companheiros mais velhos e pela confiança que depositam no parceiro, que por ter mais idade e ser mais experiente, esperam que assuma a responsabilidade pelas consequências inerentes à atividade sexual (Miller et al., 1997). Por outro lado, os parceiros mais velhos podem iniciar um relacionamento romântico com expectativas diferentes, comparativamente aos jovens mais novos, nomeadamente ao nível de um maior envolvimento sexual (Kaestle et al., 2002).

A gravidez surge, habitualmente, no contexto de uma relação exclusiva com alguma estabilidade, isto é, com uma **duração** razoável e superior às jovens ASHG. Os nossos resultados sugerem que as relações amorosas estabelecidas pelas adolescentes grávidas são relativamente duradouras: para as jovens da zona sul têm uma média de duração de 12

meses; na zona Norte 16 meses; na zona Centro 20 meses e na zona LVT, ocorre no seio de uma relação com uma duração média de cerca de 21 meses. Neste sentido, os nossos resultados corroboram os dados nacionais obtidos por Pereira e colaboradores (2005) e Araújo-Pedrosa (2009). No entanto, contrariam as pesquisas internacionais que defendem que, quanto mais esporádico o relacionamento sexual, mais elevado é o risco de uma gravidez indesejada (Ford et al., 2001).

### 1.3. Estilo de vida, história médica e reprodutiva

Das variáveis relativas à sexualidade das adolescentes, verificamos que os grupos diferem significativamente quanto ao **início da vida sexual** e à **idade em que este ocorreu**. As jovens do grupo GA apresentam idades mais precoces de iniciação sexual (Norte:  $M = 14.79$ ; Centro:  $M = 14.49$ ; LVT:  $M = 14.77$ ; Sul:  $M = 14.61$ ) do que os seus pares sem história de gravidez que tinham já iniciado a sua vida sexual (Norte:  $M = 15.90$ ; Centro:  $M = 15.72$ ; LVT:  $M = 15.44$ ; Sul:  $M = 15.52$ ).

A idade mais precoce de iniciação sexual revela-se, neste estudo, um dos preditores de ocorrência de gravidez na região Centro. Estes resultados são convergentes com a maioria da investigação com grávidas adolescentes, que referem que existe uma idade cada vez mais precoce para as primeiras experiências sexuais e que quanto mais cedo as adolescentes iniciarem a vida sexual, mais vulneráveis estão às suas consequências negativas, como a gravidez indesejada (Bekaert, 2005; Gavin et al., 2009; Raffaelli & Crockett, 2003). Estas constatações corroboram os últimos resultados obtidos pelo estudo HBSC/OMS que indicam que a grande maioria dos adolescentes que iniciou a vida sexual (81,8%) teve a primeira relação aos 14 anos ou mais (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011).

Observa-se, também, à semelhança do verificado em outros estudos, que a maioria das adolescentes refere ter conhecimento acerca de métodos contraceptivos (Araújo-Pedrosa, 2009; Jongenelen, 2003; Pereira, 2001), embora nas zonas Centro e Sul, se verifiquem diferenças quanto ao **número de métodos contraceptivos conhecidos** para evitar a gravidez, com as jovens do grupo GA a referirem um menor número dos mesmos. Estes dados são consonantes com os obtidos em alguns estudos efetuados na zona centro e Lisboa (Lourenço, 1998; Pereira, 2001). As jovens grávidas da Região Sul apresentam conhecimento de um número significativamente menor de métodos contraceptivos quando comparadas com as jovens das Regiões Norte, Centro e LVT.

Consequentemente e analisando a utilização de contraceção, prévia à gravidez, verificam-se diferenças significativas em função da região de pertença. São as jovens da região Norte as que revelam com maior frequência a utilização de contraceção (80.4% vs. 50.0% no Centro, 63.8% em LVT e 43.2% no Sul). A não utilização de contraceção, por sua vez, revela-se mais frequente na Região Sul (56.8% vs. 19.6% no Norte, 50.0% no Centro e 36.3% em LVT). Estes resultados são divergentes, em alguns aspetos, dos obtidos na amostra de

jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), que refere que são os jovens da zona de LVT e da zona Centro (79.1% Norte, 80.9% no Alentejo, 81.6% no Algarve e 84.4% em LVT e 86.0% na zona Centro), que mais frequentemente referem a utilização de métodos contraceptivos na última relação (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2012). Relembramos que embora este valor não seja diretamente comparável com os obtidos na nossa amostra, até porque aglutina as percentagens dos jovens em ambos os sexos, não separando rapazes de raparigas, pode ser, de algum modo, tomado prudentemente como referência quando consideramos os nossos dados, que dele divergem.

Constatamos, ainda, que apesar da maioria das adolescentes referirem ter recebido informação sobre métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro existe uma grande discrepância entre conhecimento e comportamento na utilização de métodos anticoncepcionais. Neste estudo, constatamos diferenças entre os grupos ao nível da **utilização de contraceção** para evitar uma gravidez, com as jovens do grupo GA a revelarem em maior número não usar contraceção antes de engravidarem. Como principais **razões para a não utilização de contraceção**, entre as jovens do grupo GA apontam o fato de não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis seguida do desejo de engravidar.

Estes aspetos refletem o que refere a literatura sobre os padrões de utilização de contraceptivos na adolescência e que defende que apesar de se constatar uma tendência para o aumento da utilização do preservativo entre os jovens, a contraceção continua a não ser considerada como um tema prioritário no início da vida sexual ativa (Gavin et al., 2009; Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2011; Santelli et al., 2006a). Alguns fatores podem contribuir para este aspeto, nomeadamente, características como a impulsividade, a dificuldade de abstração para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais. Estes fatores não favorecem o planeamento do relacionamento sexual, nem o uso de métodos contraceptivos contribuindo para o aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente (Figueiredo, 2000, 2001).

Atendendo às razões referidas, é essencial que as jovens disponham de acesso a informações precisas sobre as diversas formas de contraceção, para poderem consciente e informadamente escolher o método mais aconselhável e deixarem de referir que não gostam de nenhum dos métodos disponíveis. O desejo de engravidar também referido, por muitas destas jovens, parece confirmar que para as adolescentes provenientes de condições socioeconómicas desfavoráveis, a gravidez pode ser atrativa e constituir um projeto de vida, como já referimos.

A literatura e também a investigação empírica, referem a inexistência de uma educação sexual consistente, havendo ainda muito desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos eficazes (Frappier et al., 2008; Santelli et al., 2006a). Neste estudo, podemos constatar, de forma preocupante, que no grupo GA é ainda feita referência a métodos para evitar uma gravidez de reduzida fiabilidade como o coito interrompido, o método do calendário e o aborto. Este aspeto reflete a existência de uma educação sexual pouco

consistente, havendo ainda muito desconhecimento acerca do uso eficaz e consistente de métodos contraceptivos. Resultados convergentes foram obtidos no estudo recente efetuado nos Açores (Araújo-Pedrosa, 2009).

Por outro lado, convém reforçar que as jovens do grupo GA revelam menor número médio de fontes de informação sobre contraceção, comparativamente com as jovens sem história de gravidez. Os grupos revelam diferenças significativas ao nível da referência das fontes: família e escola, com as jovens do grupo GA a referirem-nas com menor frequência do que os seus pares sem história de gravidez. Os resultados obtidos neste estudo, na zona LVT, revelam que ter menos fontes de informação sobre contraceptivos, constitui um preditor importante para a ocorrência de uma gravidez precoce.

À semelhança do que sucedeu num estudo recente (Araújo-Pedrosa, 2009), as adolescentes referem maioritariamente a escola e não os amigos como principal **fonte de informação sobre a sexualidade**. Este aspeto traduz o maior investimento que tem vindo a ser feito nos últimos anos ao nível da aplicação da educação sexual em meio escolar. As escolas devem incluir no seu projeto educativo informação acerca dos vários aspetos da sexualidade, uma vez que a maioria das gravidezes resultou de desconhecimento acerca do uso eficaz e consistente de métodos contraceptivos. Neste sentido, os resultados obtidos no HBSC/OMS concluem que ao alunos que referem ter tido educação sexual nas escolas, menos frequentemente já iniciaram relações sexuais. Os que iniciaram, usaram mais frequentemente preservativo e tiveram menos frequentemente relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2012).

Convém, ainda sublinhar, que a questão da informação sobre contraceção tem de ser lida, em função de fatores familiares que interferem e determinam o comportamento sexual da adolescente. Os nossos resultados demonstram que nas jovens sem história de gravidez são os pais a fonte mais provável de informação, o que pode indicar que a partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual e que orientem menos o seu comportamento sexual pelas normas do grupo (Goldstein et al., 2005; Léon, Carmona & Garcia, 2009).

#### **1.4. Variáveis ligadas à gestação**

A literatura tem referido que de entre as jovens que engravidam, a maioria não o desejou (Finer & Henshaw, 2006; Araújo-Pedrosa, 2009) nem planeou a gravidez (MacKay & Duran, 2007; WHO, 2007). Os nossos resultados sugerem que, se o conhecimento dos métodos contraceptivos parece ser uma realidade antes da gravidez, a sua utilização consistente e eficaz, parece ser um cenário distinto, aumentando o risco de gravidez indesejada.

A maioria das **gravidezes adolescentes**, em todas as zonas do país, **não é planeada** e verificamos que apenas na região LVT a proporção de jovens que desejaram a sua gravidez

(63.8%) é superior às que **não a desejaram** (36.3%). Nas restantes regiões a maioria das gravidezes não foram desejadas (75.0% no Norte, 70.0% no Centro, 70.5% no Sul). Esta realidade é semelhante à encontrada noutros estudos efetuados em grupos de adolescentes do Norte de Portugal (Figueiredo et al., 2006; Jongenelen, 2003) e também descrita em investigações realizadas na zona centro do País (Lourenço, 1998; Pires, 2009). Contudo, tal como no nosso estudo, uma investigação efetuada com jovens migrantes em quatro zonas carenciadas de Lisboa, demonstrou que estas adolescentes tendem a descrever a gravidez como desejada, constituindo um projeto individual e uma valorização pessoal e social (Gaspar & Matos, 2008). Esta reação favorável poderá traduzir, como já referimos, a maior aceitação da ocorrência de uma gravidez precoce em zonas urbanas desfavorecidas e em determinados grupos étnicos. Para estas jovens a gravidez na adolescência parece constituir o meio mais adequado para obterem estatuto social e tornarem-se independentes e responsáveis.

Por sua vez, o não planeamento da gravidez que ocorre na adolescência é um aspeto sistematicamente mencionado na literatura nacional, em todas as zonas do país (e.g. Araújo-Pedrosa, 2009; Figueiredo et al., 2005; Jongenelen, 2003; Lourenço, 1998; Pereira, 2001) e nos estudos internacionais que versam esta temática (e.g. Finer & Henshaw, 2006; MacKay & Duran, 2007; WHO, 2007).

Alguns autores referem-se à gravidez na adolescência como uma cadeia sequencial de acontecimentos e decisões (Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005) e as jovens que não planeiam a gravidez vêm-se, em determinado momento, confrontadas com o seu estado e têm que decidir se querem levar a gravidez até ao fim e assumir o papel de mãe. Os nossos resultados demonstram que é na região de Lisboa e Vale do Tejo que se verificou uma maior proporção de jovens que ponderaram interromper a sua gravidez (33.8% vs. 12.5% no Norte, 8.7% no Centro e 4.5% no Sul), apesar de a terem prosseguido.

A maioria das jovens de todas as regiões afirma nunca ter estado grávida previamente, contudo, verificam-se diferenças relativamente à **realização prévia de IVG**, sendo a região de LVT aquela em que as jovens relatam com maior frequência ter recorrido a este tipo de intervenção (11.3% vs. 2.7% no Norte, 2.9% no Centro e 6.8% no Sul). Estes resultados são convergentes com os valores obtidos através do relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril, que refere terem sido as mulheres da zona de Lisboa e Vale do Tejo aquelas que apresentaram uma maior percentagem de interrupções voluntárias da gravidez por opção da mulher (51,56%) no ano de 2009 (DGS, 2011). No mesmo sentido, em 2009, a análise de uma amostra portuguesa de adolescentes, efetuada na zona de Lisboa e Vale do Tejo, indicou que 18,4% das jovens já efetuou uma IVG e destas 14% já efetuou a 2.ª IVG (Granja, 2009).

Verifica-se ainda a existência de diferenças entre regiões no que respeita à **intenção de usar contraceção após o parto**, é nas regiões LVT e Centro que se verifica uma maior

proporção de jovens que não pretendem usar contraceção/ainda não pensaram nisso (13.0% e 11.8%, respetivamente).

A literatura e os dados de investigação concluíram que as jovens ao terem de assumir responsabilidades e papéis de adultas precocemente e ao perspectivarem a gravidez como um acontecimento que vem interromper as tarefas da adolescência, ficam expostas a maiores níveis de *stress* aumentando os riscos de inadaptação e desenvolvimento de trajetórias desfavoráveis (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001). O planeamento e o desejo de engravidar e a própria gravidez envolvem uma necessidade de reajustamento em várias dimensões: mudança de identidade, nova definição de papéis e novos níveis de integração (Teixeira & Leal, 1995). Neste sentido, atendendo que as adolescentes referem mais frequentemente que a gravidez não foi planeada torna-se fulcral prevenir a repetição de gestações precoces, garantindo que todas as jovens disponham de acesso a informações precisas sobre as diversas formas de contraceção, para poderem consciente e informadamente escolher o método contracetivo mais aconselhável para si.

Os resultados deste estudo corroboram a ideia da gravidez na adolescência ser um fenómeno multideterminado para o qual contribuem diversos fatores, relacionados com diferentes contextos: individual, escolar, familiar e social. Estes fatores não agem individualmente e influenciam-se mutuamente, mas não são por si só determinantes da gravidez adolescente. Neste sentido, os dados obtidos parecem sugerir que diferentes fatores confluem para uma maior vulnerabilidade para a gravidez na adolescência e como tal esta deve ser encarada como um processo resultante dos múltiplos níveis de transação com as várias ecologias de vida da jovem (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Pereira, 2001; Soares et al, 2001).

## **2. Limitações e contributos para a investigação e prática clínica e educacional**

Este estudo, ao abordar extensamente o fenómeno da gravidez adolescente nas diversas regiões de Portugal Continental, pretende contribuir com conhecimento mais vasto e preciso para a realidade portuguesa. Julgamos, por isso, que o nosso estudo constitui um importante contributo para a investigação e intervenção na área, ao permitir identificar grupos específicos de jovens que apresentam maior propensão para a ocorrência de uma gravidez precoce.

Apesar do contributo que esperamos ter dado na análise dos contextos de influência da ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida, procurando detetar especificidades regionais nestes processos, consideramos que este estudo apresenta algumas **limitações**, que descrevemos em seguida.

Em primeiro lugar, uma das limitações prende-se com a opção por um **desenho metodológico**, que assumiu a forma de um estudo transversal atendendo sobretudo aos constrangimentos de tempo e aos objetivos caracterizadores, exaustivos e globais, que nos propusemos atingir. Neste contexto, consideramos que as investigações longitudinais que contemplam a gravidez e se prolongam no pós-parto têm melhores condições de avaliar as opções que conduzem à ocorrência de gravidez na adolescência e conhecer o padrão de adaptação das grávidas adolescentes. Apesar de termos consciência deste aspeto, neste estudo, e por se tratar de um estudo precursor na sua abordagem de uma população particular e no conhecimento das especificidades dos contextos envolvidos, optámos por um desenho transversal, estudando em simultâneo dois grupos (adolescentes com e sem história de gravidez). Procurámos, também, integrar na construção do protocolo de avaliação, metodologias adequadas aos constructos que pretendíamos medir e cujas características psicométricas permitissem a utilização fiável na população do estudo. Acrescentamos que os estudos transversais, apesar de impedirem o estabelecimento de relações causais, possibilitam a resposta a questões de investigação particulares e importantes, através da análise de associações concorrentes entre variáveis. Neste sentido, importa sublinhar que os objetivos aos quais procurámos responder não incluem a análise de padrões de mudança ou o estabelecimento de relações causais, sendo o desenho metodológico apropriado para os objetivos do estudo.

Uma segunda limitação que pode ser apontada relaciona-se com os **métodos de recolha de dados e os instrumentos utilizados** que obrigam a algum cuidado nas interpretações e na generalização dos resultados. Apesar de termos recorrido a diversas fontes de informação na recolha do GA (respostas das grávidas, questionários de auto-resposta e informações dos processos clínicos das grávidas), reconhecemos que a recolha de informação exclusivamente junto das adolescentes, nomeadamente através das suas respostas e da utilização de questionários auto-administrados, pode provocar enviesamentos vários, como o desejo de apresentar uma imagem favorável. Contudo, esta opção prendeu-se com o facto de suscitar uma menor reatividade por parte das jovens inquiridas e pressupor uma menor interferência do investigador (Alferes, 1997) e ainda, com razões práticas de economia de tempo e recursos materiais. Todavia, julgamos que seria importante em investigações empíricas futuras incorporar medidas de avaliação diretas e específicas que integrem informação de outros elementos significativos, como os progenitores da adolescente e o namorado/pai do bebé.

Reconhecida a multideterminação dos processos que conduzem a ocorrência da gravidez, estudos futuros deverão, idealmente, incluir a adolescente e o namorado/pai do bebé, para que se possa igualmente conhecer os fatores antecedentes e associados à gravidez adolescente na perspetiva do companheiro e o impacto destes na adaptação, tanto individual como na relação amorosa/conjugal, ao nascimento de um filho.

Consideramos, também, limitações referentes ao **processo de recrutamento da amostra** que poderão, de certa forma, condicionar a generalização dos resultados. A

constituição da amostra por jovens que decidiram continuar a gravidez e que acorreram a consultas pré-natais nas unidades hospitalares referidas não é representativa das jovens que engravidaram e decidiram abortar, ou das jovens que não frequentam consultas pré-natais ou ainda daquelas que efetuam o acompanhamento pré-natal em serviços de saúde do regime privado. Neste sentido, impõem-se algumas cautelas na generalização dos resultados a outras adolescentes com história de gravidez. Não obstante, na sua generalidade, as características sociodemográficas da amostra assemelham-se às características da maioria das amostras nacionais e internacionais estudadas, facto que nos oferece alguma confiança na validade e generalização dos resultados encontrados.

Finalmente, o facto da amostra das adolescentes sem história de gravidez considerar como critério de inclusão a frequência do sistema de ensino no momento da avaliação, levou à não representação das jovens que abandonaram a escola e não engravidaram. Procurámos minimizar esta limitação, incluindo na amostra adolescentes de diferentes anos de escolaridade, provenientes quer do ensino regular, quer do profissional.

A partir da revisão da literatura efetuada, identificámos um conjunto de lacunas na investigação desenvolvida até ao momento, em Portugal Continental, na caracterização da gravidez adolescente em algumas zonas do País. Este estudo ao ser precursor na sua abordagem de uma população particular e no que se refere ao conhecimento das especificidades regionais dos contextos envolvidos, contribui para colmatar a escassez ou inexistência de estudos portugueses caracterizadores das grávidas adolescentes em algumas regiões geográficas de Portugal Continental.

Consideramos que o delineamento da investigação através da divisão e classificação do território nacional em regiões estatísticas, em conformidade com o estabelecido para a União Europeia (NUTS II, 2002), constitui uma mais-valia deste estudo, porque possibilita análises descritivas, exaustivas e abrangentes, analisando cada região isoladamente. Julgamos, por isso, que a nossa opção representa um contributo inovador para a investigação da área, ao identificar contextos de influência para a ocorrência de gravidez durante os anos da adolescência, em diversas zonas geográficas de Portugal Continental. Estes dados constituem referenciais específicos de cada região, que esperamos que investigações futuras possam desenvolver, contribuindo para o esclarecimento das diversas hipóteses em aberto nos vários níveis de análise deste fenómeno.

Esta opção tem ainda importantes implicações práticas, na medida em que um conhecimento mais vasto e preciso relativo à caracterização da gravidez adolescente nas várias regiões possibilita a elaboração de sínteses de evidência e recomendações que suportem o planeamento e as intervenções que visam prevenir ou minorar as consequências da gravidez precoce. Simultaneamente, esta opção permite também incluir propostas de

desenvolvimento das práticas profissionais, institucionais e políticas adaptadas à realidade nacional, atendendo, porém, aos aspetos específicos de cada região.

Neste estudo, foram considerados diferentes contextos individuais e relacionais na conceptualização e investigação empírica da gravidez adolescente, permitindo uma visão mais ampla e, logo, mais suscetível de se aproximar da complexidade dos processos em causa. Do ponto de vista teórico, os nossos resultados tendem a apoiar as perspetivas que conceptualizam as decisões reprodutivas da maternidade como processos complexos e multideterminados, corroborando a importância de os abordar de uma forma holística (Pereira, 2001). Deste modo, o estudo vai ao encontro do apontado pelo modelo bioecológico, na medida em que salienta a relevância de esclarecer os múltiplos fatores de risco associados aos contextos individuais, relacionais e sociais das jovens que engravidam. Consideramos que o presente trabalho pode constituir um importante contributo para o início e/ou aprofundamento da investigação científica sistemática dos contextos que podem explicar as taxas de incidência de gravidez precoce no contexto específico de cada zona de Portugal Continental.

Atendendo ao quadro conceptual que assumimos e aos resultados que obtivemos, alertamos para a importância de investigações futuras incluírem na avaliação diferentes fontes de informação e metodologias que permitam especificar o efeito dos diferentes contextos e que permitam explorar os diferentes processos de proteção e vulnerabilidade para a gravidez na adolescência. Seria igualmente relevante realizar investigações longitudinais que contemplem a gravidez e se prolongem no pós-parto. Este tipo de análise permitir-nos-ia explorar a existência de diferentes trajetórias de adaptação e a associação destas a acontecimentos e decisões que conduzem à ocorrência de uma gravidez precoce.

Seria ainda pertinente, em investigações futuras, focalizar a pesquisa em grupos que habitualmente não são considerados nestes estudos, nomeadamente as adolescentes que decidem não prosseguir a gravidez e optam pela realização de uma IVG, de modo a aceder à compreensão de possíveis especificidades.

Desta investigação decorrem também relevantes **implicações clínicas e educacionais**. Atendendo à multiplicidade de fatores que caracterizam a gravidez nesta fase do ciclo de vida e para uma melhor compreensão deste fenómeno multissistémico, procuramos também efetuar uma leitura compreensiva dos fenómenos em estudo, adotando uma **abordagem “multi”** (Cummings, Davies & Campbell, 2000) ou seja, que se caracterize pela necessidade de intervir a diversos níveis e com diferentes objetivos.

A intervenção na área da gravidez e parentalidade adolescente faz-se habitualmente em diversos contextos, cada um deles exigindo programas específicos, mas que devem coordenar-se, nomeadamente: programas dirigidos à **educação sexual**; programas dirigidos à **inserção social e escolar** dos jovens; programas de **educação parental**; programas dirigidos à

comunidade e programas dirigidos ao **desenvolvimento pessoal** dos jovens (Canavarro *et al.*, 2009).

### ***Prevenção e intervenção em meio escolar e profissional***

À semelhança dos resultados obtidos em outros estudos nacionais recentes (Araújo-Pedrosa, 2009; Pires, 2009) observamos a existência de um número significativo de alunas que abandonam a escola antes da ocorrência de uma gravidez precoce, o que demonstra que a escola não constitui um polo de atratividade para a maioria das jovens que engravidam. Atendendo que a maioria das adolescentes que abandonam precocemente a escola são provenientes de meios socioeconómicos desfavorecidos, onde existe um risco acrescido de exclusão social, estabelecem-se como áreas prioritárias de intervenção a inclusão escolar, a formação profissional e a empregabilidade. Para que se atinjam objetivos, nestas áreas, é necessário apostar em **campanhas de informação e sensibilização que promovam a valorização da educação e do percurso formativo** como chave de acesso a melhores condições de empregabilidade e de vida (Canavarro *et al.*, 2009). Além disso, seria necessário recorrer à **ação integrada com equipas multidisciplinares**, nomeadamente, os serviços de orientação e aconselhamento e a aprendizagem, procurando conhecer competências académicas e profissionais da jovem e consequentemente promover sentimentos de auto-eficácia e melhorar a autoestima da adolescente.

Observa-se, também, à semelhança do verificado em outros estudos (Araújo-Pedrosa, 2009; Pereira, 2001), que a maioria das adolescentes referem maioritariamente a escola e não os amigos como principal fonte de informação sobre a sexualidade. Esta constatação revela dois aspetos importantes: 1) traduz o maior investimento que tem vindo a ser feito nos últimos anos ao nível da aplicação da educação sexual em meio escolar e 2) o papel privilegiado da escola para a promoção de saúde. Esta função informativa acerca da sexualidade na escola é fulcral para jovens provenientes de contextos desfavorecidos, onde os pais não são referidos como a fonte principal de informações. A escola deve promover a qualidade das relações interpessoais e contribuir para uma vivência mais informada, gratificante, autónoma e responsável da sexualidade.

A educação sexual que se desenvolve em contexto escolar não deve restringir-se à integração das temáticas nos currículos, mas deve ser planeada para proporcionar a oportunidade dos **contextos envolventes participarem na formação dos alunos**, alargando os seus benefícios para fora das fronteiras da sala de aula.

As atitudes e comportamentos sexuais dos jovens são influenciados por características familiares, como uma supervisão adequada, um bom suporte afetivo e uma boa comunicação entre pais e filhos (Miller *et al.*, 2001; Sieverding *et al.*, 2005), pelo que um aspeto importante a desenvolver será o **atendimento e formação das famílias** nesta área (Pereira, 2001). Incentivar a criação de **parcerias com outros meios da comunidade**, como os centros

de saúde, a visita de um elemento externo (profissional ligado à problemática da sexualidade) que esteja disponível para partilhar conhecimentos e experiências sobre determinada temática, deve também ser valorizado.

A escola deve ainda disponibilizar **gabinetes de atendimento individual**, confidenciais, onde os jovens não se sintam inibidos para esclarecerem as suas questões, contribuindo desta forma para minimizar a influência do grupo de pares, que os pode induzir negativamente e contribuir para que corram riscos desnecessários.

A educação sexual pode ainda ser efetuada **em pequenos grupos** (no centro de saúde ou nas escolas) constituindo-se como um espaço de discussão e partilha de experiências, coordenados por profissionais com formação específica nas áreas da psicologia e da saúde.

Os adolescentes que não prosseguem a escola apresentam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco. Nesta amostra, o abandono escolar ocorre em idades precoces, pelo que a **educação sexual deve ser iniciada o mais prematuramente possível**. Para isso, devem proporcionar-se condições, a partir do 1.º ciclo, dos jovens obterem informação e educação acerca da sexualidade, adequando as temáticas à idade dos indivíduos.

Se a escola constitui um meio privilegiado para o ensino da educação sexual e assumpção de uma sexualidade responsável, na qual se inclui a prevenção da gravidez na adolescência, não pode, contudo, ignorar a componente da vigilância e acompanhamento em situações em que a gravidez ocorre e os jovens frequentam o sistema de ensino. O meio escolar deve, também, constituir um **contexto protetor e proporcionador de suporte e apoio** (Araújo-Pedrosa, 2009) e deve implicar os diferentes agentes da comunidade, articulando esforços com os serviços existentes (e.g. centro de saúde, hospital, infantário) de forma a facilitar a conjugação das atividades académicas com o papel materno.

### **Contexto relacional: Prevenção e intervenção em meio familiar e em meio comunitário e institucional**

O **contexto familiar** constitui, como referimos anteriormente (cf. Capítulo III), um importante fator de risco/proteção na ocorrência de uma gravidez precoce, pelo que deve ser um alvo privilegiado de intervenção.

A perceção de menor proximidade afetiva/emocional por parte da família pode conduzir a que as adolescentes procurem outras fontes de segurança afetiva, nomeadamente nas relações românticas. Desta forma, investir em **formação parental** é importante para ajudar os pais a serem melhores educadores, fornecendo o suporte emocional, disciplina e a estrutura necessária para um desenvolvimento saudável dos filhos (Pereira, 2001). **Melhorar as competências de comunicação na família** sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras e responsáveis em relação ao seu comportamento sexual. Porém, a partilha de informação sobre sexualidade apenas é eficaz se os pais

estiverem bem informados e conseguirem passar a mensagem de forma adequada (Whitaker *et al.*, 1999).

Quando a gravidez ocorre, o **apoio e as relações atuais com a família da jovem, com o companheiro e a família de origem do companheiro** têm um papel importante no ajustamento à gravidez precoce. O envolvimento destes elementos é indispensável para uma melhor adaptação às mudanças resultantes da gravidez, para a construção do papel parental e para comportamentos maternos mais adequados (Soares *et al.*, 2001).

A implementação de **programas de formação parental** revela-se fulcral para potenciar uma adaptação bem sucedida na transição para a parentalidade. Estes programas devem ser específicos para jovens pais, de âmbito abrangente (*e.g.* organização doméstica, gestão orçamental, competências para procurar emprego, comunicação familiar e a vivência do casal), não se limitando ao ensino de competências essenciais de prestação de cuidados ao bebé (Canavarró *et al.*, 2009). Estes ensinamentos devem ser efetuados privilegiando, sempre que possível, a presença e colaboração do companheiro e de outras figuras significativas, de forma a garantir o ensino adequado àquela grávida, àquele casal e àquela família. Deve ainda contribuir para fortalecer laços emocionais e fomentar redes de apoio social, favorecendo uma integração da grávida na família e na sociedade.

Ao nível da prevenção primária, os programas existentes têm como principais objetivos a promoção de decisões reprodutivas responsáveis e saudáveis e a prevenção de uma gravidez não planeada (Kirby, 2009). Neste sentido, é fundamental **signalizar jovens que se encontrem em risco** e envolvê-los em programas de educação para a saúde e planeamento familiar. Este objetivo pode ser agilizado através de intervenções coordenadas com outras instituições, como as escolas, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, associações de jovens, entre outras.

A criação e generalização de **consultas específicas para adolescentes**, gratuitas e confidenciais, disponíveis em todo o país, constitui um aspeto fundamental quer no plano do planeamento familiar quer durante a gravidez no seguimento clínico das adolescentes. À semelhança do que já acontece em muitos dos hospitais distritais, maternidades e mesmo centros de saúde do nosso país, seria importante a existência de consultas específicas que oferecessem um serviço integrado e um **trabalho multidisciplinar** entre as diferentes especialidades (Obstetrícia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, com recurso a outras valências quando se justifique) para darem resposta às necessidades não resolvidas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. A intervenção nestas consultas deve ter por base uma **abordagem personalizada**, com preocupações específicas e conhecimentos sobre aspetos particulares da adolescência, necessários para melhor compreender e resolver os problemas dos jovens (Araújo-Pedrosa, 2009; Pereira, 2001). É necessário ainda que conheçam o contexto social e familiar da adolescente, assim como as especificidades culturais dos diferentes grupos étnicos, pois a questão da informação sobre contraceção tem de ser lida em

função de fatores familiares que interferem e determinam o comportamento sexual da adolescente.

Durante a gravidez o **seguimento clínico** das adolescentes também deve revestir-se de uma especificidade que garanta não só um acompanhamento médico adequado, mas que possibilite a orientação contraceptiva e o esclarecimento de dúvidas e receios.

Ainda ao nível institucional é imperativo continuar a apoiar as jovens mães após o nascimento dos seus filhos, sobretudo em famílias economicamente desfavorecidas, onde é difícil gerir e conjugar os novos papéis resultantes de uma gravidez precoce. A gravidez na adolescência constitui um acontecimento que vai obrigar à gestão de um número acrescido de exigências, pelo que a existência **de centros de acompanhamento a nível da comunidade**, que possam disponibilizar recursos sociais e comunitários (e.g. serviços de creche, ocupação de tempos livres), podem contribuir para a mãe adolescente prosseguir a construção de um projeto de vida autónomo e responsável (Araújo Pedrosa, 2009; Pereira, 2001). Deve ainda ser disponibilizada **intervenção psicológica**, quer durante a gravidez quer após o nascimento do bebé, à adolescente, ao companheiro e à família, sempre que solicitada ou se forem detetados indícios de perturbações emocionais.

### 3. Notas Finais

Os dados apresentados, e que sintetizam os principais resultados encontrados nesta investigação, são convergentes com os estudos efetuados nas últimas décadas que referem a desvantagem socioeconómica, baixo nível educacional da adolescente e dos pais, bem como a exclusão do sistema de ensino, entre outras desvantagens socioculturais, como variáveis de risco associadas à gravidez adolescente. Salvaguardamos, porém, que os resultados deste estudo corroboram a ideia da gravidez na adolescência ser um fenómeno multideterminado para o qual contribuem diversos fatores, que não agem individualmente, mas influenciam-se mutuamente e que estão relacionados com diferentes contextos passíveis de conduzir a uma gravidez precoce.

Esperamos que este trabalho contribua não só para o início e/ou aprofundamento de investigações futuras nesta área do saber, como também para a implementação de estratégias e intervenções que beneficiem as grávidas adolescentes. Um conhecimento adequado dos fatores antecedentes da gravidez na adolescência permite aos profissionais de saúde e de educação, que trabalham com estas jovens, efetuar uma avaliação adequada e implementar estratégias de intervenção apropriadas.

Para terminar, sublinhamos que apesar do decréscimo encorajador nas taxas de gravidez na adolescência em Portugal, é importante não esquecer que todos os anos surgem

novas grávidas adolescentes e jovens que reincidem numa gravidez precoce. Esta constatação justifica a continuidade de pesquisa acerca dos fatores antecedentes da gravidez durante os anos da adolescência e a exploração, desenvolvimento e avaliação de intervenções que previnam a gravidez adolescente e os riscos da parentalidade precoce. Assim, esperamos que este estudo proporcione conhecimentos mais vastos e precisos relativos à caracterização da gravidez adolescente nas várias regiões geográficas de Portugal Continental e que, conseqüentemente, possibilite planejar intervenções de uma forma mais fundamentada que possam prevenir ou minorar as conseqüências da gravidez precoce.



---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## Referências Bibliográficas

- Abeche, A.M., Maurmann, C.B., Baptista, A.L. & Capp, E. (2007). Social-economic aspects of the partner of the pregnant teenager. *Rev. HCPA*, 27 (1), 5-9.
- Alan Guttmacher Institute (2010). Facts on induced abortion in the United States. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Alferes, V.R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Alto Comissariado da Saúde (2007). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I - Prioridades*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/13/pns20042010?r=24>
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/13/pns20122016>
- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60.

- Andersen, A., Holstein, B. & Due, P. (2006). School-related risk factors for drunkenness among adolescents: Risk factors differ between socio-economic groups. *European Journal of Public Health, 17* (1), 27-32.
- Araújo-Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência - Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo-Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., Dattilio, F. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy, 33* (2), 107-127.
- Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. In G. R. Adams, & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 27-47). New York: WileyBlackwell.
- Ariza-Cardenal, C. & Nebot-Adell, M. (2002). Factors associated with smoking progression among Spanish adolescents. *Health Education Research, 17* (6), 750-760.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469-480.
- Arnett, J.J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8* (2), 133-143.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eismann, M., Van der Ende, J., Gazner, P., Iwawaki, ..., Zhang, J. (1994). Parental rearing behavior from a cross-cultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. Arrindell, & M. Eisemann (Eds), *Parenting and psychopathology*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Associação Planeamento Familiar (2003). *Mamãs de palmo e meio: Gravidez e maternidade na adolescência*. Lisboa: APF.
- Bandura, A. (1975). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development (Vol. 6). Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.

- Bankole, A., Singh, S. & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 24 (3), 117-127.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bekaert, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Benson, M. J. (2004). After the adolescent pregnancy parents, teens, and families. *Child and Adolescent Social Work*, 21, 435-52.
- Blake, M., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins C. & Calabrese, J.M. (2001). Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 33 (2), 52-61.
- Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M.L., Bearinger, L.H., Sieving, R.E. & Resnick, M.D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviours. *American Journal of Public Health*, 90 (12), 1879-1884.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 151-160.
- Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Oakley, A., Copas, A., Johnson, A. & Stephenson, J. (2006). Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *Journal of Epidemiol Community Health*, 60, 502-506.
- Boyce, W.F., Gallupe, O. & Fergus, S. (2008). Characteristics of Canadian youth reporting a very early age of first sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17 (3), 97-108.
- Braitman, A.L., Kelley, M.L., Ladage, J., Schroeder, V., Gumienny, L., Morrow, J. & Klostermann, K. (2009). Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 53 (1), 69-88.
- Brendgen, M., Wanner, B. & Vitaro, F. (2008). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *American Journal of Public Health*, 97 (11), 2070-2075.
- Brien, J., & Fairbairn, I. (1996). *Pregnancy and abortion counseling*. London: Routledge.

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brook (2007). *Putting young people first - teenage conceptions: Statistics and trends*. Retirado de [http://www.brook.org.uk/content/fact2\\_TeenageConceptions.pdf](http://www.brook.org.uk/content/fact2_TeenageConceptions.pdf)
- Brook, J. S., Balka, E. B., & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *American Journal of Public Health*, 89, 1549-1554.
- Brown, B.B. Feiring, C. & Furman, W. (1999). Missing the love boat - why researchers have shied away from adolescent romance. In W. Furman, B.B. Brown & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationship in adolescence* (pp.1-16). NY: Cambridge University Press.
- Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., ..., Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121, S290-S310.
- Buhi, E. & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 40, 4-21.
- Burk, W.J. & Laursen, B. (2005). Adolescent perceptions of friendship and their associations with individual adjustment. *International Journal of Behavior Development*, 29 (2), 156-164.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores - Relatório Final*. Manuscrito não publicado.

- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M.C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-358). Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A. I. Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2, 183 - 194.
- Carvalho, P. & Canavarro, M. C. (2010). Psychological adaptations to the adolescent pregnancy: Influence contexts. *Psychomed*, 5 (1-2), 19.
- Carvalho, P.S., Loureiro, M. & Simões, M. R. (2007). Gravidez e Risco Psicopatológico. *Psychologica*, 46, 105-124.
- Cervera, N. (1994). Family change during an unwed teenage pregnancy. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (1), 119-140.
- Chen, K., Wen, S.W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads G.G. & Walker M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: A large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 368-373.
- Choudhury, S., Blakemore, S-J. & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *SCAN*, 1, 165-174.
- Ciairano, S., Kliewer, W. & Rabaglietti, E. (2009). Adolescent risk behavior in Italy and the Netherlands: A cross-national study of psychosocial protective factors. *European Psychologist*, 14 (3), 180-192.
- Ciairano, S., Beyers, W., Rabaglietty, E., Roggero, A. & Bonino, S. (2007). Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: The moderating role of family stress and friendship reciprocity. *International Journal of Behavioral Development*, 31 (6), 539-548.
- Cocoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence*, 34, 602-619.

- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth Adolescence*, 35, 903-911.
- Coleman, P.K. & Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4 ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Coley, R. L. & Chase-Lansdale, P. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 2 (53), 152 - 166.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Connolly, J., Furman, W. & Konarsky, R. (2000). The role of peers in the emergence of heterosexual romantic relationships in adolescence. *Child Development*, 71 (5), 1395-1408.
- Contreras, J. M. (2004). Parenting behaviors among mainland Puerto Rican adolescent mothers: The role of grandmother and partner involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 341-368.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for fields settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement 14*, 101-117.
- Cordeiro, J. D. (2002). *Viver feliz*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Cordeiro, R. (2006). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, 4 (XXIV), 509-517.
- Cornelius, J. R., Clark, D. B., Reynolds, M., Kirisci, L., & Tarter, R. (2007). Early age of first sexual intercourse and affiliation with deviant peers predict development of SUD: A prospective longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 32, 850-854.
- Correia, M. J., & Alves, M. J. (1990). Gravidez na adolescência: O nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 429-434.

- Crosby, R.A., Santelli, J.S. & DiClemente, R.J. (2009). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R.J. DiClemente, J.S. Santelli & R.A. Crosby (Eds.), *Adolescent health: understanding and preventing risk behaviours* (pp. 3-6). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Cruz, J., Vilaça, M., Sousa, A., Gomes, A., Melo, B., Araújo, M., ..., Ruivo, M. (1997). Prevenção do VIH e do Sida nos adolescentes e jovens adultos: Investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Teoria, Investigação e Prática Psicológica*, 2, 279-304.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Daly, K.J. (1994). Adolescent perceptions of adoption: Implications for resolving an unplanned pregnancy. *Youth & Society*, 25, 330-350.
- Dangal, G. (2005). Update on teenage pregnancy. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 5 (1),
- Darroch, J.E., Landry, D.J. & Oslak, S. (1999). Age differences between sexual partners in the United States. *Family Planning Perspectives*, 31 (4), 160-167.
- Darroch, J. E., Singh, S., & Frost, J. J. (2001). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 33 (6), 244-250.
- Deardorff, J., Gonzales, N.A., Christopher, F.S., Roosa, M.W. & Millsap, R.E. (2005). Early puberty and adolescent pregnancy: The influence of alcohol use. *Pediatrics*, 116 (6), 1451-1456.
- Devereux, P.G., Weigel, D.J., Ballard-Reisch, D., Leigh, G. & Cahoon, K.L. (2009). Immediate and longer-term connections between support and stress in pregnant/parenting and non-pregnant/non-parenting adolescents. *Child Adolescent Soc Work Journal*, 26, 431-446.
- Dias, S., Matos, M. G., & Goncalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influencia dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4, 625-634.

- Dias, S., Matos, M.G. & Gonçalves, A. (2008). Sexualidade e risco na adolescência. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 203-220). Lisboa: Edições FMH.
- DiClemente, R.J., Hansen, R.J. & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, ..., Kim Oh, M. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107, 1363-1368.
- Dilorio, C., Dudley, W.N., Kelly, M., Soet, J.E., Mbwarra, J. & Potter J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29 (3), 208-16.
- Direcção Geral da Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções voluntárias da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Donenberg, G.R., Paikoff, R. & Pequegnat, W. (2006). Introduction to the special section on families, youth, and HIV: Family-based intervention studies. *Journal of Paediatric Psychology*, 31 (9), 869-873.
- Dunbar, J., Sheeder, J., Lezotte, D., Dabeiea, D. & Stevens-Simon, C. (2008). Age at menarche and first pregnancy among psychosocially at-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 98 (10), 1822-1824.
- East, P. L. & Jacobson, L. J. (2001). The younger siblings of teenage mothers: A follow-up of their pregnancy risk. *Developmental Psychology*, 37, 254-264.
- East, P. L. & Kiernan, E. A. (2001). Risks among youths who have multiple sisters who were adolescent parents. *Family Planning Perspectives*, 33(2), 75-80.
- East, P.L., Reyes, B.T. & Horn, E.J. (2007). Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39 (2), 108-115.

- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., ..., Wechsler, H. (2006). Youth risk behavior surveillance-United States, 2005. *The Journal of School Health*, 76 (7), 353-372.
- Eccles, J.S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *The Future of Children- When School Is Out*, 9 (2), 30-44.
- Eccles, J. S. & Roeser, R. W. (2003). Schools as developmental contexts. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.). *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 129-148). Oxford: Blackwell Publishing.
- Eccles, J., Wigfield, A. & Byrnes, J. (2003). Cognitive development in adolescence. In R.M. Lerner, M.A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.). *Handbook of psychology: Developmental psychology* (pp. 325-350). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Eisenberg, M.E., Cumberland, A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C. & Shepard, S.A. (2005). Age changes in prosocial responding and moral reasoning in adolescence and early adulthood. *Journal for Research on Adolescence*, 15 (3), 235-260.
- Eisenberg, M., E., Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Swain, C., & Resnick, M. D. (2006). Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention? *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 893-902.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton.
- Eurostat (2004). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2008). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Eurostat (2010). *Estatísticas Demográficas*. Comissão Europeia, Eurostat.
- Feldman, J. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: An evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 209-234.

- Fergus, S., Zimmerman, M. & Caldwell, C.H. (2007). Sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health*, 97 (6), 1-6.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 21 (8), 789-803.
- Fernandez, L.M. & Cabaco, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Ferreira, M. R. S. (1996). *O Internamento na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Ferreira, M.M.S.R. (2008). *Estilos de vida na adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade da adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 485 - 498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (3), 221 - 238.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 551 - 570.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco?. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97 - 105.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a adaptação a gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 97 - 125.
- Finer, L.B. & Henshaw, S.K. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (2), 90-96.
- Fonseca, F. & Lucas, M. C. (2009). Sexualidade, saúde e contextos: Influência da cultura e etnia no comportamento sexual. *Revista Portuguesa Clínica Geral* (25), 65-72.

- Ford, K., Sohn, W. & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, 33 (3), 100-105 & 132.
- Francisco, M.A., Hicks, K., Powell, J., Styles, K., Tabor, J.L. & Hulton L.J. (2008). The effect of childhood sexual abuse on adolescent pregnancy: An integrative research review. *JSPN*, 13 (4), 238-248.
- Frappier, J-Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J. & McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatr Child Health*, 13 (1), 25-30.
- Freira, S., Pereira-da-Silva, L., Malveiro, F., Santos, M.C., Santos, S., Colaço, C. & Salinas, P. (2007). Factores de risco social, comportamental e biológico de gravidez na adolescência: Estudo de caso-controlo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (6), 241-245.
- Frizzo, G.B., Kahl, M.L. & Oliveira, E.A. (2005). Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *PSICO*, 36 (1), 13-20.
- Gardner, M. & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41 (4), 625-635.
- Gaspar, T., Gonçalves, A., Ramos, V. & Matos, M.G. (2006). Desvantagem socio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 4 (XXIV): 495-508.
- Gavin, L., MacKay, A.P., Brown, K., Harrier, S., Ventura, S.J., Kann, L., ..., Ryan, G. (2009). Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years - United States, 2002 -2007. *MMWR Morb Mortal Weekly Report*, 58 (SS06), 1-58.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67 (6), 3386-3400.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 404-417.
- Geckova, A., van Dijk, J.P., Honcariv, R., Groothoff, J.W., Post, D. (2003). Influence of health risk behaviour and socioeconomic status on health of Slovak adolescents. *Croatia Medical Journal*, 44 (1), 41-49.

- Gestsdóttir, S. & Lerner, R.M. (2007). Intentional self-regulation and positive youth development in early adolescence: Findings from the 4-H study of positive youth development. *Developmental Psychology*, 43 (2), 508-521.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G.P., Moreno, C.G. & Van Look, P.F. (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *The Lancet*, 368, 1595-1607.
- Godinho, R.A., Schelp, J.R., Parada, C.M. & Bertoncello, N.M. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8 (2), 25-32.
- Goicolea, I., Wulff, M., Öhman, A. & Sebastian, M.S. (2009). Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: A case-control study. *Rev Panam Salud Publica*, 26 (3), 221-228.
- Goldstein, S.E., Davis-Kean, E. & Eccles, J.S. (2005). Parents, peers, and problem behavior: A longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Developmental Psychology*, 41 (2), 401-413.
- Goodson, P., Buhi, E.R. & Dunsmore, S.C. (2006). Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 38, 310-319.
- Gowers, S. (2005). Development in adolescence. *Psychiatry*, 4 (6), 6-9.
- Gramkowski, B., Kools, S., Paul, S., Boyer, C.B., Monaster, E. & Robbins, N. (2009). Health risk behavior of youth in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (2), 77-85.
- Granja, P.M. (2009). Caracterização dos comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o Olá Jovem. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 52/53, 46-54.
- Grant, B.F. (1998). The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: Results of the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Alcohol Health & Research World* 22, 144-147.

- Grant, K., Grace, P., Trujillo, J., Halpert, J., Kessler-Cordeiro, A., Razzino, B. & Davis, T. (2002). Predicting desire for a child among low-income urban adolescent girls: Interpersonal processes in the context of poverty. *Journal of Primary Prevention*, 22 (4), 341-359.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B., Ross, J. G., Lowry, R., & Kolbe, L. (2002). Youth risk behavior surveillance - United States, 2001. *Journal of School Health*, 72 (8), 313-328.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., ..., Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance - United States, 2003. *Journal of School Health*, 74 (8), 307-324.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspectos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção*. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guilamo-Ramos, V., Litardo, H.A. & Jaccard, J. (2005). Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors: Implications of the co-occurrence of problem behaviors in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36, 82-86.
- Gurung, R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. e Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 497-519.
- Gramkowski, B., Kools, S., Paul, S., Boyer, C., Monasterio, E. & Robbins, N. (2009). Health risk behavior of youth in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (2), 77-85.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hampton, M.R., Watters, B.M., Jeffery, B. & Smith, P. (2005). Influence of teens' perception of parental disapproval and peer behaviour on their initiation of sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14 (3/4), 105-121.
- Hanson, M.D. & Chen E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (3), 263-285.

- Hanson, M.D. & Chen E. (2007a). Socioeconomic status and substance use behaviors in adolescents: The role of family resources versus family social status. *Journal of Health Psychology, 12* (1), 32-35.
- Harding, D.J. (2007). Cultural context, sexual behavior, and romantic relationships in disadvantaged neighbourhoods. *American Sociological Review, 72* (3), 341-364.
- Hardy, J. B., & Zabin, L. S. (1991). *Adolescent pregnancy in an urban environment - issues, programs, and evaluation*. Washington, DC: The Urban Institute Press.
- Hart, D. & Carlo, G. (2005). Moral development in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 15* (3), 223-233.
- Hartup, W. (1983). *Peer relations*. In E.M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: socialization, personality and social development* (pp. 103-196). New York: Wiley.
- Havighurst, R.J. (1953). *Human development and education*. New York: David McKay.
- Herr, E.L. & Cramer, S.H. (1996). *Career guidance and counseling through the life span*. New York: Harper Collins.
- Hyde, J.S., Mezulis, A.H. & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115* (2), 291-313.
- Hoga, L. (2008). Adolescent maternity in a low income community: Experiences revealed by oral history. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 16* (2), 280-286.
- Howell, D. C. (2008). *Fundamental statistics for the behavioral sciences* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Howerton, R.D. (2010). Balancing the influences on teenage mothers' decisions to parent or place for adoption: making adoption a more viable choice. *The John Brown University Undergraduate Journal, 3*, 1-33.
- Igra, V. & Irwin, C. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. DiClemente, W. Hansen & L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 35-52). New York: Plenum Press.

- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., da Silva, M. O., Astin, M., Wyness, L., ..., Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health Advance*, 1-7.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jaccard, J., Blanton, H. & Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: An analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 41 (1), 135-147.
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2003). Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes toward pregnancy as predictors of pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 79-83.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jongenelen, I. (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: Da matriz relacional e matriz contextual*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 371-376.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97 - 147.
- Kaestle, C.E., Morisky, D.E. & Wiley, D.J. (2002). Sexual intercourse and the age difference between adolescent females and their romantic partners. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (6), 304-309.
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P. & Rimpelä, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57, 1055-1064.

- Kavas, A.B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44 (173), 187-198.
- Keating, D. P. (2004). Cognitive and brain development. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology (2nd ed.)*. (pp. 45-84). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G. & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence. In R.M. Lerner, M.A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.). *Handbook of psychology: Developmental psychology* (pp.395-419). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2001a). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 33 (6), 276-281.
- Kirby, D., Crosby, R. A., Santelli, J. S., & DiClemente, R. J. (2009). Interventions to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases, including HIV infection. In R. J. DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (2009). *Adolescent Health: Understanding and preventing risk behaviors* (pp. 303-338). New York: Jossey Bass.
- Kissman, K. (1990). Social support and gender role attitude among teenage mothers. *Adolescence*, 25 (99), 709-716.
- Klem A.M. & Connel J.P. (2004). Linking teacher support to student engagement and achievement. *Journal of School Health*, 74 (7), 262-273.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior* (pp. 31-53). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohlberg, L. (1986). A current statement on some theoretical issues. In S. Modgil, & C. Modgil (Eds.), *Lawrence Kohlberg: consensus and controversy* (pp. 485-546). Philadelphia, PN: Farmer.
- Kohler, P.K., Manhart, L.E. & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42, 344-351.

- Kost, K., Henshaw, S., & Carlin, L. (2010). U.S. teenage pregnancies, births and abortions: National and state trends and trends by race and ethnicity, <<http://www.guttmacher.org/pubs/USTPtrends.pdf>>.
- Kosterman, R., Hawkins, J.D., Guo, J., Catalano, R.F. & Abbott, R.D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90 (3), 360-366.
- Kreiter, S.R., Krowchuk, D.P., Woods, C.R., Sinal, S.H., Lawless, M.R. & DuRant, R.H. (1999). Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting. *Pediatrics*, 104 (6), 1286-1292.
- Lansford, J.E., Miller-Johnson, S., Berlin, L.J., Dodge, K.A., Bates, J.E. & Pettit, G.S. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12 (3), 233-245.
- Leitenberg, H. & Saltzman, H. (2000). A statewide survey of age at first intercourse for adolescent females and age of their male partners: Relation to other risk behaviors and statutory rape implications. *Archives of Sexual Behavior*, 29 (3), 203-215.
- León, J.C., Carmona, J. & García, P. (2010). Health-risk behaviors in adolescents as indicators of unconventional lifestyles. *Journal of Adolescence*, 33 (5), 663-671.
- Lerner, R. M. & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development - past, present and future. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology (2nd ed.)*(pp. 1-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Levandowski, D.C., Piccinini, C.A. & Lopes, R.C. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 251-264.
- Lima, C.T., Feliciano, K.V., Carvalho, M.F., Souza, A.P., Menabó, J.B., Ramos, L.S., ..., Kovacs, M.H. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4 (1), 71-83.
- Logsdon, M.C., Gagne, P., Hughes, T. & Patterson, J. (2005). Social support during adolescent pregnancy: piecing together a quilt. *Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing*, 34 (5), 606-614.
- Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.

- Lourenço, O. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral - teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.
- Lurie, P., Fernandes, M.E., Hughes, V., Arevalo, E.I., Hudes, E.S., Reingold, A. & Hearst, N. (1995). Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. *AIDS*, 9 (S1), S31-S37.
- MacKay, A.P. & Duran, C. (2007). *Adolescent health in the United States*. National Center for Health Statistics.
- Malta, I.E., Roque, O., Duarte, S. & Ventura, S. (2007). Gravidez e Maternidade Precoces. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 44/45, 8-18.
- Mancini, J.A. & Huebner, A.J. (2004). Adolescent Risk Behavior Patterns: Effects of Structured Time-Use, Interpersonal Connections, Self-System Characteristics, and Socio-Demographic Influences. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21 (6), 647-668.
- Manlove, J. & Terry, E. (2000). Trends in sexual activity and contraceptive use among teens. *Child trends: Research brief*, 2000-03. Retirado de <http://www.childtrends.org/PDF/teentrends.pdf>.
- Manlove, J., Terry-Humen, E., Papillo, A.R., Franzetta, K., Williams, S. & Ryan, S. (2002). *Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: What the research shows*. Washington, DC: Child Trend Research Brief.
- Marques, R.M. & Frade, A. (2009). Saúde sexual e reprodutiva e envolvimento masculino. *Departamento de Cooperação e Desenvolvimento da APF*. Retirado de [www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/envol\\_masc.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/envol_masc.pdf).
- Matos, M. G. (2008). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 10-31). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. F. (2001). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 43-53.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. F. (2001a). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. 1(2), FMH /PEPT/GPT, 1-8. Retirado de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/droganac.pdf>

- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2011). *A saúde dos adolescentes portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH/PEPT- Saúde.
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2012). *Estudo HBSC 2010 - Tendências da década em matéria de saúde e estudos regionais - Brochura Comportamentos Sexuais*. Lisboa: FMH/PEPT- Saúde.
- Matos, M.G., Gonçalves, A., Gaspar, T. & Dias, S. (2008). Saúde, etnicidade e risco. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 221-237). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Pereira, S., & Morais, M. (2008a). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses - estudo HBSC/OMS. In M.G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança &SIDA - estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 43-116). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Matos, M.G. & Spence, S. (2008). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 56-73). Lisboa: Edições FMH.
- McGue, M. & Iacono, W. (2005). The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1118-1124.
- McNeely, C. & Falci, C. (2004). School connectedness and the transition into and out of health-risk behavior among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health*, 74 (7), 284-292.
- Mena Matos, P. & Costa, M.E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Mena Matos, P., & Costa, M. E. (2003). Novos encontros, vinculações antigas? Dinâmicas relacionais em adolescentes. *Livro de resumos do V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/6799>
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendonça, I., Maia, A.C. & Ribeiro, F. (2007). Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde. In Congresso Família, Saúde e Doença, 2, Braga, Portugal, 2007 - "Congresso Família, Saúde e Doença : actas" [CD-ROM]. [Braga: Universidade do Minho, 2007].

- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36 (3), p.226-232.
- Miller, B. C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behaviour. *The Journal of Sex Research*, 39 (1), 22-26.
- Miller, B. C., Benson, B. & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1 - 38.
- Miller, K.S., Clark, L.F. & Moore, J.S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives*, 29, 212-214.
- Miller, B. C., Sage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. In T. P. Gullota & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems - evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 567-588). New York: Springer.
- Miller, K.S., Levin, M.L., Whitaker, D.J. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Monteiro, M.J. & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/sida: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 125-136.
- Namerow, P. B., Kalmuss, D. S., & Cushman, L. F. (1993). The determinants of young women's pregnancy-resolution choices. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 193-215.
- Noll, J.G., Shenk, C.E. & Putnam, K.T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology* 34 (4), 366-378.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira da Silva, M., Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ..., Hannaford, P. (2011). The reproductive health report - The state of sexual and reproductive health within the European Union. EU Final Report, July 2011. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16 (suppl.1), S1-S70.

- Oliveira, S., Abreu, M., Barroso, M. & Vieira, N. (2009). Crenças de adolescentes portuguesas sobre o uso do preservativo. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11 (4), 912-22. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a16.htm>.
- O'Sullivan, L. & Brooks-Gunn, J. (2005). The timing of changes in girls' sexual cognitions and behaviors in early adolescence: A prospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 37, 211-219.
- Organisation Mondiale de la Santé (1970). *L'avortement spontané ou provoqué : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Oyserman, D., Radin, N. & Saltz, E. (1994). Predictors of nurturant parenting in teen mothers living in three generational families. *Child Psychiatry and Human Development*, 24 (4), 215-230.
- Pacheco, A., Costa, R. & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35-59.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 7- 41.
- Padez, C. & Rocha, M.A. (2003). Age at menarche in Coimbra (Portugal) school girls: A note on the secular changes. *Annals of Human Biology*, 30 (5), 622-632.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *Human Development* (11.<sup>a</sup> Ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Parker, R., Wellings, K. & Lazarus, J.V. (2009). Sexuality education in Europe: An overview of current policies. *Sex education*, 9 (3), 227-242.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M. & Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health*, 40, 180.e1-180.e18.
- Pearson, J., Muller, C. & Frisco, M. (2006). Parental involvement, family structure, and adolescent sexual decision making. *Sociological Perspectives*, 49 (1), 67-90.

- Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC (circulação restrita).
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pereira, A., Canavarro, M., Mendonça, D. & Cardoso, M. (2003). Factores promotores do ajustamento emocional em jovens durante a gravidez. *Psychologica*, 33, 33-46.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40 (159), 655-672.
- Perkins, D.F. & Borden, L.M. (2003). Positive behaviors, problems behaviors and resilience in adolescence. In R.M. Lerner, M.A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.). *Handbook of psychology: Developmental psychology* (pp. 373-394). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4.ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Petersen, J.L. & Hyde, J.S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136 (1), 21-38.
- Peterson, A.C. & Leffert, N. (1995). Developmental issues influencing guidelines for adolescent health research: A review. *Journal of Adolescent Health*, 17, 298-305.
- Pinho, M.P.S.B. (2009). *Suporte social e adaptação à gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pires, R.S.A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. (Dissertação de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Plant, M., & Plant, M. (1992). *Risk-takers. alcohol, drugs, sex and youth*. London: Tavistock/Routledge.

- Poulin, C. & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96, 607-621.
- Pouta, A., Jarvelin, M-R, Hemminki, E., Sovio, U. & Hartikainen, A-L. (2005). Mothers and daughters: Intergenerational patterns of reproduction. *European Journal of Public Health*, 15 (2), 195-199.
- Prinstein, M.J., Meade, M.S & Cohen, G.L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (4), 243-249.
- Quinlan, R.J. (2003). Father absence, parental care and female reproductive development. *Evolution and Human Behavior*, 24, 376-390.
- Raffaelli, M. & Crockett, L.J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1036-1046.
- Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, G. & Thomas, C. (2004). School and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (eds), *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents*, 4. Copenhagen: WHO Europe.
- Relvas & Lourenço (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Auman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., ..., Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Revans, L. (2008). Preventing teenage pregnancy in looked-after children. *Community Care*, 24, 24-25.
- Richter, M. & Leppin, A. (2007). Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. *European Journal of Public Health*, 17 (6), 565-571.

- Richter, M., Leppin, A. & Gabhainn, S. (2006). The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: Findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 6, 289-297.
- Richter, M., Vereecken, C.A., Boyce, W., Maes, L., Nic Gabhainn, S. & Currie, C. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 54, 1-10.
- Rivara, F.P., Park, M.J. & Irwin Jr, C.E. (2009). Trends in adolescent and young adult morbidity and mortality. In R.J. DiClemente, J.S. Santelli & R.A. Crosby (Eds.), *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviours* (7-30). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Roche, K.M., Ahmed, S. & Blum, R.W. (2008). Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Social Science & Medicine*, 66, 2023-2034.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 643-665.
- Romer, D. & Hennessy, M. (2007). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science*, 8, 89-101.
- Ross, J., Godeau, E. & Dias, S. (2004). *Sexual health*. Copenhagen: WHO.
- Samdal, O., Dür, W. & Freeman, J. (2004). Life circumstances of young people-school. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study - International report from the 2001/2002 survey* (pp. 42-51). Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research: Theory & Practice*, 13 (3), 383-397.

- Santelli, J.S., Lindberg, L.D., Finer, L.B. & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health, 1* (97), 150 - 156.
- Santelli, J.S., Lowry, R., Brener, N. & Robin, L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health, 90*, 1582-1588.
- Santelli, J.S., Morrow, B., Anderson, J.E. & Lindberg, L.D. (2006a). Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38* (2), 106-111.
- Santelli, J.S., Speizer, L.S., Avery, A. & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health, 96* (11), 2009-2015.
- Santrock, J. W. (2008). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Scabini, E., Marta, E. & Lanz, M. (2006). *Transition to adulthood and family relations: An intergenerational perspective*. New York: Psychology Press.
- Scaramella, L. V., Conger, R. D., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1998). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Developmental Psychology, 34*, 1233-1245.
- Scharf, M., Maysless, O. & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology, 40* (3), 430-444.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2003). *Teorías de la personalidad (7ªEd.)*. Madrid: Thomson.
- Selman, R. (1980). *The development of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Settortobulte, W. & Matos, M.G. (2004). Peers. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settortobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study - International report from the 2001/2002 survey* (pp. 165-172). Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

- Shapiro, J.R. & Mangelsdorf, S. C. (1994). The determinants of parenting competence in adolescent mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (6), 621-641.
- Sieger, K. & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioural functioning, child characteristics, and social support. *Journal Youth Adolescence*, 36, 567 - 581.
- Sieverding, J.A., Adler, N., Witt, S. & Ellen, J. (2005). The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 724-729.
- Sieving, R.E., McNeely, C.S. & Blum, R. (2000). Maternal expectations, mother-child connectedness, and adolescent sexual debut. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154 (8), 809 - 816.
- Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Silva, M.A., Rivera, I.R., Carvalho, A.C., Guerra, A.H., & Moreira, T.C. (2006). The prevalence of end variables associated with smoking in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 82, 365-370.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, C. & Matos, M.G. (2008). Comportamentos de risco na adolescência: Factores associados ao início precoce da actividade sexual. In M. G. Matos (Ed.), *Sexualidade, segurança & SIDA - estado da arte e propostas em meio escolar* (pp. 117-142). Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Simões, C., Matos, M.G. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Crump, A.D., Eitel, P. & Saylor, K.S. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior*, 28 (1), 95-107.

- Singh, S., Darroch, J. & Frost, J. (2001). Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: The case of five developed countries. *Family Planning Perspectives*, 33, 251-258.
- Sionéan, C., DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B., Harrington, K., ..., Kim Oh, M. (2005). Socioeconomic status and self-reported gonorrhea among african american female adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 28 (4), 236-239.
- Smetana, J.G, Campione-Barr, N. & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Rev. Psychology*, 57, 255-284.
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 3, 281-299.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação, In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida* (pp.11-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da Maternidade* (pp.75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3, 373 - 384.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Spear, H.J. (2001). Teenage pregnancy: "Having a baby won't affect me that much". *Pediatric Nursing*, 27 (6), 574-580.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9 (2), 69-74.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.83

- Steven-Simons, C. & Kaplan, D. (1998). Teen childbearing trends: Which tide turned when and why? *Pediatrics*, 102, 1205-1207.
- Stroufe, A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation: psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Ed.). *The emergence of a discipline: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (pp.13-40). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Stueve, A. & O'Donnell, L. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95 (5), 887-893.
- Stice, E. (2003). Puberty and body image. In C. Hayward (Ed.). *Gender differences at puberty* (pp.129-135). New York: Cambridge University Press.
- Sumter, S.R., Bokhorst, C.L., Steinberg, L. & Westenberg, P.M. (2009). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist?. *Journal of Adolescence*, 32, 1009-1021.
- Susman, E.J., Dorn, L.D. & Schiefelbein, V.L. (2003). Puberty, sexuality and health. In R.M. Lerner, M.A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.). *Handbook of psychology: Developmental psychology* (pp. 295-324). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Susman, E.J., & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.) (pp. 15-44). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2003) *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Szigethy, E. M. & Ruiz P. (2001). Depression among pregnant adolescents: An integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158, 22-30.
- Tavares, B.F., Béria, J.U. & Lima, M.S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 787-796.
- Tavares, M. & Barros, H. (1996). Gravidez na adolescência em Portugal. *Revista de Epidemiologia*, 10 (4), 3 - 8.

- Teixeira, I. & Leal, I. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica*, 1/2 (13), 191-194.
- The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (2008). Unplanned pregnancy and family turmoil. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Retirado de [http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/Briefly\\_PolicyBrief\\_Factsaboutcontraception.pdf](http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/Briefly_PolicyBrief_Factsaboutcontraception.pdf)
- Theron, L. & Dunn, N. (2006). Coping strategies for adolescent birth-mothers who return to school following adoption. *South African Journal of Education*, 26 (4), 491-499.
- Tubman, J.G., Windle, M. & Windle, R.C. (1996). Cumulative sexual intercourse patterns among middle adolescents: Problem behavior precursors and concurrent health risk behaviours. *Journal of Adolescent Health*, 18, 182-191.
- UNFPA (2003). *The state of world population 2003: Investing in adolescents' health and rights*. New York: UNFPA.
- Van Horne, B.S., Wiemann, C.M., Berenson, A.B., Horwitz, I.B. & Volk, R.J. (2009). Multilevel predictors of inconsistent condom use among adolescent mothers. *American Journal of Public Health*, 99 (S2), 417-424.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: edição do autor.
- Veloso, S. & Matos, M.G. (2008). Adolescência e estilos de vida activos e saudáveis. In M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 304-338). Lisboa: Edições FMH.
- Vereecken, C., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S. & Currie, C. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 54, 203 - 212.
- Vilar, D. & Ferreira, P.M. (2009). Educação sexual dos jovens Portugueses: Conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.
- Wallace, J.M. & Forman, T.A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education & Behavior*, 25 (6), 721-741.

- Wanner, B., Vitaro, F., Carbonneau, R., & Tremblay, R.E. (2009). Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from midadolescence to young adulthood: additive and moderating effects of common risk factors. *Psychology of Addictive Behaviors, 23* (1), 91-104.
- Weiss, R.S. (1982). Attachment in adult life. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour*. London: Tavistock Publ.
- Westman, J.C. (2009). *Breaking the adolescent parent cycle - Valuing fatherhood and motherhood*. New York : University Press of America.
- Whitaker, D. & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research, 15* (2), 251-273.
- Whitaker, D., Miller, K. & Clark, L. (2000). Reconceptualizing adolescent sexual behavior: Beyond did they or didn't they?. *Family Planning Perspectives, 32* (3), 111-117.
- Whitaker, D., Miller, K., May, D. & Levin, M. (1999). Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives, 31* (3), 117-122.
- Whitehead, B. D., Wilcox, B. L., & Rostosky, S. S. (2001). *Keeping the faith: The role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Wilkinson, R.B. (2010). Best friend attachment versus peer attachment in the prediction of adolescent psychological adjustment. *Journal of Adolescence, 33* (5), 709-717.
- Williams, P.G., Holmbeck, G.N. & Greenley, R.N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (3), 828-842.
- Wills, T.A. & Cleary, S.D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology, 71* (5), 937-952.
- Wong, C., Eccles, J. & Sameroff, A. (2003). The influence of ethnic discrimination and ethnic identification on african american adolescents' school and socioemotional adjustment. *Journal of Personality, 7* (16), 1197-1232.

- World Health Organization (2002). *Adolescent friendly health services - an agenda for change*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *Adolescent pregnancy - unmet needs and undone deeds*. Geneva: World Health Organization.
- World Medical Association (2000). *World medical association declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*.
- Yang, H., Stanton, B., Li, X., Cottrel, L., Galbraith, J. & Kaljee, L. (2007). Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among african-american adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 99 (5), 517-524.
- Young, T.M., Martin, S.S., Young, M.E. & Ting, L. (2001). Internal poverty and teen pregnancy. *Adolescence*, 36 (142), 289-304.
- Zambon, A., Lemma, P., Borraccino, A., Dalmasso, P. & Cavallo, F. (2006). Socio-economic position and adolescents'health in Italy: The role of the quality of social relations. *European Journal of Public Health*, Vol. 16.