

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: QUAIS OS FATORES QUE  
INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO DE PROSEGUIR OU  
INTERROMPER A GRAVIDEZ?**

**Matilde Venâncio Balola Rosário Guerreiro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2016**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: QUAIS OS FATORES QUE  
INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO DE PROSEGUIR OU  
INTERROMPER A GRAVIDEZ?**

**Matilde Venâncio Balola Rosário Guerreiro**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2016**



## **Agradecimentos**

*Ao Professor Doutor João Justo, por toda a disponibilidade, ajuda e encorajamento que forneceu ao longo desta investigação. Pelo seu constante otimismo, pelo apoio, pelo conhecimento e sabedoria que me transmitiu.*

*À Maternidade Dr. Alfredo da Costa e, em especial, à Dr.<sup>a</sup> Maria de Jesus Lobo Correia e à Enfermeira Dora Leonardo, pelo apoio e disponibilidade que demonstraram antes e durante o processo de recolha da amostra.*

*A todas as participantes envolvidas nesta investigação, pelo contributo e pela partilha, que tornou possível a realização desta investigação.*

*A todos os colegas de faculdade que me acompanharam durante este longo percurso. Um agradecimento especial à Marisa, pela amizade, pela ajuda mútua, pela partilha e por todo o apoio nos momentos mais difíceis. À Catarina, pelo companheirismo e pelo apoio, durante a realização de toda a investigação.*

*A toda a minha família, por nunca duvidarem de que eu seria capaz.*

*Aos meus pais e à minha Tia, por estarem ao meu lado em todos os momentos, por acreditarem sempre em mim, pela preocupação constante. Pelo amor e apoio incondicional que recebo desde sempre.*

*Ao Fran, por estar sempre presente, pela paciência que demonstrou em muitos momentos, por ouvir os meus lamentos. Pela força e apoio constantes nos momentos mais difíceis, pela sua compreensão. Por todo o amor e carinho que me dá, por tudo.*

*Ao meu grupo de amigos mais próximo, pelo interesse, pela força que me foram dando e por estarem sempre comigo.*



## Resumo

**Objetivo:** A presente investigação pretende avaliar quais os fatores que poderão influenciar as adolescentes grávidas a prosseguirem ou a interromperem a sua gravidez. Os fatores a ter em conta são relativos à vivência dos estados emocionais, à perceção do apoio familiar, ao nível socioeconómico e às expectativas face ao bebé e face à maternidade.

**Participantes:** A amostra é constituída por 32 participantes. As participantes são adolescentes grávidas, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, frequentam a Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e a Instituição Ajuda de Mãe.

**Instrumentos:** Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond 1995, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004), Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) e Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebé e Face à Maternidade (Guerreiro & Serrudo, 2015).

**Hipóteses:** Espera-se que os estados emocionais das adolescentes grávidas, a perceção que as adolescentes grávidas têm do apoio familiar, o nível socioeconómico das adolescentes grávidas e as expectativas que as adolescentes grávidas têm face ao bebé e face à maternidade apresentem contributos significativos para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

**Resultados:** As hipóteses relativas aos estados emocionais, à perceção do apoio familiar e às expectativas face ao bebé e face à maternidade não foram confirmadas, sugerindo que estas variáveis não estão relacionadas com a tomada de decisão. A hipótese relativa ao nível socioeconómico foi parcialmente confirmada, o que significa que há aspetos do nível socioeconómico que contribuem para a explicação da variância estatística da tomada de decisão.

**Conclusão:** A variável nível socioeconómico relaciona-se significativamente com a variável tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Gravidez; Adolescência; Decisão; Prosseguimento; Interrupção.



## **Abstract**

**Aim:** This investigation aims to assess which factors may influence pregnant adolescents in order to continue or to interrupt pregnancy. The factors to be taken into account are related to the experience of emotional states, perception of family support, socioeconomic level and expectations towards the baby and motherhood.

**Participants:** There were 32 participants. The participants were pregnant adolescents, aged between 14 and 18 years, followed at the Consultation for Pregnant Adolescents at Maternidade Dr. Alfredo da Costa or at the institution Ajuda de Mãe.

**Instruments:** Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Anxiety, Depression and Stress Scale (Lovibond & Lovibond 1995, Portuguesa version of Pais-Ribeiro et al., 2004), Satisfaction with Social Support Scale (Ribeiro, 1999) and Questionnaire About Pregnant Adolescents' Expectations Towards the Baby and Motherhood (Guerreiro & Serrudo, 2015).

**Hypothesis:** It is expected that the emotional states of pregnant adolescents, the perception of pregnant adolescents relatively to family support, the socioeconomic level of pregnant adolescents and the pregnant adolescents' expectations about the baby and about motherhood will offer significant contributions for the explanation of the statistical variance of the variable taking decision about the pregnancy (to carry on or to interrupt pregnancy).

**Results:** The hypothesis related to emotional states, to the perception relatively to family support and to expectations towards the baby and the motherhood were not supported, suggesting that these variables are not related to decision about the pregnancy. The hypothesis related to the socioeconomic level was partially confirmed, which means that some aspects of the socioeconomic level do contribute to the explanation of the statistical variance of the decision about pregnancy.

**Conclusion:** The socioeconomic level is significantly related with the decision about to carry on or to interrupt pregnancy.

**Key-words:** Pregnancy; Adolescence; Decision; To carry on with pregnancy; To interrupt pregnancy.



# Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introdução Teórica</b> .....   | 1  |
| 1.1. Fase da Adolescência .....  | 1  |
| 1.2. Gravidez na Adolescência.....   | 2  |
| 1.3. Tomada de Decisão Face à Gravidez na Adolescência e Fatores Envolvidos .....                        | 8  |
| 1.3.1. A Gravidez na Adolescência como uma Forma de Comunicação entre as Adolescentes e as Famílias..... | 11 |
| <b>2. Problema de Investigação, Objetivo e Hipóteses</b> .....   | 13 |
| 2.1. Problema de Investigação .....  | 13 |
| 2.2. Objetivo da Investigação.....   | 13 |
| 2.3. Relevância do Problema de Investigação.....   | 13 |
| 2.4. Hipóteses Gerais .....  | 14 |
| <b>3. Metodologia</b> .....  | 15 |
| 3.1. Definição de Variáveis.....   | 15 |
| 3.2. Operacionalização das Variáveis .....   | 15 |
| 3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico .....   | 16 |
| 3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....   | 17 |
| 3.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....   | 18 |
| 3.2.4. Escala de Graffar.....  | 19 |
| 3.2.5. Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebê e Face à Maternidade .....    | 19 |
| 3.3. Hipóteses Específicas.....  | 23 |
| 3.4. Procedimento de Recolha da Amostra .....  | 23 |
| <b>4. Resultados</b> .....   | 25 |
| 4.1. Caracterização da Amostra .....   | 25 |
| 4.2. Testagem das Hipóteses .....  | 28 |
| 4.2.1. Testagem das Hipóteses Específicas.....   | 29 |
| 4.2.1.1 Testagem da HE1 .....  | 29 |
| 4.2.1.2. Testagem da HE2 .....   | 29 |
| 4.2.1.3. Testagem da HE3 .....   | 31 |
| 4.2.1.4. Testagem da HE4.....  | 31 |
| <b>5. Discussão e Conclusões</b> .....   | 33 |
| 5.1. Limitações.....   | 35 |
| <b>Bibliografia</b> .....  | 37 |



## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1:</b> Análise fatorial dos itens das expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe ..... | 21 |
| <b>Tabela 2:</b> Análise fatorial dos itens das expectativas da grávida face ao futuro bebé.....             | 22 |
| <b>Tabela 3:</b> Análise de regressão relativa à HE2, Subescala Satisfação com as Amizades .....             | 30 |
| <b>Tabela 4:</b> Análise de regressão relativa à HE2, Subescala Intimidade.....                              | 30 |
| <b>Tabela 5:</b> Análise de regressão relativa à HE2, Escala Total .....                                     | 30 |
| <b>Tabela 6:</b> Análise de regressão relativa à HE3 .....   | 31 |
| <b>Tabela 7:</b> Análise de regressão relativa à HE4, Subescala Expectativas face ao Bebé .....              | 32 |



## Índice de Anexos

**Anexo I.** Carta ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Anexo II.** Carta à Exma. Sra. Dra. Maria de Jesus Lobo Correia, Coordenadora do Pólo MAC do Serviço de Psicologia do C.H.L.C

**Anexo III.** Carta à Exma. Sra. Dra. Maria de Jesus Lobo Correia, Psicóloga Responsável pela Intervenção Psicológica em Obstetrícia na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Anexo IV.** Carta à Exma. Sra. Diretora do Serviço de Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Anexo V.** Carta à Exma. Sra. Diretora da Consulta de Adolescentes Grávidas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Anexo VI.** Carta à Exma. Sra. Enfermeira Chefe da Consulta de Adolescentes Grávidas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Anexo VII.** Carta à Exma. Sra. Dra. Sara Sereno, Psicóloga responsável pelo atendimento a grávidas adolescentes que solicitam a interrupção voluntária da gravidez

**Anexo VIII.** Folha de Informação ao Participante

**Anexo IX.** Consentimento Informado

**Anexo X.** Pedido de Autorização para uso da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e para uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

**Anexo XI.** Questionário Sociodemográfico e Clínico

**Anexo XII.** Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

**Anexo XIII.** Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

**Anexo XIV.** Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebê e Face à Maternidade

**Anexo XV.** Análise da Consistência Interna da Ansiedade

**Anexo XVI.** Análise da Consistência Interna da Depressão

**Anexo XVII.** Análise da Consistência Interna da Depressão sem o Item 5

**Anexo XVIII.** Análise da Consistência Interna do Stress

**Anexo XIX.** Análise da Consistência Interna do Stress sem o Item 6

**Anexo XX.** Análise da Consistência Interna da Satisfação com as Amizades

**Anexo XXI.** Análise da Consistência Interna da Intimidade

**Anexo XXII.** Análise da Consistência Interna da Satisfação com a Família

**Anexo XXIII.** Análise da Consistência Interna da Satisfação com a Família sem o Item 10

**Anexo XXIV.** Análise da Consistência Interna das Atividades Sociais

**Anexo XXV.** Análise da Consistência Interna das Expectativas enquanto Mãe

**Anexo XXVI.** Análise da Consistência Interna das Expectativas face ao futuro do Bebê

**Anexo XXVII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Ansiedade

**Anexo XXVIII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Depressão

**Anexo XXIX.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Stress

**Anexo XXX.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Escala total

**Anexo XXXI.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Satisfação com as Amizades

**Anexo XXXII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Intimidade

**Anexo XXXIII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Satisfação com a Família

**Anexo XXXIV.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Atividades Sociais

**Anexo XXXV.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Escala Total

**Anexo XXXVI.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Graffar

**Anexo XXXVII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Expectativas da Grávida

**Anexo XXXVIII.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Expectativas Filho

**Anexo XXXIX.** Análise de Regressão da Variável Dependente Tomada de Decisão e Variável Independente Escala Total

**Anexo XL.** Ajustamento à Distribuição Normal



## **1. Introdução Teórica**

### **1.1. Fase da Adolescência**

A adolescência caracteriza-se pela fase de transição do indivíduo entre a infância e a idade adulta, uma fase do desenvolvimento humano onde ocorrem diversas transformações e mudanças. Estas mudanças tanto são de carácter físico relativamente às alterações do corpo, como são de carácter biopsicossocial relativamente à sexualidade, à construção da própria identidade e ao ganho da autonomia (Cabral, Araújo, Braga, Cordeiro, Moraes & Dias, 2015).

Os adolescentes encontram-se então numa fase de desenvolvimento, nomeadamente, um desenvolvimento a nível biológico / orgânico, a nível psicológico e a nível social, sendo que o mesmo é influenciado por vários fatores. Além disso, o desenvolvimento dos adolescentes parece ser cada vez mais rápido.

A nível biológico / orgânico, é de notar as várias alterações que ocorrem no corpo de uma adolescente, sendo a idade da menarca um desses exemplos, visto que se tem verificado que a menarca surge numa idade cada vez mais precoce. O facto de a idade da menarca ser precoce poderá estar associado à ocorrência de uma gravidez também mais precoce do que seria de esperar, ou seja, a ocorrência de uma gravidez antes de a adolescência ter terminado. É possível que haja também uma influência por parte do contexto social em que a adolescente cresceu e onde está inserida, na precocidade das alterações corporais e também na precocidade da gravidez (Justo, 2000).

A nível social, é de realçar o desenvolvimento que tem havido por parte da sociedade em relação à divulgação da sexualidade, através dos diversos meios de comunicação. Desta

maneira, os adolescentes estão cada vez mais expostos à vida sexual por intermédio da cultura (Justo, 2000).

A adolescência constitui um período de intensa conflituosidade na vida dos adolescentes. É visível a existência de um conflito entre o desenvolvimento biológico / orgânico do adolescente que lhe é favorável e o desenvolvimento social que, em muitos casos, é desfavorável ao adolescente (Justo, 2000).

Relativamente à sexualidade na adolescência, esta é marcada pelo surgimento da puberdade. O início da adolescência caracteriza-se, assim, pelo desenvolvimento do aparelho genital, pela inclusão da atividade sexual e pelas alterações intrapsíquicas daí resultantes. Sendo a sexualidade uma questão inicial da vida do adolescente, esta questão engloba o agir, precisa de uma elaboração mental por parte do adolescente e envolve o corpo e a sua imagem (Marcelli & Braconnier, 2005).

## **1.2. Gravidez na Adolescência**

A gravidez na adolescência constitui um problema de saúde pública, pelo que é importante que este problema seja explorado de forma cuidada e pormenorizada. O facto de a atividade sexual começar cada vez mais cedo na fase da adolescência, pode levar a que ocorra uma gravidez que tanto pode ser aceite como recusada, levando por vezes ao aborto. O aborto é considerado como um risco na gravidez na adolescência, em que podem estar envolvidos vários fatores nesta decisão de interrupção da gravidez. Em alguns casos, as adolescentes não estão suficientemente informadas e não se sentem apoiadas, o que poderá ter como consequência o aborto. Considera-se assim relevante e necessário haver medidas de

prevenção e de controlo em relação a uma possível gravidez na adolescência (Azevedo, Diniz, Fonseca, Azevedo & Evangelista, 2015).

A ocorrência de uma gravidez nesta fase pode resultar em dificuldades no desenvolvimento futuro da própria adolescente bem como no desenvolvimento do próprio bebé. Sendo assim, a gravidez na adolescência é considerada como uma gravidez de risco, representando um risco biológico tanto para as mães como para os bebés, e causando algum impacto a nível da vida da mãe, nomeadamente da sua vida escolar e profissional. O nível socioeconómico surge muitas vezes associado à ocorrência da gravidez na adolescência, em que as classes económicas mais desfavorecidas estão mais ligadas a esta ocorrência. Os fatores emocionais surgem também ligados à gravidez na adolescência, no sentido de que esta gravidez leva a diversas consequências emocionais nos adolescentes envolvidos. Mais concretamente, os adolescentes podem experienciar medo, insegurança, sentimentos de solidão e desespero, principalmente no momento em que tomam conhecimento da gravidez (Taborda, Silva, Ulbricht & Neves, 2014).

Uma gravidez na adolescência pode então causar inúmeras alterações na vida da adolescente, pelo facto de vir a interferir bastante no seu percurso de vida enquanto adolescente, mas também pelo facto de aumentar as suas responsabilidades ao vir a ser mãe (Araújo, 2015). A gravidez na adolescência é então considerada um problema social, visto que pode levar a riscos tanto no desenvolvimento da adolescente como no desenvolvimento do próprio bebé (Braga, 2015). O facto de a adolescente não possuir a preparação necessária nesta fase para poder cuidar de um bebé, poderá assim causar os referidos riscos. Deste modo, é possível verificar que a gravidez durante a adolescência está envolta de várias dificuldades, podendo até levar a consequências negativas que interferem na vida da adolescente, como o abandono da escola, problemas a nível familiar, abandono por parte do companheiro, falta de apoio familiar, perdas na vivência da fase da adolescência, estados

emocionais de medo, dúvidas e desespero, entre outras (Cabral, Araújo, Braga, Cordeiro, Moraes & Dias, 2015).

A partir dos resultados de algumas investigações, é possível salientar algumas características das adolescentes grávidas. As adolescentes grávidas apresentam uma autoestima baixa, tal como, um conjunto de sinais clínicos que indicam conflito, defensividade e perturbação psicológica (Zongker, 1977; cit. in Justo, 2000). Têm uma relação menos profunda com as suas mães (Rogers & Lee, 1992; cit. in Justo, 2000), manifestam mais problemas escolares e, antes de engravidarem, não tinham o hábito de usar métodos contraceptivos (Holden et al., 1993; cit. in Justo, 2000). As adolescentes grávidas ou as adolescentes que já tenham tido uma história de gravidez tiveram a sua primeira relação sexual precocemente e, também, reconhecem uma maior importância quanto à influência que os outros podem ter na sua saúde (Morgan et al., 1995; cit. in Justo, 2000).

Considera-se que a idade é um fator fundamental na gravidez na adolescência, a partir do qual se observam diferenças em determinadas idades. É estimado que, uma gravidez que ocorra depois dos 16 anos de idade, não leve a riscos elevados tanto para a gravidez como para o parto. Enquanto, numa gravidez que ocorra antes dos 15 anos de idade, os riscos serão mais elevados, podendo levar a infeções urinárias, anemias e mesmo a um parto pré-termo. Conclui-se, assim, que a mortalidade perinatal será mais elevada quanto mais jovem for a mãe (Marcelli & Braconnier, 2005).

Em muitos dos casos de gravidez na adolescência, a ocorrência da gravidez está inserida num ambiente de rutura, sendo os riscos psicossociais relevantes e em grande número. A adolescente pode viver isolada, não tendo qualquer ligação aos pais, pode já ter abandonado a escola e pode, também, manifestar frequentemente comportamentos agressivos. Deste modo, o seu nível sociocultural apresenta-se como fraco, a sua maneira de

viver é confusa e os conflitos com a família são frequentes. O facto de ocorrer uma gravidez neste ambiente irá acentuar, ainda mais, o próprio ambiente de rutura e também o isolamento da adolescente; a descoberta da gravidez poderá contribuir para a exclusão da adolescente a vários níveis, nomeadamente, a nível familiar, escolar e afetivo. Tendo em conta o que foi mencionado e como consequência disso, estas adolescentes podem estar afetadas a nível psicológico, notando-se uma falta de afeto e uma falta de autoestima (Marcelli & Braconnier, 2005).

A partir dos resultados de vários estudos, é de salientar que os riscos para a criança também aumentam à medida que diminui a idade da mãe. No que se refere à qualidade das interações entre uma mãe adolescente e o seu bebé, as adolescentes manifestam durante a gravidez poucas preocupações maternas ansiosas e apresentam alguma instabilidade a nível do investimento no bebé, tal como também apresentam uma menor sensibilidade às necessidades do bebé, mostrando menos afeto e menos atenção na interação com o próprio (Culpa et al., 1991; Osofsky et al., 1993; citados por Marcelli & Braconnier, 2005). Considera-se que a maioria das mães adolescentes têm tendência a envolver-se em interações menos adequadas com os seus bebés. Sendo assim, estes bebés apresentam-se menos bem desenvolvidos e com uma ligação menos segura às suas mães (Landy, Schubert, Cleland & Montgomery, 1984). Deste modo, o surgimento de uma gravidez na adolescência poderá estar associado a um nível psicossocial fraco da adolescente e irá afetar o processo de elaboração psíquica da adolescente. A maternidade adolescente poderá significar para a adolescente a entrada no mundo adulto. No entanto, uma gravidez na adolescência poderá representar uma falha na vivência da adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005).

São vários os fatores de risco que podem levar ao surgimento de uma gravidez na adolescência, entre eles, o nível socioeconómico, as redes de apoio, a história de vida familiar e, os recursos psicológicos, entre outros. No que se refere às redes de apoio e, mais

concretamente ao apoio familiar, a família pode não aceitar a gravidez numa primeira fase. Por ser uma gravidez tão precoce, pode provocar um certo choque e alguma revolta na família, embora, posteriormente, a gravidez possa vir a ser aceite por parte da família e vivenciada de forma prazerosa (Cabral, Araújo, Braga, Cordeiro, Moraes & Dias, 2015).

Tendo em conta a perceção das adolescentes grávidas face à gravidez, Stenberg e Blinn (1993, cit. in Spear & Lock, 2003) pretenderam explorar os sentimentos das adolescentes em relação à sua autoestima e à sua imagem corporal durante a gravidez. Concluiu-se que, tanto nas descrições da autoestima como nas descrições da imagem corporal, as adolescentes grávidas expressaram perceções negativas, demonstrando também sentimentos variados. Quanto à autoestima, viam-se como nervosas, preocupadas, deprimidas, solitárias e mal-humoradas. Em relação à imagem corporal, viam os seus corpos em mudança, descrevendo-os como feios.

Oxley e Weekes (1997, cit. in Spear & Lock, 2003) abordaram alguns temas em relação à gravidez na adolescência, nomeadamente o significado da gravidez, a avaliação e perceção da gravidez, a perceção de apoio e as estratégias de coping para gerir a gravidez. No que diz respeito ao significado da gravidez, as adolescentes atribuem a gravidez à entrada no mundo adulto, reconhecendo que a gravidez melhorou a visão que têm sobre a vida e que lhes trouxe satisfação. No entanto, apesar de atribuírem a gravidez à entrada no mundo adulto, reconhecem que ainda dependem da família, da qual recebem um apoio constante.

A partir da visão dos estudos acima descritos, é possível constatar que a gravidez na adolescência tanto pode ser vista por um lado mais negativo, como pode ser vista por um lado mais positivo. Enquanto algumas adolescentes possuem uma autoestima e uma imagem corporal negativa durante a gravidez (Mackey & Tiller, 1998; Stenberg & Blinn, 1993;

citados por Spear & Lock, 2003), outras adolescentes vêm a gravidez como uma característica da entrada no mundo adulto (Clifford & Brykczynski, 1999; Oxley & Weekes, 1997; Stevens, 1994; citados por Spear & Lock, 2003) e como uma maneira de terem uma visão mais positiva sobre a vida (Oxley & Weekes, 1997; SmithBattle, 1995; citados por Spear & Lock, 2003).

Estudos que investigaram o ponto de vista das adolescentes grávidas acerca da gravidez e do respetivo impacto nas suas vidas, mostraram que a gravidez na adolescência foi vista como um assunto positivo e normativo. SmithBattle e Leonard (1995; cit. in Spear & Lock, 2003) descobriram que, para algumas adolescentes, a gravidez e o facto de virem a ser mães deu um significado positivo às suas vidas. Adolescentes grávidas reconheceram que a gravidez tornou-as mais independentes e fez com que passassem ao mundo adulto (Ivey, 1999; Oxley & Weekes, 1997; Stevens, 1994, citados por Spear & Lock, 2003). Algumas mães adolescentes mostraram, também, que continuavam a depender muito das suas próprias mães, através das quais recebiam apoio (Mackey & Tiller, 1998; Oxley & Weekes, 1997; Sciarra & Ponterotto; 1998, citados por Spear & Lock, 2003).

Alguns estudos abordaram a influência, tanto positiva como negativa, que a maternidade na adolescência poderá ter no futuro das mães adolescentes. Lesser e colaboradores (1998; cit. in Spear & Lock, 2003) mostraram que as adolescentes esperavam mais responsabilidade e respeito pelo facto de virem a ser mães. No estudo de Arenson (1994; cit. in Spear & Lock (2003), a parentalidade foi descrita como estando associada a uma melhoria na vida das adolescentes. SmithBattle (1995, cit. in Spear & Lock, 2003) mostrou que havia alguma ambivalência por parte das adolescentes quanto à parentalidade, embora houvesse algumas adolescentes que viam a parentalidade com uma influência positiva nas suas vidas.

### **1.3. Tomada de Decisão Face à Gravidez na Adolescência e Fatores Envolvidos**

Tendo em conta uma maior compreensão acerca da tomada de decisão das adolescentes grávidas quanto ao prosseguimento ou à interrupção da gravidez, é de extrema importância explorar a influência que diversos fatores poderão ter nesta tomada de decisão.

A adolescente, ao confrontar-se com uma gravidez, pode experienciar diversas emoções, nomeadamente, medo, culpa, confusão e preocupação. Este conjunto de emoções poderá refletir-se na tomada de decisão que a adolescente realiza face à gravidez, como é o caso de algumas adolescentes que decidem interromper a gravidez através do aborto. Há, também, adolescentes que tomam a decisão de prosseguir a gravidez, aceitando e ficando com o bebé enquanto outras adolescentes, embora prossigam a gravidez, oferecem depois o bebé para adoção. Esta tomada de decisão levada a cabo pela adolescente pode ser influenciada pelos conselhos e pelo apoio das pessoas que lhe são mais próximas e com quem mantém uma forte relação, geralmente os seus pais e o seu parceiro, mas pode também ser influenciada pelos valores e atitudes pessoais da própria adolescente (Loke & Lam, 2014).

O facto de a adolescente fazer parte de uma família não intacta (Evans, 2001; Murry, 1995; cit. in Pires, Pereira, Pedrosa, Vilar, Vicente & Canavarro, 2015), de ter uma história de gravidez adolescente na família (Evans, 2001; cit. in Pires, Pereira, Pedrosa, Vilar, Vicente & Canavarro, 2015) e de ter um nível socioeconómico reduzido (Eisen, Zellman, Leibowitz, Chow, & Evans, 1983; Murry, 1995; cit. in Pires, Pereira, Pedrosa, Vilar, Vicente & Canavarro, 2015) são fatores que poderão influenciar a decisão de prosseguir a gravidez.

Farber (1991; cit. in Spear & Lock, 2003) procurou investigar a história da tomada de decisão da gravidez entre mães adolescentes de vários níveis socioeconómicos, através do

uso de entrevistas semiestruturadas. Os resultados mostraram que a tomada de decisão variou tanto pelo nível socioeconómico como pela raça. Por um lado, as famílias de raça negra de nível socioeconómico médio decidiram-se pelo aborto, enquanto as famílias de raça branca de nível socioeconómico médio decidiram-se pela oferta para adoção. As famílias de nível socioeconómico inferior, tanto de raça negra como de raça branca, decidiram ficar com o bebé. A investigação demonstra, assim, a influência do nível socioeconómico na tomada de decisão, mais concretamente, a associação que existe entre ter um nível socioeconómico inferior e a decisão do prosseguimento da gravidez.

Face à própria tomada de decisão acerca da gravidez, a adolescente envolve os seus pais quando percebe que existe uma boa comunicação entre ambos e, também, por sentir que existe alguma dependência da sua parte em relação aos mesmos (Griffin-Carlson e Mackin, 1993; cit. in Justo, 2000). Esta tomada de decisão poderá, então, ser influenciada pelos próprios valores da adolescente, os seus valores pessoais, mas também pelos valores familiares e pelos valores religiosos (Farber, 1991; cit. in Justo, 2000).

No que se refere à perceção das mães adolescentes sobre o apoio que recebem da família e dos amigos, o estudo de Richardson e colaboradores (1991; cit. in Bromberg, 1996) mostrou que as adolescentes recebem um apoio significativo, embora, ao mesmo tempo, também sintam que essas mesmas pessoas interferem muito nas suas vidas. O apoio recebido, por parte da família e dos amigos, foi considerado sobretudo a nível emocional, material e a nível da educação das crianças. Este estudo mostra, assim, a influência que uma gravidez na adolescência tem sobre toda a rede de apoio.

Quanto aos casos de interrupção da gravidez, o aborto surge como um dos maiores problemas enfrentados tanto pela própria adolescente como pela sua família, como

consequência da decisão de interrupção da gravidez na adolescência. O facto de a gravidez ter ocorrido inesperadamente e de ser indesejada para a adolescente constitui uma forte razão para a adolescente decidir interrompê-la. De acordo com Pinotti e Faundes (1989; cit. in Bromberg, 1996), uma gravidez indesejada deriva de um erro por parte da sociedade em facultar informações às mulheres acerca de assuntos como o corpo, a sexualidade, a reprodução e a contraceção, de maneira a evitar que ocorra uma gravidez na fase da adolescência. O aborto pode, então, resultar das reações emocionais da adolescente face à gravidez e face ao facto de vir a ser mãe, como pode também resultar do apoio social que a adolescente recebe durante a sua tomada de decisão (Niemela, 1985, citado por Bromberg, 1996). Um aborto na adolescência resultará em consequências negativas e marcantes na vida da adolescente. A adolescente encontra-se numa fase de construção da sua identidade que poderá ser afetada pela ocorrência de um aborto, sendo que o aborto pode também vir a interferir no caso de a adolescente se tornar mãe já em idade adulta, afetando assim a sua imagem de mãe (Bromberg, 1996).

A adolescente grávida ou já está a viver a crise da adolescência ou ainda terá de a viver, sendo que a construção da identidade é um dos aspetos essenciais nesta crise. Ou seja, a adolescente irá perder algo da sua identidade passada (da infância) e da sua identidade atual (da adolescência), para que agora possa construir a sua identidade adulta. Deste modo, uma perda a partir da interrupção voluntária da gravidez (IVG) poderá afetar psicologicamente a adolescente, levando a que se sinta frágil, sem forças e sem energia. A IVG poderá, também, vir a interferir no próprio desenvolvimento da adolescente, tal como a nível da sua maturidade, visto que é um acontecimento negativo e pode trazer complicações na vida da adolescente (Justo, 2000).

Segundo Berger e colaboradores (1991; cit. in Justo, 2000), as adolescentes que se decidem pelo prosseguimento da gravidez têm uma autoestima superior em relação às

adolescentes que se decidem pela interrupção da gravidez. A decisão tomada pelas adolescentes quanto à interrupção da gravidez poderá fazer com que depois se sintam mais insatisfeitas e apresentem um maior sofrimento psicológico (Franz & Reardon, 1992; cit. in Justo, 2000). Em relação ao apoio familiar que as adolescentes recebem, mais concretamente, o apoio que recebem dos pais poderá influenciar a reação psicológica das adolescentes que se decidem pela interrupção da gravidez (Justo, 2000). De acordo com Bracken e colaboradores (1974; cit. in Justo, 2000), a reação das adolescentes é mais negativa quando os pais são contra a sua decisão. Por outro lado, a reação das adolescentes é mais positiva quando os pais apoiam a sua decisão.

### **1.3.1. A Gravidez na Adolescência como uma Forma de Comunicação entre as Adolescentes e as Famílias**

A gravidez na adolescência tem um importante significado para a adolescente, ao permitir o seu desenvolvimento a nível psicológico e o ganho de mais maturidade. A progressão maturativa por parte da adolescente pode, também, refletir-se no amadurecimento da sua família. As primeiras reações da família à gravidez, nomeadamente das mães das adolescentes, são muitas vezes negativas, havendo um possível “choque” ao receberem a notícia. No entanto, passado algum tempo muitas destas mães acabam por conseguir aceitar a gravidez e decidem acompanhá-la e enquadrá-la dentro dos procedimentos médicos, de maneira a que decorra de forma saudável (Justo, 2000).

É a partir de esta aceitação da gravidez por parte da mãe da adolescente que a própria adolescente poderá sentir uma maior estabilidade tanto psicológica como familiar, o que influenciará positivamente a sua relação precoce e a vinculação ao bebé, tal como a prestação

de cuidados anteriores ao nascimento do bebê e a sua maturação no sentido da maternidade (Justo, 2000). É importante, para a adolescente, reconhecer que pode contar com o apoio da família na fase da maternidade, havendo uma comunicação constante entre ambas, mas também reconhecer que pode contar com o apoio social, como o dos amigos, relevando assim a importância destas redes de apoio (Kissman, 1990; cit. in Justo, 2000). A comunicação entre as adolescentes e as suas famílias poderá influenciar alguns pontos acerca da vida das mães adolescentes, como a relação destas mães com o pai do bebê, o possível abandono da escola e a procura de recursos necessários ao bebê (Nathanson et al., 1986; cit. in Justo, 2000).

## **2. Problema de Investigação, Objetivo e Hipóteses**

### **2.1. Problema de Investigação**

Este projeto de investigação centra-se na seguinte questão acerca da gravidez na adolescência “*Quais os fatores que influenciam a tomada de decisão das adolescentes grávidas prosseguirem ou interromperem a gravidez?*”.

### **2.2. Objetivo da Investigação**

A presente investigação pretende avaliar quais os fatores que poderão influenciar as adolescentes grávidas a prosseguirem ou a interromperem a sua gravidez. Os fatores a ter em conta são relativos à vivência dos estados emocionais, à perceção do apoio familiar, ao nível socioeconómico e às expectativas face ao bebé e face à maternidade.

### **2.3. Relevância do Problema de Investigação**

Sendo a gravidez na adolescência um assunto complexo na nossa sociedade, é importante que este assunto seja mais investigado, pelo facto de poder ter implicações positivas tanto para a população em causa como para o futuro da sociedade.

Ou seja, uma nova investigação acerca da gravidez na adolescência será muito útil para a população adolescente bem como para a população em geral, podendo, também, ser útil a nível clínico. É importante trazer mais conhecimento que será fundamental para as adolescentes poderem ser alvo de melhor informação, possibilitando a adoção de melhores

estratégias de prevenção. Além disso, para a população em geral, é igualmente importante o aprofundar do conhecimento acerca de um assunto que é tão abordado no nosso país.

Será, também, relevante para que, com a informação obtida, os técnicos de saúde possam lidar melhor com a população em causa, participando em estratégias de intervenção que possam ser mais eficazes na referida população.

## **2.4. Hipóteses Gerais**

Face ao objetivo apresentado, foram formuladas as seguintes hipóteses.

**Hipótese Geral 1:** Os estados emocionais das adolescentes grávidas dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez. **Hipótese Geral 2:** A perceção que as adolescentes grávidas têm do apoio familiar dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez. **Hipótese Geral 3:** O nível socioeconómico das adolescentes grávidas dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez. **Hipótese Geral 4:** As expectativas que as adolescentes grávidas têm face ao bebé e face à maternidade dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Definição de Variáveis**

Na Hipótese Geral 1, a variável independente é relativa à vivência dos estados emocionais e a variável dependente é relativa à tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez. Na Hipótese Geral 2, a variável independente é relativa à percepção do apoio familiar e a variável dependente é relativa à tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez. Na Hipótese Geral 3, a variável independente é relativa ao nível socioeconómico e a variável dependente é relativa à tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez. Na Hipótese Geral 4, a variável independente é relativa às expectativas face ao bebé e face à maternidade e a variável dependente é relativa à tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez.

#### **3.2. Operacionalização das Variáveis**

As variáveis sociais, demográficas e clínicas dos participantes serão operacionalizadas através do *Questionário Sociodemográfico e Clínico*. As variáveis relacionadas com a variável independente vivência dos estados emocionais serão operacionalizadas através da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress*. As variáveis relacionadas com a variável independente percepção do apoio familiar serão operacionalizadas através da *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. As variáveis relacionadas com a variável independente nível socioeconómico serão operacionalizadas através da *Escala de Graffar*, incluída no Questionário Sociodemográfico e Clínico. As variáveis relacionadas com a variável independente expectativas face ao bebé e face à maternidade serão operacionalizadas através

do *Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebê e Face à Maternidade*. As variáveis relacionadas com a variável dependente tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez serão operacionalizadas através do *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (perguntada inserida no Questionário).

### **3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O Questionário Sociodemográfico e Clínico, construído para esta investigação, tem como objetivo a recolha de informações gerais sobre as participantes e sobre a sua gravidez.

O seu conteúdo inclui numa primeira parte os dados biográficos da mãe, nomeadamente a data de nascimento, a nacionalidade, a escolaridade, o estatuto ocupacional, conjugal e socioeconómico. É perguntado também nesta primeira parte com quem vive, se tem ou não relação com o pai do bebé e, no caso de ter, como classifica a qualidade dessa relação, se vive junto com o pai do bebé e, no caso de viver junto, há quanto tempo e se vai ter o apoio da família após o nascimento do bebé. De seguida, são perguntados alguns dados biográficos acerca do pai do bebé, como a data de nascimento, a nacionalidade, a escolaridade, o estatuto ocupacional, conjugal e socioeconómico.

Por fim, seguem-se os dados relativos à gravidez, em que é perguntado se a gravidez foi planeada e desejada, se tem acompanhamento médico e, no caso de ter, desde quando é que tem, o tempo atual de gestação, quando comunicou a gravidez aos seus pais e ao pai do bebé, se já teve alguma gravidez anterior, se já fez ecografias e, no caso de já ter feito, em que momento da gestação ocorreram, o que resultou dessas ecografias (se deram como resultado que está tudo bem ou se deram como resultado que há alguma coisa preocupante e, neste último caso, pede-se para especificar), se a gravidez alterou os hábitos alimentares e os

hábitos de sono, se a gravidez envolveu outras alterações e, no caso de ter envolvido, pede-se para especificar e, por último, as ocorrências clínicas durante a gravidez, em que são apresentados alguns exemplos para selecionar. Numa última questão, é perguntado qual é a tomada de decisão da participante em relação à gravidez no preciso momento, mais concretamente, quanto ao prosseguimento, à interrupção ou à indefinição da gravidez, pedindo-se nesta última opção para especificar.

### **3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond 1995, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) foi desenvolvida com o objetivo de discriminar a totalidade dos sintomas de Ansiedade e Depressão. Após os autores Lovibond e Lovibond terem realizado o estudo fatorial da escala, verificaram que existia um novo fator, o Stress, que incluía os itens menos discriminativos das outras duas dimensões (ansiedade e depressão).

A EADS é composta então por três subescalas, sendo elas a Subescala de Ansiedade, a Subescala de Depressão e a Subescala de Stress, em que os 21 itens que a constituem estão distribuídos pelas três dimensões, cada uma com sete itens. Os itens de cada dimensão procuram avaliar aspetos teoricamente inseridos na dimensão (Leal, Antunes, Passos, Ribeiro & Maroco, 2009).

A Depressão abrange a disforia, o desânimo, a desvalorização da vida, a auto depreciação, a falta de interesse ou de envolvimento, a anedonia e a inércia. A Ansiedade engloba a excitação do sistema autónomo, os efeitos músculo esqueléticos, a ansiedade situacional e as experiências subjetivas de ansiedade. O Stress inclui a dificuldade em relaxar,

a excitação nervosa, o estar facilmente agitado / chateado, a irritabilidade / reação exagerada e a impaciência (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004, citados por Leal, Antunes, Passos, Ribeiro & Maroco, 2009).

A resposta é dada segundo uma escala do tipo Likert de 4 pontos (de 0 “Não se aplicou a mim de maneira nenhuma” a 3 “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), em que o sujeito avalia a extensão em que experimentou cada sintoma durante a última semana (Leal, Antunes, Passos, Ribeiro & Maroco, 2009).

A partir dos dados da amostra da presente investigação, foram obtidos os seguintes valores de consistência interna: Ansiedade,  $\alpha = .864$ , Depressão,  $\alpha = .912$  e Stress,  $\alpha = .904$ .

### **3.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) foi construída para avaliar a satisfação com o suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar. Deste modo, os itens refletem a satisfação dos sujeitos com a sua vida social, nomeadamente com a que têm com os familiares e amigos, e com as atividades sociais que desenvolvem.

Sendo assim, a Escala engloba quatro subescalas, sendo elas a Subescala da Satisfação com as Amizades, a Subescala da Intimidade, a Subescala da Satisfação com a Família e a Subescala das Atividades Sociais. A ESSS é composta por 15 itens, em que o sujeito deverá assinalar o grau em que concorda com cada um, segundo uma escala do tipo Likert de 5 posições (de A “Concordo totalmente” a E “Discordo totalmente”).

A partir dos dados da amostra da presente investigação, foram obtidos os seguintes valores de consistência interna: Satisfação com as Amizades,  $\alpha = .851$ , Intimidade,  $\alpha = .511$ , Satisfação com a Família,  $\alpha = .798$  e Atividades Sociais,  $\alpha = .730$ .

#### **3.2.4. Escala de Graffar**

A Escala de Graffar (1956) é composta por cinco categorias, sendo elas a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimento familiar, o conforto do alojamento e o aspeto do bairro habitado. Em cada uma destas categorias, há cinco níveis e do conjunto de todos os níveis resulta um valor total, sendo que este valor total tem de ser reconvertido de 1 a 5.

#### **3.2.5. Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebê e Face à Maternidade**

O Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebê e Face à Maternidade (Guerreiro & Serrudo, 2015) tem como objetivo avaliar quais são as expectativas que as grávidas adolescentes têm face ao bebê e face à maternidade. Os itens pertencentes ao questionário foram gerados a partir da análise do conteúdo de alguns artigos, de maneira a que fosse possível termos um conjunto de expectativas tanto positivas como negativas, em relação a duas grandes áreas.

Por um lado, uma das grandes áreas diz respeito às expectativas face ao bebê (por exemplo, “Penso que o meu filho vai ter um bom futuro”), enquanto a outra grande área é relativa às expectativas face à maternidade (por exemplo, “Depois do nascimento do meu bebê, não vou ter dificuldades em sentir-me mãe”). O conteúdo dos itens engloba, assim, estas duas grandes áreas, vistas tanto de um modo positivo como de um modo negativo.

Os itens foram aplicados a uma amostra de adolescentes grávidas. Estas adolescentes foram entrevistadas na Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (n = 32) além de outras entrevistas que foram conduzidas na rede social da investigadora (n = 1) e também em contexto institucional (n = 1), conduzindo a um total de 34 protocolos.

Na referida amostra pode-se constatar que a média de idades centra-se nos 16.62 anos, sendo que a idade mínima é de 14 anos e a idade máxima é de 19 anos, com um desvio padrão de 1.16. A maioria das participantes são de nacionalidade Portuguesa (73.5%) enquanto 26.5% são de outras nacionalidades. O número de anos de estudo concluídos com sucesso encontra-se numa média de 7.97 anos, em que o mínimo é de 4 anos e o máximo é de 12 anos, com um desvio padrão de 2.08. A maioria são estudantes (73.5%) enquanto 20.6% não está no ativo. Em relação ao estatuto conjugal, 91.2% das participantes são solteiras. Quanto ao estatuto socioeconómico, 44.1% das participantes são classificadas no nível médio, 26.5% são classificadas no nível médio inferior e 5.9% são classificadas no nível médio superior. Relativamente ao tempo de gestação, apresenta-se uma média de 20.63 semanas, em que o mínimo é de 5 semanas e o máximo é de 38, com um desvio padrão de 11.46.

Com os resultados desta amostra foram realizadas duas Análises Fatoriais de componentes principais. A primeira destas análises diz respeito aos itens relacionados com as expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe. A segunda análise diz respeito aos itens das expectativas da grávida face ao futuro bebé.

Quanto aos itens relacionados com as expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe, foram obtidos os resultados apresentados: KMO = .612; Teste de esfericidade de Bartlett = 194.581, df = 55, p = .000. Os valores da anti imagem situaram-se entre .209 e

.724. O primeiro fator explica 411.878% da variância e o segundo fator explica somente 13.057%.

Tal como se pode observar na Tabela 1, apresenta-se a Análise Fatorial dos itens das expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe, com extração forçada a dois fatores.

*Tabela 1: Análise fatorial dos itens das expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe*

| Itens  | Fator 1 | Fator 2 |
|--------|---------|---------|
| QEG_1  | .536    | .343    |
| QEG_2  | .511    | -.153   |
| QEG_4  | .739    | .171    |
| QEG_5  | .880    | .334    |
| QEG_10 | -.797   | .078    |
| QEG_12 | -.001   | .450    |
| QEG_14 | -.455   | .687    |
| QEG_15 | -.552   | .514    |
| QEG_18 | .865    | .094    |
| QEG_20 | .789    | .275    |
| QEG_21 | -.468   | .353    |

A análise da Consistência Interna destes itens mostrou que os itens 12 e 14 deveriam ser eliminados. O item 12 foi eliminado devido ao valor da anti imagem (.209). O item 14 foi também excluído, pelo facto de a ampla maioria dos itens se associar ao primeiro fator, tendo-se optado por uma solução uni fatorial. Desse modo, o item 14 foi excluído.

Sendo assim, a escala final só utiliza os itens 1, 2, 4, 5, 10, 15, 18, 20 e 21, sendo que os itens 10, 15 e 21 tiveram de ser reconvertidos. O valor final de Alfa de Cronbach relativo às Expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe,  $\alpha = .857$ .

Quanto aos itens relacionados com as expectativas da grávida face ao futuro bebé, foram obtidos os resultados apresentados: KMO = .859; Teste de esfericidade de Bartlett = 460.735, df = 45, p = .000. Os valores da anti imagem situam-se entre .802 e .908. A variância explicada pelo primeiro fator é de 77.609%.

Na Tabela 2, pode observar-se a Análise Fatorial, sem extração forçada, dos itens das expectativas da grávida face ao futuro do bebé.

*Tabela 2: Análise fatorial dos itens das expectativas da grávida face ao futuro bebé*

| Itens  | Fator 1 |
|--------|---------|
| QEG_3  | .955    |
| QEG_6  | -.793   |
| QEG_7  | .930    |
| QEG_8  | .899    |
| QEG_9  | -.899   |
| QEG_11 | .942    |
| QEG_13 | .901    |
| QEG_16 | .906    |
| QEG_17 | -.671   |
| QEG_19 | .876    |

A análise da Consistência Interna destes itens mostrou que os itens 6, 9 e 17 deveriam ser invertidos. Deste modo, a escala final utiliza os itens 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 19. O valor final de Alfa de Cronbach relativo às expectativas da grávida face ao futuro bebé,  $\alpha = .964$ .

### **3.3. Hipóteses Específicas**

Hipótese Específica 1: Em adolescentes grávidas, as variáveis ansiedade, depressão e stress dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

Hipótese Específica 2: Em adolescentes grávidas, a variável satisfação com a família dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

Hipótese Específica 3: Em adolescentes grávidas, o estatuto socioeconómico (Estatuto superior vs. Estatuto baixo) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

Hipótese Específica 4: Em adolescentes grávidas, as variáveis das expectativas face ao bebé e das expectativas face à maternidade dão contributos significativos para a explicação da variância estatística da variável tomada de decisão face à gravidez.

### **3.4. Procedimento de Recolha da Amostra**

Inicialmente, foi entregue às participantes uma Folha de Informação ao Participante, que contém informação acerca da investigação bem como acerca dos direitos das participantes e, de seguida, foi entregue o Consentimento Informado. Posteriormente, foi preenchido o Questionário Sociodemográfico e Clínico com base nas informações fornecidas pelas participantes. Depois foi pedido às participantes para preencherem os restantes questionários, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário das Expectativas de Grávidas Adolescentes Face ao Bebé e

Face à Maternidade. A resposta aos questionários foi realizada numa única sessão que durou aproximadamente trinta minutos. Os dados obtidos foram confidenciais e anónimos, sendo somente analisados de acordo com os objetivos da investigação.

Os critérios de inclusão das participantes na presente investigação foram os seguintes: 1- ser do sexo feminino; 2 - ter entre 14 e 19 anos; 3 - frequentar a Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa; 4 - estar grávida. Os critérios de exclusão das participantes na presente investigação foram os seguintes: 1 - não ser do sexo feminino; 2 - não ter entre 14 e 19 anos; 3 - não estar grávida. Apesar disso, também houve a colaboração por parte da Instituição Ajuda de Mãe, onde foi feita a aplicação a uma participante.

## 4. Resultados

Após a obtenção dos dados decorrentes da aplicação dos diferentes instrumentos, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23, de modo a prosseguir-se para a análise estatística desses mesmos dados. Inicialmente, será feita a caracterização da amostra recolhida para, de seguida, se apresentar a testagem das hipóteses.

### 4.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi recolhida na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde foram obtidos 31 protocolos, e na Instituição Ajuda de Mãe, onde foi obtido 1 protocolo. A amostra é então constituída por 32 participantes.

No que diz respeito às mães, a média de idades centra-se nos 16.56 anos, sendo que a idade mínima é de 14 anos e a idade máxima é de 18 anos, com um desvio padrão de 1.11. A maioria das participantes são de nacionalidade Portuguesa (71.9%) enquanto 28.1% são de outras nacionalidades. O número de anos de estudo concluídos com sucesso encontra-se numa média de 7.88 anos, em que o mínimo é de 4 anos e o máximo é de 12 anos, com um desvio padrão de 2.01. A maioria são estudantes (78.1%) enquanto 21.9% não está no ativo. Em relação ao estatuto conjugal, 93.8% das participantes são solteiras e 6.3% das participantes são casadas. Quanto ao estatuto socioeconómico, 46.9% das participantes são classificadas no nível médio, 25% são classificadas no nível médio inferior e 6.3% são classificadas no nível médio superior. As participantes vivem, na sua maioria, com a família nuclear (75%), 18.8% vive com a família do namorado e 6.3% vive numa instituição. De todas as participantes, 87.5% tem relação com o pai do bebé e 12.5% não tem relação com o pai do bebé. Relativamente às participantes que têm relação com o pai do bebé, 43.8%

classificam a relação como Muito Boa, 34.4% classificam-na como Boa e 9.4% classificam como Razoável. As participantes que vivem com o pai do bebé dizem respeito a 21.9% enquanto 78.1% das participantes não vive com o pai do bebé. Do total de participantes que vivem com o pai do bebé, o tempo que vivem juntos centra-se numa média de 17 meses, em que o mínimo é de 2 meses e o máximo é de 48 meses, com um desvio padrão de 16.34. Em relação ao apoio da família após o nascimento do bebé, 62.5% consideram que vão ter o apoio da família e 3.1% referem ou que não vão ter o apoio da família ou que não sabem se vão ter.

No que diz respeito aos pais, a média de idades centra-se nos 19.78 anos, sendo que a idade mínima é de 16 anos e a idade máxima é de 32 anos, com um desvio-padrão de 3.46. Semelhante às mães, a maioria dos pais são de nacionalidade Portuguesa (65.6%) enquanto 34.4% são de outras nacionalidades. O número de anos de estudo concluídos com sucesso encontra-se numa média de 8.79 anos, em que o mínimo é de 4 anos e o máximo é de 12 anos, com um desvio padrão de 2.32. Em relação ao estatuto ocupacional, a maioria está no ativo (46.9%), 34.4% são estudantes e 18.8% não está no ativo. Em relação ao estatuto conjugal, 90.6% são solteiros e 9.4% são casados ou vivem em união de facto. Quanto ao estatuto socioeconómico, 46.9% são classificados no nível médio, 12.5% são classificados no nível médio inferior e 9.4% são classificados no nível médio superior.

No que diz respeito à gravidez, 90.6% das participantes considera que a gravidez não foi planeada e 9.4% considera que foi planeada. Há 59.4% das participantes que considera que a gravidez foi desejada, enquanto 37.5% consideram que não foi desejada. De todas as participantes, 87.5% tem acompanhamento médico e 12.5% não tem acompanhamento médico. Das participantes que têm acompanhamento médico, as semanas de gravidez que tinham quando começaram o acompanhamento encontra-se numa média de 11.79 semanas, em que o mínimo é de 4 semanas e o máximo é de 30 semanas, com um desvio padrão de

6.78. O tempo de gestação (em semanas) situa-se numa média de 20.63, em que o mínimo é de 5 semanas e o máximo é de 38 semanas, com um desvio padrão de 11.46. A altura em que as participantes comunicaram a gravidez aos seus pais (em semanas) situa-se numa média de 10.94, em que o mínimo é de 3 semanas e o máximo é de 29 semanas, com um desvio padrão de 6.53. A altura em que as participantes comunicaram a gravidez ao pai do bebé (em semanas) situa-se numa média de 9.62, em que o mínimo é de 3 semanas e o máximo é de 27 semanas, com um desvio padrão de 6.24. Em relação à ocorrência de uma gravidez anterior, 81.3% não teve uma gravidez anterior e 18.8% já teve uma gravidez anterior. De todas as participantes, 90.6% já fez ecografias da atual gravidez e 9.4% não fez ecografias. Das participantes que já fizeram ecografias, o momento da gestação (em semanas) em que ocorreu a primeira ecografia situa-se numa média de 12.34, em que o mínimo é de 4 semanas e o máximo é de 31 semanas, com um desvio padrão de 6.31. Relativamente ao resultado das ecografias realizadas, 84.4% referiu que o resultado foi favorável e 15.6% ou ainda não fizeram ecografias ou ainda não sabem os resultados. Quanto à alteração dos hábitos alimentares decorrente da gravidez, 59.4% das participantes refere que houve uma alteração e 40.6% refere que não houve alteração. Quanto à alteração dos hábitos de sono decorrente da gravidez, 81.3% das participantes refere que houve uma alteração e 18.8% refere que não houve alteração. Em relação à gravidez ter envolvido outras alterações, 71.9% das participantes considera que não envolveu e 28.1% considera que envolveu, nomeadamente, a nível escolar, a nível das relações familiares e a nível das relações sociais. Relativamente às ocorrências clínicas durante a gravidez, 56.3% das participantes considera que houve ocorrências clínicas, nomeadamente, aumento da tensão arterial, contrações do útero, vómitos, infeções urinárias e internamentos e 43.8% considera que não houve ocorrências clínicas. Quanto à tomada de decisão em relação à gravidez, 65.6% das participantes

decidiram prosseguir a gravidez, 31.3% decidiram interromper a gravidez e 3.1% ainda não tinha definido a sua decisão.

#### 4.2. Testagem das Hipóteses

Para se proceder ao teste das hipóteses foi feita uma análise estatística de regressão linear. Para este efeito, as variáveis categoriais utilizadas sofreram uma recodificação dicotómica a 0 e 1. Com base nesta análise foi possível verificar se existia o problema da multicolinearidade, de forma a não haverem variáveis que repetissem a mesma informação. Deste modo, foram tidos em conta os valores de tolerância ( $< .1$ ) e de VIF ( $> 10$ ). Todas as variáveis intervalares utilizadas foram submetidas à testagem do ajustamento à distribuição normal. As variáveis escolaridade do pai, tempo de gestação, EADS-stress, ESSS-intimidade, ESSS-atividades sociais e expectativas da grávida face a si própria enquanto mãe não se afastam significativamente da distribuição normal. Em relação às outras variáveis, a inspeção dos Q-Q Plots permite concluir que os afastamentos em causa não impedem a utilização das análises de regressão.

Para cada um dos testes de hipóteses realizado, a variável dependente consistiu na tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez enquanto as variáveis independentes foram introduzidas do seguinte modo: **Modelo 1**- idade da mãe, escolaridade da mãe, estatuto ocupacional da mãe e escala de Graffar da mãe; **Modelo 2**- escolaridade do pai, estatuto ocupacional do pai e qualidade da relação com o pai do bebé; **Modelo 3**- gravidez planeada, gravidez vigiada, semanas em que a gravidez começou a ser vigiada e tempo de gestação; **Modelo 4**- variou conforme a variável independente de cada uma das hipóteses.

## **4.2.1. Testagem das Hipóteses Específicas**

### **4.2.1.1 Testagem da HE1**

A Hipótese Específica 1 (variável dependente “tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez”, variável independente “estados emocionais”) não foi confirmada. Tal significa que os estados emocionais das adolescentes grávidas não dão qualquer contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente. As análises de regressão da Hipótese Específica 1 podem ser consultadas através dos anexos XXVII / XXVIII / XXIX e XXX.

### **4.2.1.2. Testagem da HE2**

A Hipótese Específica 2 (variável dependente “tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez”, variável independente “perceção do apoio familiar”) não foi confirmada. Tal significa que a perceção que as adolescentes grávidas têm do apoio familiar não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente. As análises de regressão da Hipótese Específica 2 podem ser consultadas através dos anexos XXXI / XXXII / XXXIII / XXXIV e XXXV.

No entanto, a Subescala Satisfação com as Amizades apresenta um valor muito perto da significância ( $p = .099$ ). A testagem da Subescala Satisfação com as Amizades pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3: Análise de regressão relativa à HE2, Subescala Satisfação com as Amizades

| Modelo | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | Erro padrão da estimativa | Acréscimo R <sup>2</sup> | Acréscimo de F | gl1 | gl2 | Sig. do acréscimo de F |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|-----|-----|------------------------|
| 1      | .758 | .574           | .331                    | .42107                    | .574                     | 2.363          | 4   | 7   | .151                   |
| 2      | .826 | .683           | .303                    | .43004                    | .108                     | .856           | 2   | 5   | .479                   |
| 3      | .996 | .992           | .972                    | .08583                    | .309                     | 61.264         | 2   | 3   | .004                   |
| 4      | .999 | .999           | .992                    | .04556                    | .006                     | 8.648          | 1   | 2   | .099                   |

A Subescala Intimidade apresenta também um valor muito perto da significância ( $p = .091$ ). A testagem da Subescala Intimidade pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4: Análise de regressão relativa à HE2, Subescala Intimidade

| Modelo | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | Erro padrão da estimativa | Acréscimo R <sup>2</sup> | Acréscimo de F | gl1 | gl2 | Sig. do acréscimo de F |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|-----|-----|------------------------|
| 1      | .758 | .57<br>4       | .331                    | .42107                    | .574                     | 2.363          | 4   | 7   | .151                   |
| 2      | .826 | .68<br>3       | .303                    | .43004                    | .108                     | .856           | 2   | 5   | .479                   |
| 3      | .996 | .99<br>2       | .972                    | .08583                    | .309                     | 61.264         | 2   | 3   | .004                   |
| 4      | .999 | .99<br>9       | .993                    | .04385                    | .006                     | 9.493          | 1   | 2   | .091                   |

E no mesmo sentido, a Escala Total apresenta também um valor muito perto da significância ( $p = .088$ ). A testagem da Escala Total pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5: Análise de regressão relativa à HE2, Escala Total

| Modelo | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | Erro padrão da estimativa | Acréscimo R <sup>2</sup> | Acréscimo de F | gl1 | gl2 | Sig. do acréscimo de F |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|-----|-----|------------------------|
| 1      | .758 | .57<br>4       | .331                    | .42107                    | .574                     | 2.363          | 4   | 7   | .151                   |
| 2      | .826 | .68<br>3       | .303                    | .43004                    | .108                     | .856           | 2   | 5   | .479                   |
| 3      | .996 | .99<br>2       | .972                    | .08583                    | .309                     | 61.264         | 2   | 3   | .004                   |
| 4      | .999 | .99<br>9       | .993                    | .04302                    | .006                     | 9.943          | 1   | 2   | .088                   |

#### 4.2.1.3. Testagem da HE3

A Hipótese Específica 3 (variável dependente “tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez”, variável independente “nível socioeconómico”) foi confirmada. Tal significa que o nível socioeconómico das adolescentes grávidas dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente.

A testagem da HE3 pode ser observada na Tabela 6.

Tabela 6: Análise de regressão relativa à HE3

| Modelo | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | Erro padrão da estimativa | Acréscimo R <sup>2</sup> | Acréscimo de F | gl1 | gl2 | Sig. do acréscimo de F |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|-----|-----|------------------------|
| 1      | .654 | .427           | .213                    | .45692                    | .427                     | 1.990          | 3   | 8   | .194                   |
| 2      | .771 | .594           | .255                    | .44440                    | .166                     | 1.228          | 2   | 6   | .357                   |
| 3      | .981 | .961           | .894                    | .16781                    | .368                     | 19.040         | 2   | 4   | .009                   |
| 4      | .996 | .992           | .972                    | .08583                    | .031                     | 12.291         | 1   | 3   | .039                   |

Tal como se observa na Tabela 6, o modelo 4 dá um contributo significativo ( $p = .039$ ) para a explicação da variância estatística da variável dependente tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez.

#### 4.2.1.4. Testagem da HE4

A Hipótese Específica 4 (variável dependente “tomada de decisão das adolescentes grávidas face à gravidez”, variável independente “expectativas que as adolescentes grávidas têm face ao bebé e face à maternidade”) não foi confirmada. Tal significa que as expectativas

que as adolescentes grávidas têm face ao bebê e face à maternidade não dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente. As análises de regressão da Hipótese Específica 4 podem ser consultadas através dos anexos XXXVII / XXXVIII e XXXIX.

No entanto, a Subescala Expectativas face ao Bebê apresenta um valor muito perto da significância ( $p = .082$ ). A testagem da Subescala Expectativas face ao Bebê pode ser observada na Tabela 7.

*Tabela 7: Análise de regressão relativa à HE4, Subescala Expectativas face ao Bebê*

| Modelo | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | Erro padrão da estimativa | Acréscimo R <sup>2</sup> | Acréscimo de F | gl1 | gl2 | Sig. do acréscimo de F |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|-----|-----|------------------------|
| 1      | .758 | .57<br>4       | .331                    | .42107                    | .574                     | 2.363          | 4   | 7   | .151                   |
| 2      | .826 | .68<br>3       | .303                    | .43004                    | .108                     | .856           | 2   | 5   | .479                   |
| 3      | .996 | .99<br>2       | .972                    | .08583                    | .309                     | 61.264         | 2   | 3   | .004                   |
| 4      | .999 | .99<br>9       | .993                    | .04164                    | .006                     | 10.748         | 1   | 2   | .082                   |

## 5. Discussão e Conclusões

Tendo em conta os resultados obtidos, apresenta-se de seguida a discussão desses mesmos resultados como também algumas conclusões que foram possíveis retirar a partir dos mesmos.

Na Hipótese Específica 3, verificou-se que o nível socioeconómico das adolescentes grávidas, isto é, o nível baseado entre um estatuto superior e um estatuto baixo, apresenta um contributo significativo para a explicação da variável dependente tomada de decisão ( $p = .039$ ). Pode concluir-se que o nível socioeconómico das adolescentes grávidas parece contribuir para a sua tomada de decisão em relação à gravidez. Esta conclusão vai, de certo modo, de encontro ao que foi sugerido em pesquisas anteriores. O facto de se possuir um nível socioeconómico inferior pode estar associado à decisão do prosseguimento da gravidez (Eisen, Zellman, Leibowitz, Chow, & Evans, 1983; Murry, 1995; cit. in Pires, Pereira, Pedrosa, Vilar, Vicente & Canavarro, 2015). O mesmo foi sugerido num estudo de Farber (1991; cit. in Spear & Lock, 2003) em que se verificou a existência de uma associação entre um nível socioeconómico inferior e a decisão do prosseguimento da gravidez. Foi também verificado que o nível socioeconómico pode estar muitas vezes associado à ocorrência de uma gravidez na adolescência, sendo que o nível inferior é o que aparece mais ligado a esta ocorrência (Taborda, Silva, Ulbricht & Neves, 2014). Na nossa amostra, a correlação entre o nível socioeconómico e a tomada de decisão é negativa ( $r = -.365$ ). Tendo em conta a codificação que fizemos dos valores destas variáveis, a conclusão é que são as adolescentes de nível socioeconómico inferior que apresentam maiores probabilidades de prosseguirem com a sua gravidez.

Na Hipótese Específica 1, em relação à variável independente estados emocionais das adolescentes grávidas, isto é, os estados de ansiedade, depressão e stress, verificou-se que

esta variável não contribui significativamente para a explicação da variável dependente tomada de decisão. No entanto, é possível constatar que existem estudos onde é abordada esta variável independente e a sua associação com a gravidez na adolescência. O facto de a gravidez na adolescência estar ligada a diversas dificuldades, pode levar ao surgimento de consequências negativas que interferem na vida da própria adolescente, sendo uma dessas consequências a presença de estados emocionais negativos da adolescente (Cabral, Araújo, Braga, Cordeiro, Moraes & Dias, 2015). No mesmo sentido, as adolescentes grávidas podem apresentar uma baixa autoestima e até mesmo sinais clínicos de perturbação psicológica (Zongker, 1977; cit. in Justo, 2000). Pode, então, haver a possibilidade de estas adolescentes estarem afetadas a nível psicológico, marcadas pela falta de afeto e baixa autoestima (Marcelli & Braconnier, 2005).

Na Hipótese Específica 2, a variável independente percepção que as adolescentes grávidas têm do apoio familiar não contribui significativamente para a explicação da variável dependente tomada de decisão. No entanto, verifica-se que existem estudos onde é abordada esta questão, associada ao momento em que as adolescentes já são mães. No estudo de Richardson e colaboradores (1991; cit. in Bromberg, 1996) verificou-se que a percepção das mães adolescentes acerca do apoio familiar e do apoio dos amigos está associada a um apoio positivo que poderá já ser recorrente durante a gravidez. A consideração de um apoio positivo poderá explicar a tomada de decisão destas mães em terem prosseguido a gravidez. O apoio recebido por parte da família e dos amigos (apoio social) pode estar relacionado com a competência das adolescentes enquanto mães. Num estudo de Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran (2012) verificou-se que baixos níveis de apoio social podem estar associados a uma baixa competência das mães adolescentes. Por outro lado, altos níveis de apoio social percebidos durante a gravidez podem estar associados a uma maior autoeficácia e satisfação em mães adolescentes. O mesmo estudo realça, então, a importância de haver uma

estrutura forte de apoio social durante a gravidez que influenciará a competência parental após o nascimento do bebé.

Na Hipótese Específica 4, relativamente à variável independente expectativas que as adolescentes grávidas têm face ao bebé e face à maternidade, esta variável não contribui significativamente para a explicação da variável dependente tomada de decisão. A partir de alguns estudos é possível retirar algumas conclusões acerca desta variável independente. Verifica-se que uma grande parte das adolescentes grávidas demonstra expectativas altas face à maternidade assim como face ao bebé, o que pode estar associado à decisão do prosseguimento da gravidez. As adolescentes grávidas veem a gravidez como a entrada no mundo adulto, esperando uma melhoria na sua vida e uma maior satisfação (Oxley & Weekes, (1997, cit. in Spear & Lock, 2003). Deste modo, é atribuído um significado positivo à vida destas adolescentes, derivado da ocorrência de uma gravidez e do seu futuro enquanto mães (SmithBattle & Leonard, 1995; cit. in Spear & Lock, 2003). No estudo de Lesser e colaboradores (1998; cit. in Spear & Lock, 2003) verificou-se, também, que as adolescentes esperam mais responsabilidade e respeito pelo facto de virem a ser mães.

### **5.1. Limitações**

Quanto às limitações da presente investigação, é importante começar por referir que a amostra seleccionada é uma amostra limitada, tendo em conta a existência de uma dificuldade maior para se obter este tipo de amostra.

Houve também um tempo muito reduzido para a recolha da amostra, derivado ao atraso com que foi recebida a autorização para o início da recolha. Deste modo, a amostra

obtida é uma amostra reduzida. Sendo assim, as conclusões retiradas a partir da mesma não se poderão generalizar à população Portuguesa.

Seria interessante haver novos estudos no que diz respeito à gravidez na adolescência, nomeadamente, acerca da tomada de decisão face à gravidez, como foi explorado nesta investigação. A pertinência destes novos estudos poderia levar a uma menor polémica envolta acerca do tema na nossa sociedade. Além disso, a recolha da amostra seria também mais pertinente se houvesse uma estratificação em relação aos vários trimestres da gravidez, de forma a poder obter-se informação mais rica e detalhada.

## Bibliografia

- Azevedo, W., Diniz, M., Fonseca, E., Azevedo, L., & Evangelista, C. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*, *13*(4), 618-626.
- Bromberg, M. (1996). Aborto na adolescência: um duplo luto. *Família e comunidade. Coletâneas da Associação Nacional de Pesquisa*, *1*(2), 51-85.
- Cabral, A., Araújo, V., Braga, L., Cordeiro, C., Moraes, M., & Dias, M. (2015). Percepções da gravidez em adolescentes gestantes. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)*, *7*(2), 2526-2536.
- 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.
- Landy, S., Schubert, J., Cleland, J., & Montgomery, J. (1984). The Effect of Research with Teenage Mothers on the Development of Their Infants. *Journal of Applied Social Psychology*, *14*(5), 461-468.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(3-4), 388-397.
- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 277-284.
- Loke, A., & Lam, P. (2014). Pregnancy resolutions among pregnant teens: termination, parenting or adoption? *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 421.

- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). Adolescence et Psychopathologie. *Manuais Universitários 41*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pires, R., Pereira, J., Pedrosa, A., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. (2015). Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa. *Análise Psicológica*, 33(1), 19-38.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.
- Spear, H., & Lock, S. (2003). Qualitative research on adolescent pregnancy: a descriptive review and analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 397-408.
- Taborda, J., Silva, F., Ulbricht, L., & Neves, E. (2014). Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(1), 16-24.