

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



MEMÓRIAS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
VIVÊNCIA PSICOLÓGICA E ESTIGMA SOCIAL

**Cátia Maria Joaquim Almeida**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica  
Dinâmica**

**2020**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



MEMÓRIAS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
VIVÊNCIA PSICOLÓGICA E ESTIGMA SOCIAL

**Cátia Maria Joaquim Almeida**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica  
Dinâmica**

**2020**





## **AGRADECIMENTOS**

A presente Dissertação de Mestrado que se segue é, entre tantas outras coisas, a representação simbólica de um percurso que chega ao fim.

Durante este caminho, foram muitas as experiências que pude desfrutar ao longo dos anos que passei na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sendo que todas elas contribuíram de forma enriquecedora para a minha formação, não só enquanto formanda de Psicologia, mas também como ser empático.

Destaco e agradeço muito ao Professor Doutor João Rosado de Miranda Justo toda a orientação, conselhos, recomendações, disponibilidade e apoio prestado na elaboração deste trabalho, bem como a todos os professores que de alguma forma fizeram parte deste percurso ao partilharem com paixão e rigor o seu conhecimento, fazendo crescer ainda mais o meu gosto pela Psicologia.

Agradeço também à FPUL por ser a instituição prestigiosa que sabe acolher, ensinar e formar os seus estudantes de uma forma global mas estruturante para a formação intelectual e académica dos que nela têm o privilégio de fazer parte.

Este percurso não teria sido possível sem a minha família e todo o apoio que me deu nos momentos de dúvida e incerteza e na alegria que partilhou comigo a cada conquista e superação. Por este motivo, esta Dissertação de Mestrado não é apenas minha, mas nossa.

Aos meus pais que, com amor, me ampararam e acreditaram em mim, por me escutarem e incentivarem a ser melhor e a fazer melhor, a superar e a crescer e sobretudo a valorizar as minhas origens.

Aos meus irmãos que sempre foram as minhas referências, pelos seus exemplos de coragem e perseverança, agradeço do coração, tudo o que fizeram para que eu pudesse investir na minha formação e por me mostrarem a importância do conhecimento. Pela motivação e apoio que o meu irmão Mauro sempre me deu. Por

todo o apoio das minhas queridas irmãs Tatiana e Lolita que sempre estiveram lá para mim e que com ternura me protegeram, cuidaram, aconselharam, ajudaram a crescer e ensinaram a ser resiliente.

Às minhas grandes amigas e companheiras de “viagem” Mónica e Vanessa, por seguirem comigo neste caminho. Obrigada por estarem presentes e me fazerem sentir plena!

Dedico especialmente a minha Dissertação de Mestrado muito afetuosamente à minha irmã Lolita, que um dia me pediu para nunca perder a minha essência e que foi uma das minhas motivações e inspirações no interesse por este tema e dedico-a também a todas as jovens que, sabendo de cor os caminhos da desigualdade, foram tenazes na solidificação de direitos e igualdades fundamentais.

A todas as participantes desta investigação que ao partilharem a sua história, permitiram que este tema tão delicado e importante pudesse ser melhor compreendido. O meu sincero agradecimento!

Por último, resta-me apenas dizer que acredito que este trajeto que agora chega ao fim é apenas o terminar de uma etapa, abrindo-me as portas para outras que espero começar a trilhar num futuro não muito distante, fazendo uso daquilo que aprendi para bem representar a Faculdade de Psicologia da Faculdade de Lisboa onde quer que os dias me levem.

Por isso, a todos aqueles que me acompanharam até aqui, e que continuarão a acompanhar-me no futuro, muito obrigada!

“Vocês querem entender a gravidez na adolescência? Então é preciso olhar para além da  
nossa barriga, ouvir também nossa cabeça e nosso coração.”

(UNFPA, 2017)



## RESUMO

**Introdução teórica:** A presente dissertação de Mestrado pretende ser um contributo para o estudo da gravidez na adolescência, nomeadamente para a compreensão das vivências e bem-estar psicológico de adolescentes grávidas, tendo em conta experiências de vida e contextos sociais, abordando questões de género, educação sexual e reprodutiva e o direito de igualdade de oportunidades, dando ênfase aos riscos físicos e psicológicos associados à adolescência e suas especificidades. Assim, propomo-nos analisar a evolução psicológica de adolescentes grávidas a fim de compreender de que forma é que a gravidez precoce, não planeada e ou não desejada, afeta a saúde e o bem-estar mental de jovens dos 10 aos 19 anos e compreender de que forma uma rede de apoio (família, amigos, professores, técnicos e psicólogos) pode contribuir para o bem-estar de jovens mães adolescentes e seus filhos, bem como ajudá-las a desenvolver habilidades para a vida. **Metodologia:** Participantes: mulheres (N = 60) entre 18 e 61 anos que tiveram o seu primeiro filho durante a adolescência. Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Parental Bonding Instrument, Questionário de Consciência de Estigma adaptado para a Gravidez na Adolescência, Escala de Vinculação Pré-Natal Materna e Escala de Ansiedade Depressão e Stress. **Procedimento:** Recrutamento *on-line* com recurso à plataforma Qualtrics, utilizando o Consentimento Informado, foi divulgado nas redes sociais. **Resultados:** Parece haver um planeamento, ainda que inconsciente, da gravidez ocorrida em adolescentes que procuram um significado para a sua vida, o que contribui para uma vinculação materna mais estruturante. A superproteção da mãe parece desempenhar um papel significativo na forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal e parece influenciar negativamente os estados emocionais das jovens, gerando dificuldades na resposta à ansiedade e ao *stress*. O cuidado materno funciona como fator protetor na resposta à depressão. **Conclusões:** Podemos concluir que as memórias da relação com as figuras parentais influenciam a forma como se desenvolve o ajustamento dos estados emocionais, bem como a vinculação materna.

**Palavras-chave:** adolescência; gravidez; estigma; vinculação materna.



## ABSTRACT

**Theoretical Introduction:** This Master's thesis aims to be a contribution to the study of adolescent pregnancy, namely to the understanding of the experiences and psychological well-being of pregnant adolescents, taking into account life experiences and social contexts, addressing gender issues, sexual and reproductive education and the right to equal opportunities, emphasizing the physical and psychological risks associated with adolescence and its specificities. Thus, we propose to analyse the psychological evolution of pregnant adolescents in order to understand how early pregnancy, unplanned and or unwanted, affects the health and mental well-being of young people from 10 to 19 years old and to understand how a support network (family, friends, teachers, technicians and psychologists) can contribute to the well-being of young adolescent mothers and their children, as well as help them to develop life skills.

**Methodology:** Participants: women (N = 60) between 18 and 61 who had their first child during adolescence. **Instruments:** Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Parental Bonding Instrument, Stigma Awareness Questionnaire adapted for Adolescent Pregnancy, Maternal Pre-Natal Bonding Scale and Depression, Stress and Anxiety Scale. **Procedure:** Online recruitment using the Qualtrics platform, using Informed Consent, was disseminated through social networks. **Results:** There seems to be a planning, even if unconscious, of pregnancy taking place in adolescents who, probably, are seeking for meaning in their lives, contributing to a more structuring maternal bond. The overprotection of the mother seems to play a significant role in the way prenatal maternal attachment develops and seems to negatively influence the emotional states of the teenagers, generating difficulties in abilities to cope with anxiety and stress. Maternal care functions as a protective factor in the response to depression. **Conclusions:** We can conclude that the memories of the relationships with the parental figures influence the way by which the adjustment of emotional states develops, as well as the maternal attachment.

**Keywords:** adolescence; pregnancy; stigma; maternal bonding.



# ÍNDICE

I - Introdução.....	1
II - Enquadramento Teórico .....	3
2.1 A adolescência como período de crise e de mudanças transformadoras para a formação da identidade associada à gravidez .....	3
2.2 A gravidez na adolescência em Portugal: do estigma e alienação social à educação sexual na escola.....	8
2.3 Fatores de risco .....	11
2.4 Empoderamento feminino e o direito à escolha: mudanças de paradigma .....	13
2.5 Género e (des)igualdade de oportunidades .....	14
2.6 Vinculação materna.....	15
2.7 A influência do cuidado e da superproteção maternos nos estados emocionais .....	18
2.8 Apoio psicológico para grávidas e mães adolescentes .....	19
III - Objetivos de Investigação, Questões de Investigação e Hipóteses .....	21
3.1. Objetivos de investigação.....	21
3.2. Hipóteses .....	21
IV - Metodologia.....	23
4.1. Definição de variáveis.....	23
4.2. Operacionalização de variáveis.....	23
4.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	23
4.2.2. Parental Bonding Instrument.....	24
4.2.4. Stigma Consciousness and Self-Efficacy.....	26
4.2.5 Depression Anxiety Stress Scales .....	27
4.3 Participantes .....	28
4.4. Procedimento.....	31
4.4.1. Plataforma Qualtrics.....	32
V – Resultados .....	35
5.1. Testagem das Hipóteses .....	35

5.1.1. Testagem da Hipótese 1 .....	35
5.1.2. Testagem da Hipótese 2 .....	36
5.1.3. Testagem da Hipótese 3 .....	36
5.1.4. Testagem da Hipótese 4 .....	36
5.1.5. Testagem da Hipótese 5 .....	43
5.1.6. Testagem da Hipótese 6 .....	43
VI – Discussão e Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas .....	51

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas da amostra .....	28
<b>Tabela 2.</b> Características relativas à gravidez .....	29
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da relação com o pai .....	29
<b>Tabela 4.</b> Apoio, mudanças e oportunidades .....	29
<b>Tabela 5.</b> Acompanhamento médico e psicológico .....	30
<b>Tabela 6.</b> Características sociodemográficas do pai .....	31
<b>Tabela 7.</b> Análise de regressão da H1, VI - intensidade da preocupação, VD - superproteção da mãe .....	36
<b>Tabela 8.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e do cuidado pai, VD - ansiedade .....	37
<b>Tabela 9.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai, superproteção do pai, cuidado da mãe e superproteção da mãe, VD - ansiedade .....	37
<b>Tabela 10.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e superproteção da mãe, VD - ansiedade .....	37
<b>Tabela 11.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai e superproteção do pai, VD - ansiedade .....	38
<b>Tabela 12.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai, VD - ansiedade .....	38
<b>Tabela 13.</b> Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe e da superproteção do pai, VD - ansiedade .....	

.....	38
<b>Tabela 14.</b> Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD - ansiedade	
.....	39
<b>Tabela 15.</b> Análise de regressão da H4, VI - superproteção do pai, VD - ansiedade	
.....	39
<b>Tabela 16.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e do cuidado do pai, VD - depressão	
.....	40
<b>Tabela 17.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e da superproteção da mãe, VD - depressão	
.....	40
<b>Tabela 18.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe, VD - depressão	
.....	40
<b>Tabela 19.</b> Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD - <i>stress</i>	
.....	41
<b>Tabela 20.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e cuidado do pai, VD - escala total dos estados emocionais dos estados emocionais	
.....	41
<b>Tabela 21.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e da superproteção da mãe, VD - escala total	
.....	42
<b>Tabela 22.</b> Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe, VD - escala total dos estados emocionais	
.....	42
<b>Tabela 23.</b> Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe e da superproteção do pai, VD - escala total dos estados emocionais	
.....	42

**Tabela 24.** Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD - escala total  
dos estados emocionais  
..... 43



## **Índice de Anexos**

**Anexo 1** – Consentimento Informado

**Anexo 2** – Pedido de utilização da EADS

**Anexo 3** – Autorização de utilização da EADS

**Anexo 4** – Pedido de utilização da EVPNM

**Anexo 5** – Autorização da EVPNM

**Anexo 5** – Pedido de utilização do QCE

**Anexo 6** – Autorização do QCE

**Anexo 7** – Pedido de utilização do PBI

**Anexo 8** – Autorização de utilização do PBI

**Anexo 9** – Questionário Sociodemográfico e Clínico

**Anexo 10** – EADS

**Anexo 11** – EVPNM

**Anexo 12** – QCE

**Anexo 13** – PBI

**Anexo 14** – Estatística Descritiva

**Anexo 14.1** – Estatística descritiva variáveis intervalares

**Anexo 14.2** – Estatística descritiva variáveis categoriais

**Anexo 14.3** – Estatística descritiva GRAFFAR

**Anexo 14.4** – Estatística descritiva vinculação

**Anexo 14.5** – Estatística descritiva EADS

**Anexo 14.6** – Estatística descritiva PBI

**Anexo 14.7** – Estatística descritiva QCE

**Anexo 15** – Análises de Consistência Interna

**Anexo 15.1** – Alfa EVMPN escala total

**Anexo 15.2** – Alfa EVMPN intensidade da preocupação

**Anexo 15.3** – Alfa EVMPN qualidade da vinculação

**Anexo 15.4** – Alfa EADS escala total

**Anexo 15.5** – Alfa EADS ansiedade

**Anexo 15.6** – Alfa EADS depressão

**Anexo 15.7** – Alfa EADS *stress*

**Anexo 15.8** – Alfa PBI cuidado mãe

**Anexo 15.9** – Alfa PBI cuidado pai

**Anexo 15.10** – Alfa PBI superproteção mãe

**Anexo 15.11** – Alfa PBI superproteção pai

**Anexo 15.12** – Alfa QCE escala total

**Anexo 16** – Regressões Lineares

**Anexo 16.1** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai  
VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.2** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da  
mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.3** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da  
mãe VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.4** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EVPNM  
intensidade da preocupação

**Anexo 16.5** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.6** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.7** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.8** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.9** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.10** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.11** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.12** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.13** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.14** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai, superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.15** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.16** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.17** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.18** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.19** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.20** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.21** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.22** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.23** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.24** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.25** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.26** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.27** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EVPNM escala total

**Anexo 16.28** – Análise de regressão VI: QCE VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.29** – Análise de regressão VI: QCE VD: EADS depressão

**Anexo 16.30** – Análise de regressão VI: QCE VD: EADS *stress*

**Anexo 16.31** – Análise de regressão VI: QCE VD: EADS escala total

**Anexo 16.32** – Análise de regressão VI: quantas sessões VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.33** – Análise de regressão VI: quantas sessões VD: EADS depressão

**Anexo 16.34** – Análise de regressão VI: quantas sessões VD: EADS stress

**Anexo 16.35** – Análise de regressão VI: quantas sessões VD: EADS escala total

**Anexo 16.36** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.37** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.38** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.39** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.40** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.41** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.42** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe, superproteção do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.43** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.44** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EADS ansiedade

**Anexo 16.45** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.46** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.47** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EADS depressão

**Anexo 16.48** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EADS depressão

**Anexo 16.49** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.50** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.51** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.52** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EADS depressão

**Anexo 16.53** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EADS depressão

**Anexo 16.54** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.55** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.56** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EADS *stress*

**Anexo 16.57** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EADS *stress*

**Anexo 16.58** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.59** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.60** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.61** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EADS *stress*

**Anexo 16.62** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EADS *stress*

**Anexo 16.63** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: EADS escala total

**Anexo 16.64** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai, superproteção do pai VD: EADS escala total

**Anexo 16.65** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: EADS escala total

**Anexo 16.66** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: EADS escala total

**Anexo 16.67** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: EADS escala total

**Anexo 16.68** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: EADS escala total

**Anexo 16.69** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: EADS escala total

**Anexo 16.70** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: EADS total

**Anexo 16.71** – Análise de regressão VI: PBI superproteção do pai VD: EADS total

**Anexo 16.72** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e cuidado do pai VD: QCE

**Anexo 16.73** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe, superproteção da mãe, cuidado do pai e superproteção do pai VD: QCE

**Anexo 16.74** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe e superproteção da mãe VD: QCE

**Anexo 16.75** – Análise de regressão VI: PBI cuidado da mãe VD: QCE

**Anexo 16.76** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai e superproteção do pai VD: QCE

**Anexo 16.77** – Análise de regressão VI: PBI cuidado do pai VD: QCE

**Anexo 16.78** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe e superproteção do pai VD: QCE

**Anexo 16.79** – Análise de regressão VI: PBI superproteção da mãe VD: QCE

**Anexo 16.80** – Análise de regressão VI: superproteção do pai VD: QCE

**Anexo 16.81** – Análise de regressão VI: QCE VD: EVPNM intensidade da preocupação

**Anexo 16.82** – Análise de regressão VI: QCE VD: EVPNM qualidade da vinculação

**Anexo 16.83** – Análise de regressão VI: QCE VD: EVPNM vinculação escala total

## I - Introdução

A gravidez na adolescência é um tema que me toca particularmente e cuja importância é acrescida por se tratar de uma população jovem ainda na formação da sua identidade e que, por conseguinte, a vivência da maternidade durante este período, poderá trazer repercussões na vida destas jovens que as acompanhará para sempre.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019) indicam que no ano 2018 deram à luz 2028 adolescentes em Portugal, uma média de 6 adolescentes por dia. Para compreender o impacto da maternidade durante aquele que não é o momento mais adequado do ciclo de vida para a reprodução, é preciso olhar para além das barrigas destas adolescentes, escutá-las e compreender os seus contextos e circunstâncias. Apesar do decréscimo considerável da fertilidade na adolescência desde os anos 80, altura em que se registavam cerca de 18.000 filhos de mães adolescentes por ano, como resultado de importantes investimentos na saúde e na educação, tais como a educação sexual nas escolas, acesso gratuito a consultas de planeamento familiar e métodos contraceptivos, entre outros, a gravidez na adolescência permanece um tema atual. Aspectos como a falta de apoio familiar, abandono escolar e famílias monoparentais podem traduzir-se em desigualdade de oportunidades, pobreza, depressão e violência doméstica, entre outros.

Fenómenos sociais como o empoderamento feminino e fatores políticos contribuíram para uma mudança de paradigma, no entanto existe ainda estigma associado à gravidez na adolescência na sociedade.

A psicologia destaca-se por ser uma área fundamental para adolescentes no geral e grávidas e mães adolescentes em particular. Os sintomas relacionados com o sofrimento psicológico, ansiedade, depressão e *stress* podem e devem ser priorizados para que as jovens adolescentes tenham uma gravidez saudável e possam preparar-se para o grande desafio das suas vidas. Nesse sentido, gostaria que esta investigação pudesse contribuir para um melhor entendimento da importância do apoio psicológico durante a gravidez na adolescência para que jovens adolescentes não tenham que passar por mudanças tão desafiantes sem ajuda.

Desta forma, a presente proposta de investigação pretende ser um contributo para a compreensão das vivências e bem-estar psicológico de adolescentes grávidas, tendo em conta experiências de vida e contextos sociais, abordando questões de género, educação sexual e reprodutiva e o direito de igualdade de oportunidades, dando ênfase aos riscos físicos e psicológicos associados à adolescência e suas especificidades.

## **II - Enquadramento Teórico**

Quando uma menina fica grávida, seu presente e futuro se alteram radicalmente, e raramente para melhor. Sua educação pode ser interrompida, suas perspectivas de emprego desaparecem, e suas vulnerabilidades à pobreza, à exclusão e à dependência se multiplicam.  
(UNFPA, 2013)

### **2.1 A adolescência como período de crise e de mudanças transformadoras para a formação da identidade associada à gravidez**

A palavra adolescência tem a sua origem no latim “adolescere” - ad (a, para) e olescer (crescer), referindo-se ao processo de crescimento do indivíduo. O termo deriva também de adolescer, origem da palavra adoecer, fazendo com que estes significados indiquem a condição de crescimento físico e psíquico, que ocorre como um adoecimento, ou seja, com sofrimentos emocionais e transformações biológicas e mentais (Outeiral, citado por Matos 2004). No presente, a adolescência define-se como uma fase da vida humana marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural. De um modo geral é durante a adolescência que surge a escolha de um parceiro amoroso, sendo o seu papel marcante e essencial. Os relacionamentos amorosos na adolescência constituem uma forma de “ensaio” para a vida adulta, já que as experiências vividas podem ser vistas como formas de testar a capacidade do indivíduo se relacionar e como forma de aprendizagem (Matos, 2004). Deste modo a vida amorosa dos adolescentes está inserida num contexto global de busca pela aquisição de uma identidade.

A adolescência caracteriza-se então por um período de crises e mudanças transformadoras entre a infância e a idade adulta, cujo objetivo último é a formação da identidade. Kalina citado por Neto (2004) define que na adolescência, ocorre uma desestruturação da personalidade e que com o passar dos anos vai acontecendo um processo de reestruturação. Neto (2004) refere que os antecedentes histórico-genéticos, o convívio familiar e social bem como a progressiva aquisição da personalidade do adolescente, fazem com que seja possível entender que esta reestruturação diz respeito

ao processo de elaboração dos lutos, a cada etapa deixada sucessivamente. A questão familiar e social funciona como co determinante no que resulta enquanto crise, especialmente, à conquista de uma nova identidade. De acordo com Erikson, citado por Jongenelen (1988) a adolescência constitui-se como o período de recapitulação dos conflitos da infância e de antecipação da idade adulta. Assim, a adolescência surge como um período de “lutas” em busca de uma identidade. Uma gravidez durante este período, por sua vez, irá colocar desafios adicionais à adolescente, complexificando e dificultando deste modo o processo de construção da sua identidade.

De acordo com Havinghurst citado por Jongenelen (1998), numa perspectiva desenvolvimental, as tarefas de desenvolvimento da adolescência passam por aceitar as mudanças corporais e utilizar adequadamente o corpo; reconhecer-se num papel social masculino ou feminino; estabelecer novas relações com os pares de ambos os sexos; transformar as relações com os pais no sentido da independência e autonomia afetiva; construir a sua identidade psicológica; preparar-se para um projeto/carreira profissional; preparar-se para a vida familiar e conjugal e preparar-se para uma vida afetiva estável; e por último, construir um sistema de valores.

Sendo a aceitação das mudanças corporais resultantes da puberdade e a utilização adequada do corpo uma das tarefas desenvolvimentais da adolescência, a gestação pode promover alterações significativas na forma como esta fase é vivida pela adolescente, ao reunirem-se, num mesmo momento, as alterações próprias da adolescência e as específicas da gravidez (Havinghurst, citado por Jongenelen 1998).

No decurso da gravidez o corpo da mulher vai sofrer alterações físicas acentuadas que vão ter implicações ao nível da sua imagem corporal. De acordo com Jongenelen (1998), as mudanças físicas resultantes da gravidez passam pelo crescimento da barriga, pelo alargamento dos seios, aumento de peso, aparecimento de estrias gravídicas aumento da secreção de estrogénios que provoca, por seu turno, um aumento na produção da hormona estimulante dos beta-melanócitos que resulta numa hiperpigmentação das auréolas mamárias e das zonas descobertas da pele, aumentam a secreção sebácea e sudorípara que resulta no agravamento ou aparecimento de acne e intenso cheio a suor, entre outras que podem constituir-se como fatores de preocupação para a jovem. Uma das tarefas da gravidez passará exatamente por aceitar e integrar estas mudanças corporais. Considerar a dimensão corporal, como parte integrante do

*self* em desenvolvimento, torna-se de extrema importância na gravidez na adolescência, dado que a adolescente grávida terá de se ajustar às mudanças físicas da puberdade, mas também às resultantes da gravidez (Rodriguez & Moore, citado por Jongenelen 1998). Além destas preocupações com as mudanças corporais, crescem sentimentos de vergonha, culpa e medo de contar aos pais e à família.

A gravidez na adolescência define-se como o período de gestação que ocorre em jovens entre os 10 e os 19 anos. Esta pode ser conceptualizada como um acontecimento de vida não-normativo, que exige uma reorganização pessoal e relacional adequada à nova situação. Trata-se de uma transição desenvolvimental, na medida em que este acontecimento de vida põe em questão o sistema pessoal ao nível estrutural, funcional e emocional, exigindo mudanças e impondo, deste modo, novas tarefas de desenvolvimento (Soares & Jongenelen, citado por Jongenelen 1998). Neste sentido, a gravidez na adolescência pode ser perspectivada como um desafio novo expresso no desencontro entre o *timing* da gravidez e as tarefas desenvolvimentais normativas da adolescência, constituindo, deste modo, um exemplo de uma transição de papéis acelerada (Raeff, citado por Jongenelen, 1998). A gravidez na adolescência não é então "desenvolvimentalmente adequada" em termos das tarefas que coloca ao indivíduo, na medida em que vai por em causa o processo normativo, interrompendo, transformando e adiando a resolução das tarefas (normativas) da adolescência, e implicando simultaneamente que a adolescente lide com as tarefas da gravidez e maternidade, à partida mais específicas da idade adulta, e para as quais, em termos desenvolvimentais, ainda não está preparada. A adolescente grávida não vivencia esta transição de forma semelhante a uma mulher adulta, para a qual em termos desenvolvimentais à partida a gravidez é normativa. Consequentemente, a gravidez na adolescência não é em geral resultado de um projeto, mas sim um acontecimento com o qual a adolescente vai ter de lidar. Esta descontinuidade ou transição no ciclo vital poderá resultar num período de múltiplas dificuldades ou ser uma oportunidade de crescimento, promovendo ganhos desenvolvimentais para a adolescente, ao implicar a mobilização dos seus recursos individuais/internos e contextuais/externos para responder a tais exigências desenvolvimentais (Jongenelen, 1988). Em suma, a gravidez na adolescência implica que a adolescente lide com as tarefas de desenvolvimento normativas da adolescência e, além disso, com os desafios colocados pela gravidez, isto é, com as tarefas específicas da gravidez.

A gravidez na adolescência trata-se de uma questão global que ocorre tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Segundo a OMS (2020), em todo o mundo, no entanto, é mais provável que ocorram gravidezes em contextos socioeconômicos desfavoráveis, frequentemente motivadas pela pobreza e carência de educação e oportunidades de emprego. Motivos como a pressão para casar e ter filhos cedo, perspectivas educacionais e de trabalho limitadas, falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos (onde adquiri-los e como utilizá-los), ou até violência sexual podem ser causa de gravidezes indesejadas por todo o mundo. Havendo pelo menos 10 milhões de gravidezes indesejadas a cada ano entre jovens adolescentes de 15 a 19 anos em regiões em desenvolvimento (OMS, 2020).

A gravidez, como fase de desenvolvimento de grande importância, caracteriza-se pela necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento específicas, que de acordo com Colman e Colman citado por Jongenelen (1998) passam por: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a relação com os seus pais, reavaliar o relacionamento com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebê como uma pessoa separada, e por fim, integrar a identidade parental. Além destas tarefas, a gravidez acarreta consigo várias mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais, que por sua vez, exigem reestruturação e reajustamento por parte da grávida. Começando pelo assumir de um novo papel social, que para além de filha, a grávida passa também a ser mãe, o que irá influenciar as suas relações com os outros. A gestação proporciona mudanças físicas como o crescimento da barriga, a produção de leite pelos seios, aumento de peso, entre outras; mudanças hormonais ao nível do estrogénio, progesterona e prolactina que podem resultar em oscilações de humor; mudanças psicológicas como preocupações com o bebê e consigo mesma, preocupações com as mudanças corporais, com o parto, ansiedade; e por último todos os desafios que cuidar de um bebê exigem. Tal como a adolescência, também a maternidade exige uma redefinição de identidade para a mulher. Assim, a adolescente que se encontra ainda em desenvolvimento, não deverá estar preparada a nível cognitivo, emocional e social para fazer face aos desafios que a maternidade impõe. Desta forma, torna-se crucial investir nos fatores protetores que possam estar à disposição da grávida, como o apoio da família.

Segundo Jongenelen (1998) a gravidez na adolescência, enquanto acontecimento não-normativo, vai implicar uma alteração na relação da adolescente com os pais no seio do sistema familiar, implicando deste modo uma redefinição dos papéis familiares.

O facto de a gravidez na adolescência resultar muitas vezes em abandono escolar e conseqüente afastamento dos pais, leva a que haja uma aproximação da família, que passa a ser o contexto significativo e recurso de apoio disponível à jovem. Nesse sentido, o apoio fornecido por parte da família terá implicações no modo como a adolescente irá lidar com as tarefas da adolescência e da gravidez. Este apoio poderá fazer-se sentir nomeadamente no âmbito do percurso escolar da jovem, que poderá ser retomado após o nascimento do bebé.

Relativamente à relação com os pais, as jovens grávidas tendem a diminuir este investimento por um lado porque como foi dito anteriormente, interrompem pelo menos temporariamente os estudos e por outro lado porque a vivência que estão a experienciar não se assemelha à dos pais. Já no que respeita à relação com o companheiro/pai do bebé, esta vai ser influenciada pela gravidez não planeada, que leva a uma reestruturação enquanto casal e futuros pais. Quando o companheiro não participa na decisão de continuar a gravidez, não assumindo o papel de pai, a adolescente grávida vê-se numa situação complexa, na qual além de ter de lidar com o processo de gravidez e todos os desafios que decorrem do mesmo e do período em que ocorre, tem também de lidar com uma perda emocionalmente significativa (Jongenelen, 1998). Por outro lado, Jongenelen (1988) refere que quando há apoio emocional e instrumental por parte do companheiro e da família, este emerge como fator protetor para a jovem, resultando no seu bem-estar psicológico.

De acordo com Aquino-Cunha e colaboradores e, também, Gama et al. (citados por Dias & Teixeira, 2010), para o recém-nascido problemas como a prematuridade, baixo peso, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos no desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto espontâneo e morte na infância, são propícios neste fenómeno. Contudo, estudos de Yazlle et al. (2002) e Kassar et al. (2006) indicam que a ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como na criança pode estar mais relacionada com condições socioeconómicas precárias do que com a idade da jovem.

Torna-se assim relevante refletir e analisar acontecimentos que poderão influenciar uma maternidade precoce, os designados fatores de risco. O fenómeno da gravidez precoce apenas se tornou uma maior preocupação na sociedade ocidental, há relativamente pouco tempo, sendo agora considerado um problema social. Este facto

deve-se a uma mudança na forma de pensar da sociedade, que anteriormente considerava a idade em questão como a ideal para mulheres terem filhos (Heilborn et al., 2002) e agora considera o período entre a infância e a vida adulta como uma etapa de transição na qual decorre a construção da identidade, sendo que uma gravidez não planeada e possivelmente indesejada limita esta etapa de transição (Dias & Teixeira, 2010). É também importante considerar a mudança na tendência social que se verificou nos últimos anos. Se outrora a maternidade ocorria muito cedo e era seguida de um casamento ou vice-versa, nos dias de hoje, a maternidade adolescente não prevê um casamento. Assim, na maioria dos casos, há uma adolescente que engravida de forma não planeada com cujo parceiro não tem uma relação.

Neste sentido, podemos então considerar que as adolescentes grávidas são um grupo de risco para sintomas depressivos e baixa qualidade de vida. Com efeito, a investigação de Pires (2013) concluiu que a percepção das adolescentes de que a gravidez tem um impacto negativo nas suas vidas previu uma qualidade de vida mais baixa durante a gravidez, com resultado do aumento de sintomas depressivos e que o apoio da mãe e do parceiro serviram como fatores de proteção para estas mesmas questões. Assim, torna-se relevante, melhorar a qualidade das relações das adolescentes com suas mães e/ou parceiros e promover o apoio satisfatório por parte dessas figuras.

## **2.2 A gravidez na adolescência em Portugal: do estigma e alienação social à educação sexual na escola**

Se, até aos anos 60, era normativo que a primeira gravidez ocorresse antes dos 20 anos, antecipada ou por vezes seguida de um casamento, nos dias de hoje ocorre precisamente o contrário. Como foi dito anteriormente, a adolescência designa-se por um período de formação de identidade que ocorre entre a passagem da infância para a vida adulta. Como tal, este não é o período mais adequado para que a vivência da maternidade ocorra. Esta mudança de paradigma, associada a fatores como a disponibilização de consultas de planeamento familiar gratuitas, métodos contraceptivos, educação sexual, entrada da mulher no mercado de trabalho, entre outros, resultou no progressivo adiamento da maternidade. Pelo que, em Portugal, a idade média da mãe aquando do nascimento do seu primeiro filho passa de 23,6 anos em 1980, para 30,5 em 2019 (Pordata, 2020). Assim, a gravidez durante a adolescência nos dias de hoje pode

propiciar vivências de estigma e alienação social, bem como questões de saúde mental ou física à jovem que engravida.

No contexto português, num estudo de Almeida (1987), verificamos que na sua maioria, as grávidas adolescentes não têm problemas sociais, psíquicos ou médicos. No entanto, há uma minoria vulnerável que é importante caracterizar, com o intuito de garantir a sua proteção. Este grupo é marcado por estigmas sociais que podem gerar problemas sociais e psíquicos que, por sua vez, resultam em doença somática nas mães e nos recém-nascidos. Os estigmas sociais identificados são: o tipo de família, quando desagregada; a idade, quando menor de 16 anos; a etnia, quando não caucasiana; as habilitações literárias, quando inferiores à escolaridade primária elementar. Estes são causa de fenómenos sociais como a ausência de educação sexual, de conhecimento e acesso a meios contraceptivos e, ainda, de um fenómeno que se verifica ter grande importância – a falta de interesse por parte do pai. Conclui também que gravidezes não planeadas e não desejadas em mães sozinhas podem originar problemas psíquicos e intenção de abortar. Verificou-se uma ligação entre estes problemas psíquicos e problemas clínicos no fim da gravidez.

De acordo com Hall (citado por Silva 2016), o termo *estigma* é de origem grega e refere-se a sinais corporais, uma marca depreciativa atribuída a um determinado sujeito por não estar coerente com as normas e os padrões estabelecidos. Procurando evidenciar o seu desvio e atributos negativos com a implementação do estigma, servia de aviso para os "normais" que deveriam manter-se longe da pessoa "estragada", "impura", "indigna" e "merecidamente" excluída da convivência com os "normais". No caso das grávidas adolescentes, essa marca caracteriza-se pela barriga que cresce. A partir dessa confirmação, o sujeito torna-se desacreditado das suas potencialidades, deixando de ser identificado pelo seu caráter individual, mas de acordo com sua marca.

Consequências sociais e económicas podem resultar em estigma, rejeição ou violência por parte de parceiros, pais e colegas. Esta condição leva muitas vezes a que as adolescentes, se vejam obrigadas a desistir do ensino, podendo comprometer oportunidades de trabalho no futuro. De acordo com o estudo realizado por Silva (2016) verifica-se a ocorrência de estigma sobre a gravidez na adolescência, havendo exclusão escolar e social para as adolescentes grávidas. Wiemann (citado por Abe & Zane, 1990) considera que “ser estigmatizado socialmente pode levar a depressão, isolamento social,

baixa autoestima e baixo desempenho acadêmico.” Segundo os resultados do estudo de Wiemann (2005) fatores como o isolamento de pares, não ser casada com o pai do bebê, ser caucasiana, planejar acabar os estudos, experienciar crítica familiar, abuso verbal e medo de ser magoado por outros adolescentes, aumenta o risco de experienciar estigma. Enquanto que, uma auto-estima elevada e o abandono escolar antes da concepção, tornam-se fatores protetores de relatos de sentimentos de estigma. Goffman (citado por Vieira 2009) define o estigma como uma atribuição social de desvio, isto é, uma característica do indivíduo percebida como diferente das previstas pela sociedade. Segundo Vieira (2009), a consciencialização do estigma que define como auto estigma leva à antecipação da rejeição social e conduz ao isolamento, ao baixo desempenho e ao decréscimo da autoestima e da autoeficácia, bem como, produz auto-avaliações negativas da pessoa em causa e limita as perspectivas de recuperação e reintegração social.

De acordo com Carlos et al. (2007), as jovens adolescentes que engravidam estão numa fase de vida marcada pela necessidade de aceitação num grupo, o que faz com que valorizem mais a opinião dos outros e se sintam mal quando confrontadas com o estigma social. Desta forma, o suporte social é importante, uma vez que as jovens que têm apoio (sobretudo do companheiro) não dão tanta importância à opinião dos outros (Carlos et al. 2007). De acordo com o autor, a falta de apoio leva a que se sintam as únicas responsáveis pela criança, o que pode levar a um sentimento de sobrecarga, de saturação e cansaço. Além disso, é também comum na vivência destas mães a existência de um sentimento de solidão, que dificulta a integração e aceitação da gravidez e por consequência interfere na adaptação ao bebê, pelo que, as mães que mais se sentiram sozinhas e que foram abandonadas pelos companheiros são aquelas que se mostraram mais indisponíveis afetivamente na relação com o filho (Carlos et al., 2007). Estudos de Carlos et al. (2007) sugerem que a pressão social, manifestada através do estigma a que estas jovens estão sujeitas, juntamente com a não-aceitação familiar da gravidez, leva muitas vezes a um isolamento quase forçado, agravando o seu estado psicológico e originando uma baixa autoestima. Nestas adolescentes, há muitas vezes a ideia de transgressão, a ideia de que não corresponderam às expectativas dos pais e que, portanto, falharam enquanto filhas. O estigma social só vai aumentar essa sensação de transgressão, as jovens sentem que agiram mal, o que pode levar a que encarem o filho como um erro (Carlos et al., 2007).

A educação sexual surge como um importante modo de prevenção para a gravidez na adolescência, bem como para um melhor autoconhecimento do corpo em desenvolvimento. Esta assegura o direito fundamental à saúde e ao acesso à informação. Recentemente, Silva e colaboradores (2012) apuraram no seu estudo que uma grande maioria (87.1%) dos adolescentes inquiridos tinha um conhecimento “bom” ou “muito bom” acerca dos métodos contraceptivos. Sendo o preservativo, o método mais utilizado. No entanto, verifica-se que uma percentagem preocupante de (7.4%) não utiliza o preservativo como prevenção de DST's. Verificou-se, também, que o aconselhamento com profissionais de saúde sobre contraceção é uma prática pouco usual entre os adolescentes (7.2%) que recorrem, maioritariamente, ao conhecimento de amigos e a pesquisas na internet. Desta forma, são facilmente partilhadas informações inadequadas e erróneas que, acrescidas à negação do risco de engravidar devido a um pensamento “mágico” particular da adolescência e da imaturidade psicoemocional, contribuem para mais riscos nas experiências sexuais.

Segundo Ramiro et al. (2011), a Educação sexual é essencial para a prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Apesar de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação, não é garantido que estes selecionem informação correta e, por conseguinte, que as suas escolhas sejam as mais adequadas. Por isso, a educação sexual poderá desempenhar um papel pertinente na seleção desta informação, para que esta seja utilizada da melhor forma. A educação sexual não deve cingir-se a informações sobre os aspetos físicos do ato sexual mas, também, a abordar aspetos como os sentimentos e os afetos, promovendo mudança de comportamento e atitudes.

### **2.3 Fatores de risco**

A probabilidade de uma jovem vir a engravidar durante a sua adolescência pode aumentar consoante o contexto familiar, social, económico e cultural em que se insere. Segundo Rodrigues (2010), o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, companheiro e família, a ausência de planos futuros e a repetição de modelo familiar (mãe/irmã também adolescentes), o início precoce da atividade sexual, a baixa autoestima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado da contraceção são os principais fatores de risco conhecidos. Esta autora salienta uma maior morbidade materna e fetal associada a uma

vigilância pobre da gravidez neste período de vida que pode interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social, sendo considerada um problema de saúde pública. Complicações como pré-eclampsia, anemia, infecções, parto pré-termo, complicações no parto, perturbações emocionais, bem como as consequências associadas à decisão de abortar eram comuns na gravidez adolescente até há pouco tempo. Além de estes fatores, vários autores (Barnet et al., Holden et al., Zabin & Hayworth, Kiernan, Ravert & Martin, Lourenço; citados por Figueiredo, 2001) destacam, também, a imaturidade cognitiva, atitudes negativas em relação ao sexo, abuso sexual, institucionalização, bem como o contexto de origem da adolescente, como fatores de risco. Uma família desestruturada, pouco coesa, instável, que fornece apoio deficitário e não privilegia a comunicação, onde ocorra violência, maus-tratos e negligência, onde haja ausência de um dos progenitores, falta ou excesso de supervisão parental e ocorrência de gravidez precoce num membro da família (mãe ou irmã), podem conduzir a gravidez precoce. As condições sociais e económicas desfavorecidas ou pertença a uma minoria étnica são também fatores a considerar como condicionadores de risco (Figueiredo, 2001).

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), no âmbito da consulta de adolescentes grávidas, tem-se constatado um incremento, nos últimos anos, do número de casos de gestações que surgem num contexto de abuso sexual ou, especificamente, num contexto incestuoso (Gil & Lucas, 1998). O impacto do abuso sexual em crianças/adolescentes é intenso – “mais do que o abuso do corpo é o abuso do espírito” (F. Rainho, citado por Gil & Lucas, 1998). No entanto, por estar envolto em medo de falar por parte das vítimas, nomeadamente o medo de represálias e o de não ser acreditada, bem como a dificuldade em colocar por palavras uma experiência que não entende e lhe traz sentimentos de culpa, o abuso não é denunciado. Segundo as investigações da Direção Geral da Família (DGF), este fenómeno do abuso sexual está correlacionado com vários fatores de ordem socioeconómica, cultural, educacional e política, dos quais se destacam: o baixo nível económico e social; falta de informação; instabilidade profissional; habitação promíscua; ausências prolongadas da mãe. Relativamente ao perfil da vítima, referem: vulnerabilidade; imaturidade; isolamento; dependência; submissão e obediência totais. Em relação ao perfil dos abusadores, estes muitas vezes: são alcoólicos; apresentam problemas comportamentais; sofrem de doenças mentais; são sexualmente imaturos; são socialmente mal integrados.

Como consequência dos abusos, as vítimas podem desenvolver diversas perturbações psicopatológicas, nomeadamente nos planos da sexualidade, da afetividade e relacional, cujas consequências podem manifestar-se em ansiedade generalizada, medo, culpabilidade, depressão, dificuldades relacionais, dificuldade ao nível do comportamento sexual, insucesso escolar, entre outras (Gil & Lucas, 1998). Ferenczi (citado por Gil & Lucas, 1998) fala-nos da frequência do traumatismo sexual que ocorre face a esta violência no seio da família bem como das suas repercussões, no desenvolvimento da personalidade. De acordo com Drezett, citado por Cavalcante et al. (2015), a gravidez decorrente de abuso sexual pode ser considerada como uma segunda violência, pois carrega consigo inúmeras possibilidades conflituantes, forçando a adolescente a tomar uma decisão difícil entre interromper a gravidez, prosseguir com a gravidez e ficar com o bebé ou entregá-lo para adoção.

A área da psicologia surge como fundamental no que respeita a trabalhar os fatores protetores como a inclusão e coesão familiar e restante suporte social, bem como a manutenção de uma vivência psicológica saudável, nomeadamente no que concerne ao aumento da autoestima da jovem que engravida e das suas capacidades enquanto futura mãe e potenciais enquanto indivíduo.

#### **2.4 Empoderamento feminino e o direito à escolha: mudanças de paradigma**

A despenalização da interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal, em 2007, foi um passo importante na vida da mulher, pois surgiu como uma possibilidade de escolha e decisão sobre o seu próprio corpo, já que uma gravidez indesejada pode ter consequências graves para a mulher e para o seu filho e afetar negativamente a relação entre ambos. Esta traduziu-se numa diminuição significativa do número de IVG's num período de 10 anos que passou de 18.607 em 2008 para 14.928 em 2018 (Pordata, 2020), bem como a redução do número de mortes causadas por este procedimento. Esta redução trouxe consigo também uma diminuição da reincidência de gravidezes indesejadas, proporcionada pelo acompanhamento médico e psicológico disponibilizado pelos serviços de saúde que realizam este procedimento e nenhuma morte como consequência do mesmo.

Segundo Alvarez et al., por Deschamps et al. E também por Osofsky (citados por Figueiredo 2001), países onde o aborto é legal e realizado de forma segura, como é hoje o caso português, têm vindo a testemunhar uma diminuição na maternidade

adolescente. Nos casos em que a adolescente grávida decide avançar com a gravidez, a maternidade surge (para estas adolescentes que não tencionam continuar a estudar e não têm muitas oportunidades de emprego) como um projecto de vida, garantindo-lhes um papel ativo na sociedade. Lucker (citado por Figueiredo 2001) acrescenta ainda que estudos desenvolvidos nesses países mostram que a maior parte das mães adolescentes, contrariamente ao que à primeira vista se poderia esperar, deseja e quer o bebé. Assim, a gravidez tem uma função e um significado na vida da adolescente, sendo o resultado de um projeto de vida, estabelece-se na continuidade desse mesmo projeto. Como se fosse uma forma de a adolescente preencher um vazio, podendo aumentar a sua autoestima, ou ainda permitindo a resolução dos seus problemas de identidade feminina, bem como um reconhecimento social (Causby et al., e Osofsky, citados por Figueiredo, 2001).

As mudanças que se verificaram nos últimos anos dão conta de uma realidade distinta no que se refere ao casamento precoce, muitas vezes consequência de gravidez na adolescência ou o contrário. Se em 1976, ano em que o casamento antes dos 14 anos era legal, se registaram 29.344 casamentos antes dos 20 anos, em 1998 celebraram-se 1827 casamentos em que pelo menos um dos cônjuges era menor de idade (Público, 2019). Em 2008, este número reduziu para menos de metade (Público, 2019). Este decréscimo assinala uma mudança de paradigma no que diz respeito à liberdade de escolha por parte da jovem que, mesmo que engravide durante a adolescência, não se vê “forçada” a casar pela pressão social e familiar.

## **2.5 Género e (des)igualdade de oportunidades**

Quando uma jovem adolescente engravida é comum que a sociedade a “olhe” como sendo “o problema”. Partindo do pressuposto que foi um “descuido seu”. Menosprezando o pai do bebé como sendo parte do problema, bem como a família, a escola e a sociedade em geral que falhou no apoio que disponibilizou a esta jovem. As diferenças quanto à perspectiva de mulheres e homens adolescentes em relação à gravidez remetem ao conceito de relações sociais de género. Como resultado de estereótipos de género, observa-se com frequência que a perceção masculina e das instituições sociais é de que os homens não são os atores principais dos processos reprodutivos, embora ocupem uma posição privilegiada de poder no exercício da sexualidade, em detrimento das mulheres (Almeida & Hardy, 2007).

De acordo com Desser (citado por Dias & Teixeira, 2010), há ainda nos dias de hoje um certo incentivo social a uma postura de passividade por parte das meninas, enquanto que os meninos são incentivados a ter um comportamento ativo, cuja representação da atividade sexual é considerada como um ritual de passagem importante para a constituição da virilidade. Contudo, o exercício da sexualidade apresenta repercussões distintas em homens e mulheres, para além das expectativas de género, sendo que, para a mulher, esta pode resultar em gravidez (Goldenberg et al., 2003). A referida atitude passiva, por parte das adolescentes, pode levar a relações sexuais desprotegidas e, por consequência, a gestações indesejadas. De acordo com Heiborn et al. (2002), a paternidade adolescente exerce um impacto pouco significativo nos percursos escolares e de trabalho dos jovens pais. Por sua vez, a maternidade adolescente nas classes mais desfavorecidas não apressa a entrada das jovens no mercado de trabalho. Contrariamente, torna-as mais dependentes de outros – parceiros, familiares ou ambos – para garantir a sua subsistência e a da criança, ainda que de forma provisória.

Assim, ao contrário do que frequentemente se pensa, podemos dizer que, quando uma adolescente engravida, a sociedade em geral falhou. Quando a prevenção falha, torna-se necessário fornecer apoio à jovem tanto no âmbito psicológico como instrumental, para que esta se possa capacitar das ferramentas necessárias aos desafios resultantes da gestação e da maternidade, bem como, prosseguir com a sua vida podendo tirar o melhor partido de todas as suas potencialidades, ao invés de a estigmatizar ou culpar.

## **2.6 Vinculação materna**

Uma gravidez não planeada e possivelmente não desejada pode ter efeitos devastadores na vivência psicológica da mãe nomeadamente no que respeita à aceitação do bebé e à vinculação entre ambos.

Segundo Camarneiro (2011), o termo vinculação e o seu conceito apareceram descritos na literatura psicológica, pela primeira vez, em 1958, no artigo de Bowlby “A natureza da ligação da criança com a mãe”. A sua tese afirmava que, a vinculação é um comportamento inato que tem como resultado previsível manter ou estabelecer a proximidade do bebé com a mãe e a sua proteção. A origem da vinculação encontra-se na relação recíproca profunda, emocional e física, entre a criança e os seus pais que

regula a confiança nas relações íntimas futuras (Gerner, citado por Camarneiro 2011). Pesquisas recentes sugerem que a vinculação começa durante a gravidez, ainda que sob a forma de representação, prolonga-se ao longo da vida e faz parte do desenvolvimento relacional humano. Num padrão de vinculação evitante, as mães tendem a manter a experiência da maternidade a uma certa distância por forma a poderem lidar com ela, podendo ou não, envolverem-se emocionalmente neste processo. O padrão de vinculação ambivalente é composto por mães que se envolvem tanto na experiência de maternidade que não dão qualquer passo atrás para obter alguma perspetiva do processo. Num padrão de vinculação segura, a recém-mãe quer dedicar-se totalmente à sua relação com o filho e envolver-se com a sua própria mãe de uma forma comedida, refletindo sobre as suas experiências como mãe e, também, como filha (Camarneiro, 2011).

De acordo com Soares e Jongenelen (citado por Faria 2016), mães adolescentes podem demonstrar dificuldade na relação com a sua criança, podendo ter repercussões no desenvolvimento do bem-estar emocional do bebé. Tal situação pode verificar-se devido ao facto de as mães adolescentes passarem rapidamente de uma figura vinculada para se tornarem em figura de vinculação; deixam de “ser” recetoras de cuidados por parte dos pais e “passam a ser” uma figura de vinculação para os seus filhos. O estilo de vinculação que a adolescente teve com os seus pais, por sua vez, poderá ter também ter influência no estilo de vinculação que a grávida terá com o seu bebé e nos cuidados que lhe irá proporcionar. No entanto, a qualidade da rede de apoio disponível pode contrariar esta tendência.

Segundo Deutsch (citado por Dias & Teixeira, 2010), a gravidez na adolescência pode estar relacionada a uma crise de dessimbiotização, ou seja, a dificuldades na elaboração da rutura do vínculo de dependência simbiótica. Desta forma, a gestante procuraria solucionar esse conflito através da recriação da situação simbiótica (mãe-bebé), na qual pode manter-se num vínculo simbiótico com o filho. Assim, de acordo com esta perspetiva, a gravidez na adolescência seria resultado de um processo inconsciente no qual a jovem, impossibilitada de assumir a sua autonomia emocional e de identidade por não conseguir separar-se psicologicamente da mãe, tentaria manter-se num estado emocional fusional, transferindo esta dependência de vínculo à figura do filho.

De acordo com Andrade et al. e Daadorian (citados por Dias & Teixeira, 2010), um dos desafios com que a adolescente que engravida se depara é conciliar o seu papel de filha com o novo papel de mãe, tendo de redefinir a sua relação com a própria mãe. A sua posição no contexto familiar é redimensionada, na medida em que esta precisa de desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas com os cuidados prestados ao bebé e a si mesma. As expectativas familiares passam a ser uma realidade relativamente ao seu desempenho como mãe e em relação ao seu futuro. Independentemente de ter ou não desejado ser mãe, o papel materno impõe-se para a adolescente e passa a assumir um espaço significativo na sua vida. A maternidade exige que a jovem redefina a sua identidade, levando em consideração o facto de que a sua vida, da gravidez em diante, estará vinculada às demandas do filho.

Contudo, Silva e Salomão (citado por Dias & Teixeira, 2010) acrescentam que tal adaptação ao papel materno, em simultâneo com o papel de adolescente e filha, não é uma tarefa fácil para a jovem. As transformações emocionais e cognitivas características de esse período do desenvolvimento fazem com que as jovens apresentem mais dificuldades para desempenhar de forma satisfatória o papel materno, uma vez que não dispõem, na maior parte das vezes, dos recursos psicológicos necessários para entender e tolerar as exigências e frustrações da maternidade. Desta feita, as dificuldades, inseguranças e falta de habilidades para o exercício do papel materno, associadas ao pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil que as adolescentes possuem, podem originar em um quadro de risco para o desenvolvimento do bebé, uma vez que as respostas das jovens mães às demandas de seus filhos tende a ser aquém ou além das suas necessidades (Bigras et al., citado por Teixeira & Dias, 2010). Contudo alguns estudos indicam que a jovem pode superar essas dificuldades, se receber apoio (Andrade et al., Silva et al., citados por Teixeira & Dias, 2010).

De acordo com Carlos et al. (2007), o suporte social tem uma marcada influência na forma como as jovens mães vivenciam a maternidade. O autor sugere que a falta de apoio por parte da família se associa, nestas adolescentes, a um sentimento de auto desvalorização, desespero e de abandono, pelo contrário, quando sentem apoio familiar as adolescentes tendem a sentir-se mais confiantes, seguras e mais felizes, contribuindo para uma maior aceitação da gravidez e para o desenvolvimento de estratégias maternas mais adequadas. A existência de um bom suporte social que permita que a adolescente

tenha um espaço e tempo para dedicar só a si, é fundamental para minimizar um eventual contexto de indisponibilidade materna (Carlos et al. 2007).

## **2.7 A influência do cuidado e da superproteção maternos nos estados emocionais**

O estilo parental pode exercer uma influência significativa no ajustamento dos jovens, tendo efeitos variados no desenvolvimento. O cuidado materno refere-se a um estilo de educação dos filhos caracterizado por diferenças individuais na medida em que as mães se envolvem em comportamentos carinhosos e responsivos para com seus filhos. Acredita-se que altos níveis de cuidado maternal promovam a autoexploração do jovem e o mundo (Parker, Tupling & Brown, Rohner, citados por Vergara-Lopez, 2016). Já a superproteção materna refere-se a um estilo educacional caracterizado por comportamentos controladores, exigentes, intrusivos, altamente supervisores e vigilantes por parte da mãe, o que pode encorajar a infantilização e desencorajar emoções e comportamentos independentes (Parker e Thomasgard & Metz, citados por Vergara-Lopez, 2016).

Estudos anteriores de Blair, Granger, Willoughby e Kivlighan, e de Del Giudice, Ellis & Shirtcliff ou de Cicchetti & Rogosch (citados por Vergara-Lopez et al., 2016) mostram que o estilo parental materno pode estar relacionado com o ajuste dos jovens ao influenciar o padrão de resposta de cortisol ao *stress*. O cuidado materno foi associado a uma maior reatividade do cortisol ao *stress* e a uma recuperação mais rápida entre os jovens, havendo uma rápida ativação (isto é, aumento acentuado nos níveis de cortisol) e recuperação (isto é, redução acentuada nos níveis de cortisol) do eixo HPA (Hipotálamo-Pituitária/Hipófise-Adrenal) entre os jovens (Vergara-Lopez, 2016). O cuidado materno surge assim como fator protetor contra o desajuste das jovens (Skopp, McDonald, Jouriles & Rosenfield, citado por Vergara-Lopez et al., 2016). Por outro lado, os autores referem que a superproteção materna foi associada a níveis basais mais baixos de cortisol, baixa reatividade ao *stress* e recuperação lenta entre os jovens. Assim, parece que a superproteção materna está relacionada a uma dificuldade em regular as suas respostas fisiológicas ao *stress*. Os comportamentos superprotetores maternos podem proteger os jovens de experimentar fatores stressantes em termos de quantidade, frequência e gravidade percebida de stressores (Vergara-Lopez et al., 2016). Por conseguinte, quando os jovens experimentam fatores stressantes, podem ter dificuldade em lidar com o *stress*.

## **2.8 Apoio psicológico para grávidas e mães adolescentes**

Além dos desafios resultantes do período da adolescência, as jovens grávidas têm também de lidar com os desafios e mudanças inerentes à gestação. Estas mudanças poderão ter efeitos na sua vivência psicológica de modo a estarem associadas a sentimentos de vergonha, culpa e medo de contar aos pais e à família, que por sua vez, poderão traduzir-se em estados afetivos e emocionais de ansiedade, *stress* e depressão.

Uma das questões mais preocupantes acerca da fertilidade adolescente é que os fatores que influenciam o desenvolvimento dos adolescentes são, eles próprios, alvo de desenvolvimento psicológico e orgânico (Justo, 2000). Sendo a adolescência, o período em que ocorrem os maiores estímulos no desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, Justo (2000) refere que, tendencialmente, adolescentes mais próximas dos 20 anos, mostram uma reatividade psicológica mais proveitosa, sendo capazes de estabelecer relações significativas com os técnicos que as apoiam, ampliar os seus conhecimentos de saúde e exprimir uma maturidade psicológica que no princípio da gravidez não se detetava. O “Detroit Teen Parent Project” que consistiu no relacionamento individual, com a duração de um ano, entre adolescentes grávidas e estudantes de psicologia, teve como consequência a promoção de uma adaptação das jovens mães ao comportamento dos seus bebés (Butler et al., citado por Justo, 2000). Justo (2000) refere que a generalidade das adolescentes grávidas submetidas a intervenção demonstraram que a sua saúde evoluiu para melhor, que a saúde dos seus filhos se realiza em melhores condições físicas e psicológicas e que estas podem melhorar a sua competência relacional quando em interação com os seus bebés. Salienta, também, que as mães adolescentes apoiadas durante a gravidez e no pós-parto têm uma maior probabilidade de reconstituir os seus relacionamentos sociais, nomeadamente no que respeita ao regresso à escola (Howard, citado por Justo, 2000).

Schiro e Koller (citado por Faria, 2016) refere que é comum verificar-se em determinadas adolescentes, um momento confuso que inclui sentimentos contraditórios em relação à sua gravidez, podendo oscilar entre sentimentos de alegria e felicidade e simultaneamente, sentimentos de angústia, medo da reação da família e dos pares e questionamento da sua situação futura e dos projetos pensados (Canavarro & Pereira, Moore & Brooks-Gunn, citados por Faria, 2016). Por sua vez, a reação e aceitação por parte da família e do pai do bebé, podem influenciar o bem-estar psicológico da grávida. Figueiredo (citado por Faria, 2016) avança que grávidas adolescentes podem apresentar

sintomatologia depressiva resultante da dificuldade por parte da jovem em conseguir assumir e lidar com a sua nova condição. Estudos demonstram que uma em cada duas mães adolescentes fica deprimida após o parto (Leadbeater et al., citado por Faria, 2016), o que leva a crer que a depressão materna se assume como um problema mais grave na adolescente (Prodromidis et al., citado por Faria 2016), podendo comprometer o desenvolvimento socio-emocional e cognitivo dos seus filhos (Osofsky et al., citado por Faria, 2016).

Holub et al. (citado por Afonso, 2009) referem que as adolescentes que experienciam *stress* pré-natal e *stress* parental elevados evidenciam um pior ajustamento maternal (menos sentimentos positivos acerca da parentalidade, proporcionam menos cuidados aos seus bebés e têm uma competência parental mais baixa) e maior *distress* emocional no pós-parto, chamando a atenção para a necessidade de existir um apoio anterior ao parto, mas também, ao longo do exercício da sua parentalidade. Tal apoio está associado a resultados positivos em adolescentes recém-puerperas e nos seus bebés (Logsdon e Usui, citado por Afonso, 2009). Sadler et al. (citado por Afonso, 2009) referem que jovens com redes de suporte social ineficientes experienciam mais eventos negativos, enquanto jovens com apoio apresentam níveis mais elevados e positivos de competência parental, assim como, menor reincidência de gravidezes precoces, no espaço de dois anos. Sant'Anna et al. (citado por Afonso, 2009) sublinham que a atenção dada à saúde das mães adolescentes ou grávidas é um fator protetor no que diz respeito à orientação e suporte relativamente ao planeamento familiar, prevenção da gravidez, motivação para continuar a estudar e / ou trabalhar, autoestima e relação mãe-criança. Como refere Afonso (2009), por vezes, o acompanhamento e apoio por parte do pai do bebé não se verifica, o que dificulta a vivência da adolescente (quer na gestação, quer após o nascimento) e exige, da sua parte, um sobre investimento e maior resiliência.

Desta forma, podemos concluir que o apoio psicológico durante a gravidez na adolescência surge como um importante suporte para estas jovens que se veem numa situação desafiante das suas vidas causadora de dúvidas e angústias.

### **III - Objetivos de Investigação, Questões de Investigação e Hipóteses**

#### **3.1. Objetivos de investigação**

Analisar a evolução psicológica de adolescentes grávidas a fim de compreender de que forma é que a gravidez precoce, não planeada e ou não desejada afeta a saúde e o bem-estar mental de jovens dos 10 aos 19 anos. E, finalmente, compreender de que forma uma rede de apoio (família, amigos, professores, psicólogos e técnicos) pode contribuir para o bem-estar de jovens mães adolescentes e seus filhos, bem como ajudá-las a desenvolver habilidades para a vida.

#### **3.2. Hipóteses**

Hipótese 1 - A relação da jovem grávida com as figuras parentais pode influenciar a forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal.

Hipótese 2 - O estigma associado à gravidez na adolescência pode afetar o bem-estar psicológico durante a gravidez precoce.

Hipótese 3 - O acompanhamento psicológico durante a gravidez contribui para o bem-estar da adolescente, ao trazer-lhe instrumentos importantes para melhor se adaptar às mudanças que está a viver.

Hipótese 4 – As memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais podem influenciar o bem-estar psicológico da adolescente.

Hipótese 5 – As memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais podem ter influência na vivência de estigma por parte da jovem grávida.

Hipótese 6 – A vivência de estigma pode influenciar a vinculação materna pré-natal.



## **IV - Metodologia**

### **4.1. Definição de variáveis**

Para H1, a variável independente é a relação da grávida adolescente com as figuras parentais. A variável dependente é a vinculação materna pré-natal. Para H2, a variável independente é a vivência de estigma experienciada pela grávida adolescente. A variável dependente é o bem-estar psicológico. Para H3, a variável independente é o acompanhamento psicológico durante a gravidez da adolescente. A variável dependente é o bem-estar psicológico. Para H4, a variável independente são as memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais. A variável dependente é o bem-estar psicológico da adolescente. Para H5, a variável independente são as memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais. A variável dependente é a vivência de estigma por parte da jovem grávida. Para H6, a variável independente é vivência de estigma experienciada pela jovem grávida. A variável dependente é a vinculação materna pré-natal.

### **4.2. Operacionalização de variáveis**

#### **4.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

A variável acompanhamento psicológico durante a gravidez da adolescente será operacionalizada com o Questionário Sociodemográfico e Clínico. O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi construído especificamente para esta investigação e contém 43 questões sociodemográficas referentes aos dados biográficos da mãe e do pai (idade, escolaridade, estatuto laboral, socioeconómico e conjugal), dados pessoais (data de nascimento, nacionalidade, naturalidade, profissão, estatuto conjugal, estatuto laboral, estatuto socioeconómico, agregado familiar, relação com o pai do bebé, apoio familiar), dados referentes à gravidez (se a gravidez foi planeada, se foi desejada se tem acompanhamento médico, desde quando, o tempo de gestação, quando comunicou aos seus pais, quando comunicou ao pai do bebé, alterações causadas pela gravidez, oportunidades prejudicadas) e ao acompanhamento psicológico (existência, nº de consultas, melhorias no bem-estar psicológico, instrumentos de adaptação).

#### 4.2.2. Parental Bonding Instrument

A variável relação da grávida adolescente com as figuras parentais será operacionalizada com o Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979), na versão Portuguesa da escala PBI (Geadá, 2003). Este instrumento avalia a qualidade do vínculo estabelecido entre pais e filhos durante a infância e a adolescência. A versão do PBI que será utilizada neste estudo será a sua versão Portuguesa, adaptada e traduzida por Geadá (2003). Contém 25 itens que compõem as escalas relativas ao cuidado (12 itens; 5, 17, 6, 12, 1, 11, 14, 4, 2, 24, 18, 16) que é caracterizado, num extremo, pelo carinho e afeto e por rejeição e frieza, no outro; superproteção/controlo (13 itens; 9, 23, 13, 19, 8, 20, 10, 15, 7, 3, 21, 25, 22) que exprime a intensidade da vigilância dos pais, num extremo, e a promoção de autonomia, no outro. As respostas aos itens são dadas através de escalas de tipo Likert de 4 pontos: “Sempre ou quase sempre”, “Muitas vezes”, “Poucas vezes”, “Nunca ou quase nunca” (Teodoro et al., citado por Ramos, 2019). A partir das duas escalas, é possível obter quatro classificações de vínculos entre pais e filhos: o cuidado ótimo, onde se encontram os pais que obtêm uma pontuação elevada em cuidado e baixa em superproteção/controlo; o controlo afetivo que engloba pais que obtêm scores elevados em cuidado e superproteção/controlo; o controlo sem afeto, no qual os pais apresentam baixa pontuação em cuidado e um resultado elevado em superproteção/controlo; o negligente que engloba pais com pontuação reduzida em cuidado e em superproteção/controlo (Teodoro et al., citado por Ramos, 2019). Seguindo o exemplo da adaptação do PBI (Geadá, 2003), para esta investigação, os itens 2, 4, 14, 16, 18, 24 da escala de cuidado foram invertidos. Bem como os itens 3, 7, 15, 21, 22 e 25 da escala de superproteção.

No presente estudo, a nossa amostra obteve os seguintes resultados: cuidado da mãe,  $M = 26.75$ ,  $DP = 10.00$ , mín. = 12.00, máx. = 46.00, assimetria = .42, curtose = -1.02;  $\alpha = .93$ , superproteção da mãe,  $M = 35.43$ ,  $DP = 9.56$ , mín. = 17.00, máx. = 52.00, assimetria = -.29, curtose = -.91,  $\alpha = .91$ , cuidado do pai,  $M = 24.80$ ,  $DP = 8.79$ , mín. = 12.00, máx. = 48.00, assimetria = .43, curtose = -.13,  $\alpha = .91$ , superproteção do pai,  $M = 38.32$ ,  $DP = 7.70$ , mín. = 18.00, máx. = 52.00, assimetria = -.27, curtose = -.22,  $\alpha = .84$ .

### 4.2.3. Maternal Antenatal Attachment Scale

A variável vinculação materna pré-natal será operacionalizada com a versão Portuguesa da Escala de Vinculação Materna Pré-natal (Camarneiro, 2007). A Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS; Condon, 1993) foi traduzida e adaptada para português (Camarneiro & Justo, 2007, 2010), sendo constituída por uma escala que avalia a vinculação entre a mãe e o feto. A Escala de Vinculação Materna Pré-Natal (EVPNM) é composta por 19 questões e contempla duas dimensões, ou subescalas: a Qualidade da Vinculação (QV) e o Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação (IP). Os itens da escala são cotados de 1 (baixa vinculação) a 5 (alta vinculação).

Quanto à estrutura dos fatores na versão original (Condon, 1993), para a Maternal Antenatal Attachment Scale, temos os seguintes itens (os itens entre parênteses são invertidos para serem cotados em sentido contrário): dimensão 1 – Qualidade da Vinculação Materna (QVM) – itens (3), (6), (9), (10), 11, (12), 13, (15), (16), 19 e dimensão 2 – Tempo Despendido no Modo de Vinculação ou Intensidade da Preocupação Materna (IPM) – itens (1), 2, 4, (5), 8, 14, 17, (18). O item 7 não é suficientemente forte para pertencer aos fatores, pelo que, segundo o autor, é usualmente incluído apenas no valor global da vinculação. Pela análise de conteúdo do item, a sua cotação deve ser invertida.

No estudo de Camarneiro (2007), a Escala de Vinculação Materna Pré-Natal é composta por 19 questões, cuja consistência interna seria de .74. No entanto, os itens retirados da EVPNM (19, 16, 15 e 14) apresentaram correlações item-total corrigido abaixo de .20, pelo que foram excluídos. Assim, o alfa para a versão materna com 15 itens subiu para .75 e as correlações item-total corrigido são todas elevadas, o que permitiu uma boa medida de vinculação pré-natal materna. A análise fatorial realizada com os quinze itens, permitida pelo valor de KMO = .85 e com p significativo ( $p = .000$ ) no BTS, confirmou, após rotação Varimax, a solução bifatorial (Camarneiro & Justo, 2007, 2010; Condon, 1993; Leal & Maroco, 2010). O total de variância explicada pelos dois fatores foi de 34.1%. Quanto aos fatores, o fator 1, Qualidade da Vinculação Materna, é constituído pelos itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 (8 itens;  $\alpha = .63$ ). Quanto ao fator 2, Intensidade da Preocupação Materna, os itens em causa são 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 ( $\alpha = .70$ ).

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que a Escala de Vinculação Materna Pré-Natal (EVPNM), na primeira dimensão – Qualidade da Vinculação Materna (QVM) organizou-se em oito itens (os itens entre parênteses foram invertidos para serem cotados em sentido contrário): 2, (3), 6, (7), (9), 11, (12) e 13, tendo sido excluídos os itens 15 e 16 seguindo a sugestão do estudo de Camarneiro (2007). Na nossa amostra chegou-se à conclusão que não era preciso eliminar o item 7. Na segunda dimensão - Intensidade da Preocupação Materna (IVM) foi eliminado o item 18 para obter uma maior consistência interna, além do item 14 seguindo a sugestão do estudo de Camarneiro (2007). Assim, com os itens (1), 4, (5), 8 (10) e 17 (os itens entre parênteses foram invertidos para serem cotados em sentido contrário). Neste instrumento, a nossa amostra obteve os seguintes resultados: qualidade da vinculação materna,  $M = 37.02$ ,  $DP = 3.79$ , mín. = 22.00, máx. = 40.00, assimetria = -2.06, curtose = 5.00,  $\alpha = .86$ , qualidade intensidade da preocupação materna,  $M = 22.88$ ,  $DP = 4.13$ ; mín. = 14.00, máx. = 30.00, assimetria = -.19, curtose = -.84,  $\alpha = .64$ , escala total da vinculação materna,  $M = 83.27$ ,  $DP = 7.94$ , mín. = 59.00, máx. = 95.00, assimetria = -1.19, curtose = 1.56,  $\alpha = .86$ .

#### **4.2.4. Stigma Consciousness and Self-Efficacy**

A variável vivência de estigma experienciada pela grávida adolescente será operacionalizada com a adaptação de uma Escala de Estigma do questionário original “Questionário de Consciência de Estigma” de Pinel (1999), primeiramente adaptado para a população infértil por Slade (2007) e posteriormente traduzido por (Justo, Silva & Costa, 2010) e adaptado para a gravidez na adolescência por (Almeida, 2020). A adaptação portuguesa da Escala de Estigma (Justo, Silva & Costa, 2010) é composta por 10 itens que foram, por sua vez, adaptados para este estudo, de forma a considerar a vivência de estigma por parte de adolescentes grávidas. As respostas aos itens são dadas através de uma escala de tipo Likert que varia de zero (discordo completamente) a seis (concordo completamente). Trata-se então de uma evolução do questionário original “Questionário de Consciência de Estigma” de Pinel (1999), criado para avaliar a medida em que as pessoas esperam ser estereotipadas pelos outros em geral. De acordo com este autor, estes 10 itens são explicados por um fator (valor próprio = 2.92; 83.0% da variância comum explicada) extraído usando a rotação Varimax após análise fatorial em componentes principais. A análise de consistência interna da escala de 10 itens de Pinel

mostra um alfa = .74 enquanto que a análise de consistência interna da escala de 9 itens de Slade et al. (2007) indica um alfa = .77.

Neste estudo foram retirados os itens 8 e 9, seguindo a sugestão da adaptação portuguesa da Escala de Estigma (Justo, Silva & Costa, 2010), por forma a obter uma maior consistência interna, os itens (1), (5), (6), (7) foram invertidos para serem cotados em sentido contrário. Neste instrumento, a nossa amostra obteve os seguintes resultados: M = 29.38, DP = 6.93, mín. = 11.00, máx. = 43.00, assimetria = .60, curtose = .63,  $\alpha$  = .54.

#### **4.2.5 Depression Anxiety Stress Scales**

A variável bem-estar psicológico será operacionalizada com a adaptação da escala EADS (Lovibond & Lovibond, 1995), para a versão Portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala contém três escalas, constituídas por 7 itens cada uma, num total de 21 itens referentes à vivência de ansiedade, *stress* e depressão. Cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens). Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens). *Stress* – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação Exagerada (três itens); Impaciência (três itens) (Pais-Ribeiro e colaboradores, 2004). Cada item contém uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase, existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de tipo *Likert*: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram selecionados de modo a que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois.

Os resultados obtidos no presente estudo foram os seguintes: *stress*,  $M = 12.67$ ,  $DP = 3.67$ , mín. = 7.00, máx. = 23.00, assimetria = .53, curtose = .026,  $\alpha = .84$ , ansiedade,  $M = 8.98$ ,  $DP = 2.79$ , mín. = 6.00, máx. = 20.00, assimetria = 1.49, curtose = 3.09,  $\alpha = .80$ , depressão,  $M = 10.05$ ,  $DP = 3.56$ , mín. = 7.00, máx. = 22.00, assimetria = 1.70, curtose = 2.94,  $\alpha = .85$ . Consistência interna da escala total ( $\alpha = .85$ ). Por forma a obter uma maior consistência interna de  $\alpha = .80$  na escala de ansiedade, o item 2 foi retirado.

### 4.3 Participantes

A amostra em estudo, de conveniência, foi recolhida via *on-line* junto de mulheres que foram mães durante a sua adolescência ( $N = 60$ ), com idades compreendidas entre os 18 e os 61 anos ( $M = 32.57$ ,  $DP = 1.55$ ). As suas características são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.  
Características sociodemográficas da amostra ( $N = 60$ )

		N	%
Nacionalidade	Portuguesa	56	93.3
	Brasileira	3	5.0
	Angolana	1	1.7
Estatuto	1	8	13.3
	2	15	25.0
Socioeconómico	3	20	33.3
	4	6	10.0
Estatuto	Empregada	46	76.7
Laboral	Desempregada	14	23.3
Estatuto	Casada/UF	31	51.7
	Conjugal	Solteira/divorciada	28
Com quem	Com companheiro	33	55.0
Vive	Sem companheiro	26	43.3

Trata-se de uma amostra jovem com um estatuto socioeconómico médio, maioritariamente de nacionalidade portuguesa, empregada e em uma relação conjugal.

Tabela 2.  
Características relativas à gravidez (N = 60)

Variáveis	Níveis	N	%
Gravidez	Sim	8	13.3
Planeada	Não	52	86.7
Gravidez	Sim	43	71.7
Desejada	Não	17	28.3

A maioria da nossa amostra não planeou a gravidez; a maioria diz tê-la desejado.

Tabela 3.  
Caracterização da relação com o pai do primeiro filho

Relação com pai do 1º filho	Níveis	n	%
Tem relação com o pai do 1º filho	Sim	41	68.3
	Não	19	31.7
Relação com o pai é conjugal?	Sim	22	36.7
	Não	21	35.0
Qualidade da relação	Muito boa / boa	28	46.6
	Razoável	15	25.0
	Má / Muito má	7	11.6
	Inexistente	10	16.7

A maioria da nossa amostra tem uma relação boa/razoável com o pai do primeiro filho.

Tabela 4.  
Apoio, mudanças e oportunidades (N = 60)

Variáveis	Níveis	n	%
Teve apoio da família	Sim	54	90
	Não	6	10
Alteração de relações	Sim	28	46.7
	Não	32	53.3
Oportunidades Prejudicadas	Sim	24	40.0
	Não	36	60.0

A maioria da nossa amostra teve apoio da família e não sentiu que houve alterações significativas nas relações, nem oportunidades prejudicadas.

Tabela 5.  
Acompanhamento médico e psicológico (N = 60)

Variáveis	níveis	N	%
Acompanhamento	Sim	60	100.0
Médico	Não	0	0
Acompanhamento	Sim	10	16.7
Psicológico	Não	50	83.3
Melhorias no	Sim	5	8.3
bem-estar psicológico	Não	10	16.7
O apoio psicológico trouxe instrumentos	Sim	4	6.7
para se adaptar às mudanças	Não	10	16.7
Importância do	Sim	7	11.7
apoio psicológico	Não	8	13.3
Continuou a ter	Sim	2	3.3
apoio psicológico	Não	17	28.3

Todas as participantes tiveram acompanhamento médico, mas muito poucas tiveram acompanhamento psicológico. Apesar de apenas 10 participantes terem referido acompanhamento psicológico, algumas outras responderam erradamente às questões seguintes relativas ao apoio psicológico. Desta forma, não foi possível apurar com precisão, se este apoio foi importante.

Tabela 6.  
Características sociodemográficas do pai (N = 60)

Variáveis	Níveis	n	%
Nacionalidade	Portuguesa	52	86.7
	Brasileira	6	10.0
	Cabo-verdiana	1	1.7
	Chinesa	1	1.7
Estatuto	1	1	1.7
	2	15	25.0
	3	20	33.3
Socioeconómico	4	5	8.3
	5	1	1.7
	Empregado	41	68.3
Estatuto Laboral	Desempregado	17	28.4
Estatuto Conjugal	Casado / UF	31	51.7
	Solteiro / div.	29	48.3

A maioria dos pais é portuguesa e de estatuto socioeconómico médio em situação de emprego, estando casados ou em união de facto.

#### 4.4. Procedimento

A amostra de 60 mulheres entre os 18 e os 61 anos que engravidaram durante a adolescência foi recrutada via *on-line* com recurso à plataforma Qualtrics. O questionário foi partilhado com ajuda das redes sociais. Às mulheres que aceitaram participar nesta investigação, foi solicitado o seu Consentimento Informado, onde o âmbito da investigação e os seus objetivos estavam esclarecidos assim como, também, foi assegurado o anonimato e a confidencialidade de toda a informação recolhida. A recolha de dados foi feita apenas com os seguintes questionários para os quais foram recolhidas as devidas autorizações de uso: 1) Questionário Sociodemográfico e Clínico, 2) Parental Bonding Instrument, 3) Escala de Vinculação Materna Pré-natal, 4) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e 5) Escala de Estigma para a Gravidez na Adolescência.

Os dados recolhidos foram tratados através do Statistical Package for Social Sciences – SPSS – versão 64 para Windows, com recurso a procedimentos de estatística descritiva para dar resposta aos objetivos da investigação. Inicialmente, foram realizadas análises de tipo descritivo para a caracterização da amostra com recurso às medidas descritivas, frequências, média, desvio padrão, mínimos e máximos. Os dados recolhidos em questionário foram tratados de forma a obter as pontuações para as dimensões dos questionários de Memórias de uma Gravidez na Adolescência, Vivência Psicológica e Estigma Social. Para este efeito, utilizou-se o cálculo dos índices de Alfa de Cronbach com o objetivo de apurar a confiabilidade das escalas para a presente amostra. A testagem das hipóteses foi realizada através de análises de regressão linear hierárquica múltipla.

#### **4.4.1. Plataforma Qualtrics**

A plataforma Qualtrics é uma plataforma que permite a criação de inquéritos *on-line* para a recolha de respostas de carácter anónimo. A sua utilização permite uma forma económica de recolha, conseguindo um maior número de respostas em menos tempo. Motivo que se tornou crucial para a escolha deste modo de recolha de dados, imposto pelas medidas de distanciamento social para a prevenção da Covid-19. Por se tratar de uma recolha *on-line*, existe uma abrangência de público ao nível global que permite diversidade cultural e respetivas comparações (Eriksson & Simpson citado por Paolacci et al., 2010). De acordo com Paolacci et al., 2010, a sensibilidade ao erro bem como o risco de respostas desonestas numa recolha *on-line* em plataformas como o Qualtrics são baixos, comparativamente com uma recolha em laboratório cujo risco é alto e moderado respetivamente. No entanto, em formato de laboratório, a motivação do sujeito pode variar entre moderada a elevada, enquanto que na plataforma de recolha *on-line* esta motivação pode ser baixa. Uma potencial desvantagem de recolhas *on-line* é o facto de, por não ser supervisionada, os participantes tenderem a ter menor atenção (Oppenheimer et al., citado por Paolacci et al. 2010). Contudo, o autor refere que esta questão pode ser facilmente ultrapassada com recurso a manipulação de verificações que identificam sujeitos desatentos e informam-nos para que prestem mais atenção (Oppenheimer et al., citado por Paolacci et al., 2010). Em três estudos realizados *on-line* com estudantes universitários e amostras de utilizadores comuns de plataformas como o Qualtrics, com recurso a perguntas de verificação, verificou-se que os participantes comuns de plataformas como o Qualtrics demonstravam maior atenção do que

estudantes universitários no mesmo estudo (Hauser & Schwarz, 2016). Os mesmos estudos demonstraram que amostras de participantes comuns supervisionadas e bem pagas obtiveram o mesmo grau de atenção que os participantes comuns de plataformas não remuneradas nem supervisionadas como o Qualtrics (Goodman et al., citado por Hauser & Schwarz, 2016). Outra vantagem proporcionada por este método de recolha de dados é o facto de não haver interação entre os participantes e o investigador, o que reduz preocupações com o viés do experimentador (Orne, citado por Paolacci et al., 2010). Assim, podemos concluir que uma recolha de dados a partir de uma plataforma *on-line* como o Qualtrics parece ser tão válida como uma recolha de tipo presencial.



## **V – Resultados**

Para testarmos as nossas hipóteses, utilizámos as análises de regressão linear hierárquica múltipla. Nestas análises, foram tidos em conta aspetos como o ajustamento à distribuição normal, a multicolinearidade e o carácter intervalar das escalas em uso.

Na testagem do ajustamento à distribuição normal teórica, foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Nos casos em que as escalas eram de tipo categorial ou ordinal, procedeu-se a uma recodificação em 0's e 1's. Finalmente, quanto ao diagnóstico da multicolinearidade, foram inspecionados os valores de tolerância (inferiores a .1) e de VIF (superiores a 10).

### **5.1. Testagem das Hipóteses**

#### **5.1.1. Testagem da Hipótese 1**

Recordando a Hipótese 1, propúnhamos que a relação da jovem grávida com as figuras parentais pode influenciar a forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala (Anexo Regressão Linear 16.1 a 16.27) nas quais se verificou que a relação da jovem grávida com as figuras parentais só explica a forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal no que respeita à variável dependente “intensidade da preocupação” e à variável independente “superproteção da mãe” em que se obteve um resultado estatisticamente significativo ( $p = .049$ ), nomeadamente nas variáveis idade ( $p = .019$ ), gravidez desejada ( $p = .048$ ), oportunidades prejudicadas ( $p = .047$ ) (Tabela 7). Há então uma confirmação parcial de esta hipótese, sendo que a superproteção da mãe parece desempenhar um papel significativo na forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal.

Tabela 7.

Análise de regressão da H1, VI - intensidade da preocupação, VD - superproteção da mãe

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust.	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Mudança de R <sup>2</sup>	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.312	.097	.058	4.29695	.097	2.484	2	46	.095
2	.348	.121	.019	4.38555	.024	.387	3	43	.763
3	.600	.360	.192	3.97979	.239	2.843	5	38	.028
4	.652	.425	.254	3.82436	.065	4.152	1	37	.049

### 5.1.2. Testagem da Hipótese 2

Na Hipótese 2, defendíamos que o estigma associado à gravidez na adolescência pode afetar o bem-estar psicológico durante a gravidez precoce. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala EADS (Anexo Regressão Linear 16.28 a 16.31) nas quais não se obtiveram resultados significativos, não se confirmando esta hipótese.

### 5.1.3. Testagem da Hipótese 3

Relativamente à Hipótese 3, supúnhamos que o acompanhamento psicológico durante a gravidez contribui para o bem-estar da adolescente, ao trazer-lhe instrumentos importantes para melhor se adaptar às mudanças que está a viver. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala EADS (Anexo Regressão Linear 16.32 a 16.35) nas quais se verificou que o acompanhamento psicológico durante a gravidez parece não ser suficiente para explicar o bem-estar da adolescente, não se confirmando a hipótese.

### 5.1.4. Testagem da Hipótese 4

No âmbito da Hipótese 4, sugeríamos que as memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais podem influenciar o bem-estar psicológico da adolescente. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala EADS (Anexo Regressão Linear 16.36 a 16.71) nas quais se verificou que, no domínio da ansiedade, se confirma parcialmente a hipótese, exceto no que respeita ao “cuidado da mãe”, o que nos leva a refletir sobre a influência que o cuidado da mãe tem na vivência da ansiedade.

Tabela 8.  
Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e do cuidado pai, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust.	Erro padrão da estimativa	Mudança de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			
						Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.580	.336	.115	2.37533	.132	3.582	2	36	.038

Quando as dimensões cuidado da mãe e cuidado do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado estatisticamente significativo no que respeita à ansiedade ( $p = .038$ ).

Tabela 9.  
Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai, superproteção do pai, cuidado da mãe e superproteção da mãe, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust.	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	Estatísticas de mudança		Sig. Mudança F
							df1	df2	
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.689	.475	.259	2.17352	.271	4.388	4	34	.006

Quando as dimensões cuidado do pai, superproteção do pai, cuidado da mãe e superproteção da mãe são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado estatisticamente significativo quanto à ansiedade ( $p = .006$ ).

Tabela 10.  
Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e superproteção da mãe, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust.	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			
						Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.602	.362	.150	2.32787	.158	4.471	2	36	.018

Quando as dimensões cuidado da mãe e superproteção da mãe são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado significativo relativamente à ansiedade ( $p = .018$ ).

Tabela 11.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai e superproteção do pai, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.629	.396	.217	2.23471	.192	11.767	1	37	.001

Quando as dimensões cuidado do pai e superproteção do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado estaticamente significativo quanto à ansiedade ( $p = .001$ ).

Tabela 12.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado do pai, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.548	.300	.092	2.40540	.096	5.092	1	37	.030

Obteve-se um resultado significativo na dimensão cuidado do pai relativamente à ansiedade ( $p = .030$ ).

Tabela 13.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe e da superproteção do pai, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.684	.468	.291	2.12619	.264	8.936	2	36	.001

Quando as dimensões superproteção da mãe e superproteção do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado estaticamente significativo no âmbito da ansiedade ( $p = .001$ ).

Tabela 14.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.602	.362	.173	2.29639	.158	9.183	1	37	.004

O resultado obtido na dimensão superproteção da mãe no que respeita à ansiedade foi significativo ( $p = .004$ ).

Tabela 15.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção do pai, VD - ansiedade

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df 1	df2	Sig. Mudança F
1	.132	.018	-.025	2.55644	.018	.411	2	46	.665
2	.204	.042	-.070	2.61127	.024	.363	3	43	.780
3	.452	.204	-.005	2.53160	.162	1.550	5	38	.198
4	.629	.396	.217	2.23471	.192	11.767	1	37	.001

A dimensão superproteção do pai na ansiedade evidenciou um resultado significativo ( $p = .001$ ).

No entanto, no domínio da depressão, há uma confirmação parcial ainda que reduzida, na qual a depressão não é explicável pelas memórias de infância da relação com as figuras parentais, excepto quando se conjugam o “cuidado do pai” com o “cuidado da mãe” ( $p = .024$ ) (Tabela 16), conseguindo a partir desta junção, explicar-se a depressão. Além desta conjugação, o “cuidado da mãe” por si só ( $p = .009$ ) (Tabela 18), bem como a sua conjugação com a “superproteção da mãe” ( $p = .031$ ) (Tabela 17) conseguem explicar a depressão, o que nos leva a concluir que a depressão não é explicada pelas memórias de infância, a não ser que estejamos a incluir o cuidado da mãe. A depressão parece então estar ligada à qualidade da relação estabelecida com a mãe durante a infância.

Tabela 16.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e do cuidado do pai, VD - depressão

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				Sig. Mudança F
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	
1	.222	.049	.008	3.60775	.049	1.189	2	46	.314
2	.309	.095	-.010	3.63980	.046	.731	3	43	.539
3	.570	.325	.147	3.34448	.230	2.586	5	38	.041
4	.672	.451	.269	3.09758	.126	4.150	2	36	.024

Quando as dimensões cuidado da mãe e cuidado do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado estaticamente significativo no que se refere à depressão ( $p = .024$ ).

Tabela 17.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e da superproteção da mãe, VD – depressão

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				Sig. Mudança F
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	
1	.222	.049	.008	3.60775	.049	1.189	2	46	.314
2	.309	.095	-.010	3.63980	.046	.731	3	43	.539
3	.570	.325	.147	3.34448	.230	2.586	5	38	.041
4	.666	.443	.258	3.12045	.118	3.826	2	36	.031

Quando as dimensões cuidado da mãe e superproteção da mãe são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado significativo no domínio da depressão ( $p = .031$ ).

Tabela 18.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe, VD – depressão

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				Sig. Mudança F
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	
1	.222	.049	.008	3.60775	.049	1.189	2	46	.314
2	.309	.095	-.010	3.63980	.046	.731	3	43	.539
3	.570	.325	.147	3.34448	.230	2.586	5	38	.041
4	.664	.441	.275	3.08305	.117	7.718	1	37	.009

O cuidado da mãe na depressão apresentou um resultado significativo ( $p = .009$ ).

No domínio do *stress*, apenas a variável independente “superproteção da mãe” parece explicar o *stress* ( $p = .037$ ) (Tabela 19), o que nos leva a concluir que estas memórias de infância não são iguais para as duas figuras. Assim, no domínio do *stress*

há uma confirmação parcial, mas reduzida.

Tabela 19.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD – *stress*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.217	.047	.006	3.54272	.047	1.135	2	46	.330
2	.224	.050	-.060	3.65780	.003	.050	3	43	.985
3	.360	.129	-.100	3.72568	.079	.690	5	38	.634
4	.476	.227	-.003	3.55838	.097	4.657	1	37	.037

A dimensão superproteção da mãe no âmbito do *stress* obteve um resultado estatisticamente significativo ( $p = .037$ ).

Na escala total, observamos que o “cuidado mãe” e “cuidado pai” em conjunto explicam os estados emocionais negativos ( $p = .034$ ) (Tabela 20), “cuidado mãe” e “superproteção mãe”, “cuidado pai” e “superproteção pai” em conjunto não explicam ( $p = .058$ ), o “cuidado mãe” e “superproteção mãe” em simultâneo, explicam (Sig. = .024) (Tabela 21), o “cuidado mãe” explica ( $p = .017$ ) (Tabela 22), o “cuidado pai” e “superproteção pai” não explicam ( $p = .140$ ), o “cuidado pai” por si só também não explica ( $p = .115$ ), a “superproteção mãe” e “superproteção pai” em conjunto explicam ( $p = .022$ ) (Tabela 23), a “superproteção mãe” explica ( $p = .011$ ) (Tabela 24) e a “superproteção pai” explica ( $p = .011$ ) (Tabela 25). Desta forma, podemos concluir que H4 confirma-se ao nível da ansiedade, contudo, nos outros domínios, a confirmação é modesta.

Tabela 20.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e cuidado do pai, VD - escala total dos estados emocionais dos estados emocionais

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.224	.050	.009	8.82092	.050	1.213	2	46	.307
2	.232	.054	-.056	9.10596	.004	.055	3	43	.983
3	.471	.222	.017	8.78289	.168	1.644	5	38	.172
4	.596	.356	.141	8.21233	.134	3.732	2	36	.034

Quando as dimensões cuidado da mãe e cuidado do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado significativo relativamente à escala total dos estados emocionais ( $p = .034$ ).

Tabela 21.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe e da superproteção da mãe, VD - escala total

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.224	.050	.009	8.82092	.050	1.213	2	46	.307
2	.232	.054	-.056	9.10596	.004	.055	3	43	.983
3	.471	.222	.017	8.78289	.168	1.644	5	38	.172
4	.607	.368	.157	8.13353	.146	4.155	2	36	.024

Quando as dimensões cuidado da mãe e superproteção da mãe são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado significativo no que concerne à escala total dos estados emocionais ( $p = .024$ ).

Tabela 22.

Análise de regressão da H4, VI - cuidado da mãe, VD - escala total dos estados emocionais

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.224	.050	.009	8.82092	.050	1.213	2	46	.307
2	.232	.054	-.056	9.10596	.004	.055	3	43	.983
3	.471	.222	.017	8.78289	.168	1.644	5	38	.172
4	.579	.335	.137	8.22912	.113	6.286	1	37	.017

O cuidado da mãe relativamente à escala total dos estados emocionais mostrou um resultado estatisticamente significativo ( $p = .017$ ).

Tabela 23.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe e da superproteção do pai, VD - escala total dos estados emocionais

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança				
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.224	.050	.009	8.82092	.050	1.213	2	46	.307
2	.232	.054	-.056	9.10596	.004	.055	3	43	.983
3	.471	.222	.017	8.78289	.168	1.644	5	38	.172
4	.609	.371	.161	8.11412	.149	4.261	2	36	.022

Quando as dimensões superproteção da mãe e superproteção do pai são introduzidas em simultâneo, obtém-se um resultado significativo no que respeita à escala total dos estados emocionais ( $p = .022$ ).

Tabela 24.

Análise de regressão da H4, VI - superproteção da mãe, VD - escala total dos estados emocionais

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Erro padrão		Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F	
			R <sup>2</sup> ajust.	da estimativa	Mudança de R quadrado	Mudança F	df1		df2
1	.224	.050	.009	8.82092	.050	1.213	2	46	.307
2	.232	.054	-.056	9.10596	.004	.055	3	43	.983
3	.471	.222	.017	8.78289	.168	1.644	5	38	.172
4	.590	.348	.154	8.14832	.126	7.149	1	37	.011

O resultado apresentado na dimensão superproteção da mãe relativamente à escala total dos estados emocionais foi estatisticamente significativo ( $p = .011$ ).

### 5.1.5. Testagem da Hipótese 5

Relembrando a Hipótese 5, defendíamos que as memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais podem ter influência na vivência de estigma por parte da jovem grávida. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala PBI (Anexo Regressão Linear 16.72 a 16.80) nas quais não se obtiveram resultados significativos, não se confirmando esta hipótese.

### 5.1.6. Testagem da Hipótese 6

Na Hipótese 6, propúnhamos que a vivência de estigma pode influenciar a vinculação materna pré-natal. Para a testagem de esta hipótese, realizaram-se várias regressões lineares para cada dimensão da escala EVPNM (Anexo Regressão Linear 16.81 a 16.83) nas quais não se obtiveram resultados significativos, não se confirmando esta hipótese.



## VI – Discussão e Conclusão

O presente estudo tem como objetivo principal alcançar uma melhor compreensão da vivência psicológica de adolescentes grávidas, bem como a sua vivência de estigma. A presente secção visa a elaboração de uma síntese e discussão dos resultados obtidos, com base na revisão de literatura e dos objetivos de investigação.

No que diz respeito à primeira hipótese, referente à relação da jovem grávida com as figuras parentais poder influenciar a forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal, os resultados revelam relações significativas podendo concluir-se que a superproteção da mãe parece desempenhar um papel significativo na forma como se desenvolve a vinculação materna pré-natal. O que vai ao encontro da perspectiva de Deutsch (citado por Dias & Teixeira, 2010), cuja gravidez na adolescência seria resultado de um processo inconsciente no qual, a jovem, impossibilitada de assumir a sua autonomia emocional e de identidade por não conseguir separar-se psicologicamente da mãe, tentaria manter-se num estado emocional fusional, transferindo esta dependência de vínculo à figura do filho. Como referido anteriormente, de acordo com (Causby et al.; Osofsky; Lucker, citados por Figueiredo, 2001) parece haver um planeamento, ainda que inconsciente, em engravidar por parte de adolescentes que procuram um significado para a sua vida. Neste sentido, o presente estudo pode dar um contributo para a mulher adulta assumir que engravidou porque desejou. Isto é, as mulheres que depois de engravidarem, darem à luz e verem os filhos crescer, podem perceber que não engravidaram por acaso e que, apesar de não ter havido um planeamento consciente, podem assumir o desejo de engravidar e, provavelmente, parecem ter um desenvolvimento psicológico mais maturativo. Este desejo de engravidar parece estar no mesmo nível do planeamento inconsciente que abordamos anteriormente pelo que, as mulheres que tiveram a coragem de assumir que houve um desejo por esta gravidez demonstram uma vinculação mais estruturada e madura.

No que concerne à segunda hipótese e contrariamente ao esperado, os resultados não revelaram relações significativas entre o estigma associado à gravidez na adolescência e o bem-estar psicológico durante a gravidez precoce. Estes resultados são incongruentes com evidências de estudos anteriores, nomeadamente de acordo com um

estudo realizado por Silva (2016) em que se verificou a ocorrência de estigma sobre a gravidez na adolescência, havendo exclusão escolar e social para as adolescentes grávidas. Wiemann (citado por Abe & Zane, 1990) considera que “ser estigmatizado socialmente pode levar a depressão, isolamento social, baixa autoestima e baixo desempenho acadêmico.” Segundo os resultados de um estudo de Wiemann (2005), o isolamento face aos pares, não ser casada com o pai do bebê, ser caucasiana, planejar a conclusão dos estudos, experienciar crítica familiar, abuso verbal e medo de ser magoado por outros adolescentes, são fatores que aumentam o risco de experienciar estigma. Enquanto que uma autoestima elevada e o abandono escolar antes da concepção se tornam fatores protetores no âmbito dos relatos de sentimentos de estigma. Assim, podemos concluir que, na nossa amostra, a vivência de estigma não é suficiente para afetar o bem-estar psicológico, podendo remeter para os fatores protetores acima referidos, bem como para a possibilidade de haver uma relação matrimonial com o pai do bebê, o que vai ao encontro de um estudo realizado por Almeida (1987) com uma amostra portuguesa indicando que, na sua maioria, as grávidas adolescentes não têm problemas sociais.

Relativamente à terceira hipótese alusiva ao acompanhamento psicológico durante a gravidez contribuir para o bem-estar da adolescente, não se obtiveram relações significativas entre o acompanhamento psicológico e o bem-estar da adolescente, contrariando um estudo de Butler et al., citado por Justo (2000) que refere que a generalidade das adolescentes grávidas submetidas a intervenção (de preferência articulando a medicina, a psicologia e o serviço social) demonstram que a saúde das adolescentes evoluiu para melhor, que a saúde dos seus filhos se realiza em melhores condições físicas e psicológicas e que as mães adolescentes podem melhorar a sua competência relacional quando em interação com os seus bebês. Estes resultados podem ter ocorrido porque, na nossa amostra, a percentagem de sujeitos que tiveram consultas de apoio psicológico durante a gravidez na adolescência é modesta.

No que toca à quarta hipótese relativa às memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais e a sua influência no bem-estar psicológico da adolescente, no domínio da ansiedade, os resultados confirmam a existência parcial desta influência, excepto no que respeita ao “cuidado da mãe”, o que nos leva a refletir sobre a influência que o cuidado da mãe tem na vivência da ansiedade. Contrariamente às hipóteses formuladas, a relação “cuidado da mãe” não é significativa na resposta à ansiedade. Por

isso, não podemos afirmar que quando há cuidado materno não existe ansiedade, nem que o cuidado materno está associado a resultados mais adaptativos como indicam estudos anteriores de Albers, Riksen-Walraven, Sweep e, também de Weerth (citados por Vergara-Lopez et al., 2016). No entanto, o que podemos concluir é que a forma como a mãe limita o crescimento da adolescente, atuando pela via da superproteção com comportamentos controladores, exigentes, intrusivos, altamente supervisores e vigilantes, influencia negativamente os estados emocionais da mesma, interferindo na forma como esta lida com as suas relações futuras, gerando medos pela dificuldade no controlo da ansiedade. O que vai ao encontro de estudos anteriores de Parker e, também, de Thomasgard e Metz (citado por Vergara-Lopez et al., 2016) que referem que a superproteção materna pode encorajar a infantilização e desencorajar emoções e comportamentos independentes. Nomeadamente, no que respeita ao investimento numa relação amorosa, que passa a ser vista como “tudo ou nada”, ao invés de haver uma exploração de relações saudáveis de aprendizagem. No entanto, no domínio da depressão, há uma confirmação parcial ainda que reduzida, na qual a depressão não é explicada pelas memórias de infância, a não ser que estejamos a incluir o cuidado da mãe. O aspeto chave é então o cuidado materno. Quando há muito cuidado, o objeto está presente, é cuidador, garantido e previsível, gerando assim estados emocionais mais positivos. O cuidado materno surge assim como fator protetor contra o desajuste das jovens (Skopp, McDonald, Jouriles & Rosenfield, citado por Vergara-Lopez et al., 2016). Contudo, quando não há cuidado, o objeto não comunica e os estados emocionais dão lugar à depressão. A depressão parece então estar ligada à qualidade da relação estabelecida com a mãe durante a infância. No domínio do *stress*, há uma confirmação parcial mas reduzida, na qual apenas a variável independente “superproteção da mãe” parece explicar o *stress*, o que nos leva a concluir que estas memórias de infância não são iguais para as duas figuras e que, uma vez mais, além de ansiogénica, a “superproteção” aparece como um fator stressante. Já o cuidado materno, contrariamente ao esperado, também não teve efeitos significativos na resposta ao *stress*, o que se pode explicar pelo choque de desenvolvimento entre os comportamentos superprotetores maternos (por exemplo, controle e intrusão) e a necessidade crescente de independência e privacidade dos jovens. Por outras palavras, o cuidado materno pode não ter efeitos protetores no contexto de comportamentos superprotetores maternos em simultâneo (Vergara-Lopez et al., 2016). Desta forma, é possível que a superproteção materna prejudique a capacidade de explorar de forma adequada pelas crescentes

demandas sociais desse período de desenvolvimento (Vergara-Lopez et al., 2016). Esta conclusão vai ao encontro de estudos anteriores de Blair, Granger, Willoughby e Kivlighan e, também, de Del Giudice, Ellis e Shirtcliff, bem como de Cicchetti e Rogosch (citados por Vergara-Lopez et al., 2016) que demonstram que o estilo parental materno pode estar relacionado com o ajuste dos jovens ao influenciar o padrão da resposta do cortisol ao *stress*. Na nossa amostra e de acordo com literatura sobre o tema, a distinção entre a ansiedade e o *stress* tem uma avaliação muito semelhante. Assim, podemos concluir que a quarta hipótese se confirma ao nível da ansiedade. Contudo, nos outros domínios, a confirmação é modesta. Estes resultados corroboram literatura anterior, no que respeita ao suporte social e à sua influência na forma como as jovens mães vivenciam a maternidade. De acordo com Carlos et al. (2007), a falta de apoio por parte da família associa-se, nestas adolescentes, a um sentimento de auto-desvalorização, desespero e abandono. Pelo contrário, quando sentem apoio da família, estas mães tendem a sentir-se mais confiantes, seguras e mais felizes, contribuindo para uma melhor aceitação da gravidez e para o desenvolvimento de estratégias maternas mais adequadas. A existência de um bom suporte social que permita a existência de um espaço e de um tempo que a adolescente possa dedicar só a si é fundamental para minimizar um eventual contexto de indisponibilidade materna (Carlos et al., 2007).

No que respeita à quinta hipótese, referente às memórias de infância sobre a relação com as figuras parentais e a sua influência na vivência de estigma por parte da jovem grávida, os resultados sugerem não existir qualquer relação entre as variáveis. Estes resultados parecem divergir com estudos anteriores de Carlos et al. (2007), sugerindo que a pressão social manifestada através do estigma a que estas jovens estão sujeitas, juntamente com a não-aceitação familiar da gravidez, leva muitas vezes a um isolamento quase forçado, agravando o seu estado psicológico e originando uma baixa autoestima. Nestas adolescentes, há muitas vezes a ideia de transgressão; a ideia de que não corresponderam às expectativas dos pais e que, portanto, falharam enquanto filhas. O estigma social só vai aumentar essa sensação de transgressão. As jovens sentem que agiram mal, o que pode levar a que encarem o filho como um erro (Carlos et al., 2007).

No âmbito da sexta hipótese, referente à vivência de estigma e sua influência na vinculação materna pré-natal, não parecem haver relações significativas que comprovem esta hipótese. Isto contrasta com a literatura derivada de estudos anteriores, nomeadamente de acordo com estudos de Carlos et al. (2007); as jovens adolescentes

que engravidam estão numa fase de vida marcada pela necessidade de aceitação em grupo, fazendo com que valorizem mais a opinião dos outros e se sintam mal quando confrontadas com o estigma social. Desta forma, o suporte social é importante, uma vez que as jovens que têm apoio (sobretudo do companheiro) não dão tanta importância à opinião dos outros (Carlos et al., 2007). De acordo com o autor, a falta de apoio leva a que se sintam as únicas responsáveis pela criança, podendo levar a um sentimento de sobrecarga, de saturação e de cansaço. Além disso, é também comum, na vivência destas mães a existência de um sentimento de solidão que dificulta a integração e aceitação da gravidez e, por consequência, interfere na adaptação ao bebé, pelo que, as mães que mais se sentiram sozinhas e que foram abandonadas pelos companheiros são aquelas que se mostraram mais indisponíveis afetivamente na relação com o filho (Carlos et al., 2007).

Este estudo apresenta limitações que podem ter comprometido os seus resultados. Nomeadamente a extensão dos instrumentos utilizados, cujo preenchimento pode ser cansativo e, por conseguinte, ter influenciado a precisão das repostas. Motivo que poderá ter, também, originado a desistência de 60 participantes que não chegaram ao fim do questionário.

Uma sugestão para investigações futuras seria a replicação de este estudo num formato longitudinal, com uma amostra de adolescentes grávidas no momento da aplicação e, mais tarde, depois do crescimento de este primeiro filho. Outra sugestão que seria interessante explorar seria recolher também uma amostra dos pais dos bebés, por forma a fazer uma comparação de género e perceber se existem diferenças ao nível da vinculação, da sensação de estigma e da vivência psicológica.

Finalmente, o presente estudo tem implicações clínicas interessantes, no sentido em que caminha na direção de melhor compreender a vivência psicológica das adolescentes que engravidam e de promover o seu bem-estar e equilíbrio emocional para melhor se adaptarem às mudanças que esta nova condição exige. Esta investigação tem, também, implicações pertinentes no reconhecimento de que parece haver um planeamento, ainda que inconsciente, em engravidar por parte de adolescentes que procuram um significado para a sua vida, contribuindo para uma vinculação materna mais estruturante. Foi, também, possível concluir que a superproteção da mãe parece desempenhar um papel significativo na forma como se desenvolve a vinculação materna

pré-natal e parece influenciar negativamente os estados emocionais das jovens, gerando dificuldades na resposta à ansiedade e ao *stress*. Por último, constatou-se, também, que o cuidado materno funciona como fator protetor na resposta à depressão.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2007). Vulnerabilidade de género para a paternidade em homens adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 41 (4): 565-72.
- Afonso, R. (2009). *Gravidez Na Adolescência: Crise, Resposta Familiar e Bem-Estar Emocional. Tese de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. 245 pp.*
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Camarneiro, A. (2011). *Vinculação Pré-natal e Organização Psicológica do Homem e da Mulher Durante a Gravidez: Relação Com o Tipo de Parto e com a Patologia Obstétrica dos II e III Trimestres de Gestação. Tese de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. 694 pp.*
- Carlos, A. I., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C., & Bentes, M. H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 25(2), 183-194.
- Cavalcante, L. V., Raposo, J. C. S., Claudino, K. A., Santos, C. F. B. F., Amorim, V. C. S. A. (2015). Associação entre gravidez na adolescência e violência sexual. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 89-93.
- Dias, A. C. G., e Teixeira, M. A. P. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenómeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20 (45), 123-131.
- Faria, I. (2016). *Maternidade na Adolescência, Capacitação Familiar e o Programa A PAR – Aprender em Parceria. Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. 97pp.*
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 221-238.
- Gil, M. J., Lucas, P. (1998). A maternidade na adolescência num contexto de abuso sexual na família. *Análise Psicológica*, 3 (XVI): 385-392.

- Goldenberg, P., Marsiglia, R. M. G., Gomes, M. H. A. (2003). O Clássico e o Novo tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 444 pp.
- Hauser, D. J., Schwarz, N. (2016). Attentive Turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants. *Behavior Research methods* 48, 400–407.
- Heilborn, M., Salem, T., Knauth, D., Aquino, E., Bozon, M., Rodhen, F., Victoria, C., McCallum, C., e Bandão, E. (2002). Aproximações socio antropológicas sobre a gravidez a adolescência. *Horizonte Antropológico*, 8 (17): 3-45.
- Idealista, (2019). Há mais casamentos infantis em Portugal – celebraram-se 113 em 2018. Acedido a 15-07-2020. Disponível em: <https://www.idealista.pt/news/financas/economia/2019/11/26/41624-ha-mais-casamentos-infantis-em-portugal-celebraram-se-113-em-2018?gallery-item=1>
- INDICA, (2017). Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora. 112 pp.
- Instituto Nacional de Estatística, (2019). *Nados-vivos de mães adolescentes*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&selTab=tab0&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&selTab=tab0&xlang=pt)
- Jongenelen, I. M. (1998). Gravidez na Adolescência: Uniformidade e Diversidade no Desenvolvimento. Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Justo, J. (2000). Gravidez Adolescente, Maternidade Adolescente e Bebés Adolescentes: Causas, Consequências, Intervenção Preventiva e Não Só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 97-147.
- Justo, J., Vieira C., Costa. E. (2010). *Consciência de Estigma e Autoeficácia em Casais Inférteis: Correlação e Diferenças de Género. Psicologia Positiva Y Ciclo Vital*, 1(2), 17-24.

- Krauss, S. (2016). Como é ensinada a educação sexual às crianças no mundo. Consultado a 08-07-2020. Disponível em <https://lifestyle.sapo.cv/familia/crianca/artigos/como-e-ensinada-a-educacao-sexual-as-criancas-no-mundo>
- Matos, S. M. (2004). Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens pertencentes às camadas populares cariocas. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Neto, A. C. S. (2004). Gravidez na adolescência. Psicologia.pt. Consultado a 06-07-2020. Disponível em: [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0178](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178)
- OMS, (2020). Adolescent pregnancy. Acedido a 21 de abril de 2020 em URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado Ana & 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.
- Paolacci, G., Chandler J., Ipeirotis P. G. (2010). Running experiments on Amazon Mechanical Turk. *Judgment and Decision Making*, 5(5), 411-419.
- Parker, G., Tupling H., & Brown L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pires, R., Araújo-Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Examining the Links Between Perceived Impact of Pregnancy, Depressive Symptoms, and Quality of Life During Adolescent Pregnancy: The Buffering Role of Social Support. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 789–800.
- Ramiro, L., Reis M., Matos M. G., Diniz J. A., Simões C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21.
- Rodrigues, M. (2010). Gravidez na Adolescência. *Revista Nascer e Crescer*, 19(3), S201.

- Ramos, S. (2019). *A percepção da perpetuação dos estilos parentais, o coping religioso e as memórias de infância*. Tese de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Wiemann, C. M., Rickert, V. I., Berenson, A. B., & Volk, R. J. (2005). Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? *Journal of Adolescent Health, 36*(4), 352.e1–352.e7.
- Silva, D. (2016). Exclusão de adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil: uma análise sobre a educação sexual e suas implicações. *Revista de Estudos Sociais, (57)*, 78-88.
- Silva, H. M., Ferreira S., Águeda S., Almeida A. F., Lopes A., Pinto F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa, 43*(1), 8-15.
- UNFPA, (2013). Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência.
- Vergara-Lopez, C., Bublitz, M., Chaudoir, S., Stroud, L., Treter, M. O. (2016). The influence of maternal care and overprotection on youth adrenocortical stress response: A multiphase growth curve analysis. *The International Journal on the Biology of Stress 19*(6), 567-575.
- Vieira, C. (2009). *Relação Entre Consciência de Estigma e a Auto-Eficácia na Infertilidade*. Tese de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia do Centro Regional de Braga.