

Utentes da Consulta Externa de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no Ano 2000

ALEXANDRA PACHECO*, BÁRBARA FIGUEIREDO**, RAQUEL COSTA,* RUTE MAGARINHO***

* Licenciada em Psicologia. Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

** Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

*** Consulta Externa de Obstetrícia de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (Porto).

Resumo

A Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto) tem em funcionamento, desde 1992, uma Consulta Externa de Obstetrícia, para grávidas adolescentes com idade igual ou inferior a 18 anos à data provável do parto e que residam no Concelho do Porto. O presente trabalho resulta da caracterização social e demográfica que fizemos das grávidas adolescentes que tiveram pelo menos uma consulta na MJD durante o ano de 2000, abrangendo um total de 104 utentes. Para tal foi utilizado um questionário, composto por 125 questões abertas, administradas sob a forma de uma entrevista, entre as 24 e as 36 semanas de gestação. Este questionário destinou-se à recolha de dados sociais e demográficos, respeitantes à grávida, ao seu companheiro e à sua família de origem, bem como ao levantamento de um elevado número de circunstâncias médicas, psicológicas e sociais, de risco e protectoras de uma boa adaptação à maternidade.

Os resultados que obtivemos sugerem, tal como a literatura sobre o tema tem vindo a assinalar, alguma variabilidade nas características sociais e demográficas do grupo de mães adolescentes atendidas na nossa consulta, tanto quanto mostram uma prevalência de casos nas camadas mais desfavorecidas da população. Verifica-se um predomínio de baixos níveis de escolaridade, situações de precariedade económica, desemprego e profissões de reduzida qualificação. Os resultados indicam igualmente a presença muito frequente de estruturas familiares de origem desorganizadas e de experiências de vida adversas, na trajectória desenvolvimental da grávida adolescente, assim como do seu companheiro, à semelhança do que tem sido observado pelos mais diversos autores, em estudos realizados, em Portugal, assim como noutros países.

Os dados mostram ainda que as gravidezes são na sua maioria não planeadas, aconteceram apesar do conhecimento de métodos contraceptivos, visto que frequentemente o seu uso não se verificou ou foi irregular. No entanto, o planeamento da gravidez por parte da adolescente parece associar-se a uma melhor adaptação à maternidade, assim como se verificam diferenças positivas junto das adolescentes mais velhas, com níveis mais elevados de escolaridade, que estão casadas ou coabitam com o pai do bebé. O conhecimento da gravidez ocorreu muitas vezes nas primeiras semanas e com frequência a marcação da primeira consulta deu-se durante o primeiro trimestre de gravidez, sobretudo nas adolescentes que planearam e/ou desejaram estar grávidas e que estão casadas ou a viver maritalmente.

Em conclusão, este estudo dá conta das dificuldades inerentes a uma pluralidade de situações nas quais a gravidez na adolescência pode ocorrer, permitindo a melhor compreensão da especificidade associada a esta problemática, necessária à ajuda adequada; mostra ainda que embora não em todos, mas em muitos casos, uma ajuda suplementar justifica-se, dada as circunstâncias desfavoráveis em que a gravidez se verifica, o que o presente artigo retracta.

Palavras-chave: maternidade na adolescência, características sociais e demográficas das mães adolescentes, consulta externa de obstetrícia para mães adolescentes.

Summary

Outpatients of the Service for Adolescent Mothers at Júlio Dinis Maternity Hospital in the Year 2000

Since 1992, there has been an outpatient service for adolescent mothers (with 18 or less years old at the probable date of birth) at Julio Dinis Maternity Hospital (MJD, Porto). This study consists on the socio-demographic characterization of 104 pregnant adolescents that had attended to at least one consultation at MJD, during the year of 2000. For this proposes, we used a questionnaire with 125 open questions, administered as an interview, between 24 and 36 weeks of pregnancy. The questionnaire gathers information of socio-demographic data regarding the pregnant adolescent, her partner and her family, as well as a high number of medical and psychological information of risk and protective circumstances of a good adaptation to motherhood.

Correspondência: Bárbara Figueiredo
Departamento de Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4700 Braga

bbfi@iep.uminho.pt

As literature has been pointing out, our results suggest that there is some variability on the socio-demographic characteristics of adolescent mothers; they also show an over-representation of cases on the most unfavorable conditions considered. Particularly, we see an over-representation of low levels of education, precarious economic situations, unemployment and low qualification professions in the sample.

Our results also indicate the high presence of disorganized structures on the family of origin and of adverse life experiences on the developmental trajectory of the adolescent, as well as of their partners. This results are coincident with those obtained by several authors on Portuguese and foreign studies.

Our data also show that generally adolescent mothers do not plan their pregnancies and do not use contraceptives, nevertheless they usually have some knowledge about it. The oldest adolescents, with higher levels of education, who are married or are living with the partner, as well as the adolescents who had plan the pregnancy, seem better adapted to motherhood. Most of the adolescents became aware of the pregnancy during the first weeks and have the first obstetric consultation during the first trimester, especially if they are older, have higher levels of education, and are married or living with the partner.

In conclusion, this study alerts to several difficulties regarding different situations in which pregnancy may occur during adolescence and gives us a better comprehension about the specificities related to this problem, in order to beneficiate the assistance to the mother. It also shows that in many cases a supplementary help may be needed, taking in attention the adverse circumstances in which the pregnancy occurs.

Key words: adolescent motherhood, socio-demographic characteristics, and obstetric consultation for adolescent mothers.

Introdução

A gravidez na adolescência é um dos problemas realçados no Relatório sobre o estado de saúde dos jovens na União Europeia, dado que implica um significativo aumento do risco para o mau funcionamento social, económico e de saúde da mãe e do bebé¹.

Embora este problema esteja largamente presente no nosso país, desde há duas décadas a esta data que se assiste a uma tendência no sentido da diminuição do número de gravidezes em mães com menos de 18 anos^{2,3}, seguindo o que tem sido observado em outros países da Europa do Norte.

Segundo o Eurostate (1999), em Portugal o índice de fertilidade em mães com idades entre os 15 e os 19 anos, embora sempre superior à média dos 15, decresceu entre 1985 e 1995, passando de 26,0‰ (sendo nesse ano a média nos países europeus de 14,2‰) para 16,6‰ (quando a média nos países europeus foi de 9,8‰). Comparando os diversos países de Europa, Portugal situava-se em segundo lugar a seguir à Grécia (com 28,6‰), em 1985, para continuar em segundo lugar, mas agora a seguir ao Reino Unido (com 22,0‰), em 1995. A redução do índice de fertilidade em mães adolescentes tem sido observada em todos países europeus, à excepção do Reino Unido que tem

um índice muito elevado (25,0‰, em 1997), só ultrapassado em países como os Estados Unidos e o Canadá⁴. Mesmo assim, em 1997, o número de nascimentos por 1,000 em mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos, foi de 17 em Portugal, o que corresponde a um valor 4 vezes superior ao de outros países de Europa, particularmente a Holanda e a Suécia.

Tendo em conta os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, também Justo (2000)² salienta que, no nosso país, ao aumento de nascimentos ocorridos em mães com menos de 20 anos entre 1947 e 1977, segue-se um decréscimo entre 1977 e 1996. Os valores que este autor apresenta têm a vantagem de serem relativos, quer à fertilidade em mães adultas, quer ao total de indivíduos do sexo feminino, e mostram que a diminuição a que se refere ultrapassa a diminuição esperada, tendo em conta a redução do índice de fertilidade na população em geral, assim como a redução da população jovem.

A maior parte das caracterizações sociais e demográficas da população de mães adolescentes, hoje disponíveis em Portugal e nos restantes países ocidentais, dá conta do mesmo panorama: a maternidade ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem nas situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural. As condições sociais e económicas desfavoráveis mais comumente assinaladas como estando na origem da maternidade na adolescência, são, a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego, em estudos realizados quer no nosso país^{5,6,7,8}, quer nos restantes países ocidentais^{9,10,11,12,13,14,15,16}. Assim, não obstante a variabilidade que também é assinalada, as mães adolescentes são sobretudo jovens que vivem em áreas mais pobres e degradadas, que estão mais desprotegidas ou são mais vulneráveis, nomeadamente porque foram excluídas do sistema escolar ou estão desempregadas⁴.

São também com frequência adolescentes que viveram condições adversas no decurso da sua trajectória de desenvolvimento, tais como: maternidade adolescente da mãe^{17,18,19,14,20}, institucionalização precoce²¹, abuso físico ou sexual^{22,23}, instabilidade, inadequação ou falta de supervisão familiar^{24,19,18,25,20}.

Outras características são também assinaladas, em associação com a maternidade na adolescência, tais como a falta de conhecimentos a respeito da sexualidade e o uso muito pouco frequente de contraceção^{19,26}.

A exclusão social é com frequência causa, mas é também com frequência consequência da maternidade na adolescência, o que torna mais desfavorável uma situação que é já de si desfavorável à partida²⁷. Em consequência da maternidade na adolescência, verifica-se um outro conjunto de situações adversas, dado que está significativamente aumentado o risco de a mãe voltar a engravidar antes dos 20 anos de idade²⁶, assim como está aumentado o risco de

a mãe poder ter dificuldades obstétricas ou problemas de saúde²⁸. Cerca de metade das mães adolescentes rompe o seu relacionamento com o companheiro²⁹, deixa de estudar³⁰, perde o emprego ou reduz as suas possibilidades de progressão profissional¹⁰, em consequência da gravidez; ou ainda, vive sozinha²⁹, em condições precárias ou de baixo rendimento económico³¹.

Os seus filhos, por sua vez, tendem com mais frequência a: nascer prematuramente ou com baixo peso^{32,21,3}, ser admitidos em hospitais e a ser vítimas de acidentes, ser alvo de negligência ou de abuso^{33,34}, sendo que a taxa de mortalidade infantil é particularmente elevada no grupo de mães adolescentes.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 104 adolescentes grávidas, com idade igual ou inferior a 18 anos à data provável do parto, que tiveram pelo menos uma consulta externa de obstetrícia na Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto), durante o ano 2000 (o que corresponde a 97,2% do total das utentes da consulta nesse ano). As grávidas são na sua maioria residentes na Zona do Grande Porto, dado que a MJD atende todas as freguesias da Cidade do Porto à excepção de Paranhos e Miragaia. A maior parte das grávidas é primípara (94,2%) e uma minoria múltipara (5,8%).

Instrumentos

O Questionário da Consulta de Mães Adolescente da Maternidade Júlio Dinis é composto por 125 questões abertas, administradas sob a forma de uma entrevista, que são cotadas pelo técnico a partir de um conjunto de opções disponíveis, previamente fixadas. Foca-se na recolha de dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, nomeadamente: idade, etnia, escolaridade, estatuto profissional, estado civil, estrutura familiar, hábitos de consumo, estado de saúde física e psicológica e antecedentes pessoais. Aborda ainda dados relativos à família da grávida, tais como: número de irmãos, idade dos pais, estado civil dos pais, situação profissional dos pais, escolaridade dos pais, hábitos de consumo de substâncias dos pais, estado de saúde física e psicológica dos pais e antecedentes pessoais dos pais. Abrange também aspectos da sexualidade (idade da menarca e da coitarca, conhecimento e uso de métodos contraceptivos) e das condições em que decorre a actual gravidez da adolescente (por exemplo: tipo de gestação, planeamento da gravidez e do parto, "timing" do conhecimento da gravidez, reacção à gravidez, regularidade no acompanhamento médico, etc.). Permite ainda fazer um levantamento das circunstâncias

físicas e psicológicas de risco que podem ter ocorrido durante a trajectória desenvolvimental da adolescente e do seu companheiro, tais como: morte de um dos pais, separação dos pais, institucionalização, abuso/negligência, violência doméstica, consumo de álcool e substâncias ilícitas e suicídio.

Procedimentos

O questionário foi administrado sob a forma de uma entrevista por psicólogas estagiárias do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, na Consulta Externa de Obstetrícia para grávidas adolescentes da MJD. Todas as utentes foram contactadas na própria consulta, quando o tempo de gestação ultrapassava as 24 semanas, e a avaliação decorreu entre as 24 e as 36 semanas de gestação. A participação no estudo foi voluntária, tendo tido a adesão da totalidade das grávidas que conseguimos contactar durante o ano 2000.

Resultados

Dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro

As idades das adolescentes que fazem parte da amostra estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média de 16 anos) (cf. Quadro I). Na sua maioria, as grávidas são de naturalidade portuguesa (99,0%) e de etnia branca (98,1%).

Relativamente aos pais dos bebés, as suas idades variam entre os 14 e os 37 anos, sendo a média de idades de 21 anos. Na sua maioria, os pais são de naturalidade portuguesa (95,2%) e de etnia branca (91,3%).

Em mais de um quarto dos casos (27,0%), ambos os pais têm idade inferior a 19 anos (cf. Quadro I).

Quadro I

Idade das adolescentes grávidas e dos seus companheiros.

Idade	Mãe (%)	Pai (%)
12 - 14	7,8	1
15 - 16	53,8	3,9
17 - 18	38,5	22,1
19 - 22	0	15,9
23 - 26	0	10,6
27 - 37	0	5,9

Em relação aos anos de escolaridade, verifica-se que poucas adolescentes possuem a escolaridade obrigatória (16,3%); a amostra é, portanto, maioritariamente constituída por adolescentes com escolaridade inferior ao 9º ano (83,7%). No entanto, toda a amostra é alfabetizada e a média de anos completos de estudo é de 7 anos (cf. Gráfico I).

Em relação aos anos de escolaridade dos companheiros, constata-se, de igual modo, que grande parte não possui a escolaridade obrigatória (79,8%), pois têm em média apenas 6 anos completos de estudo (cf. Gráfico I).

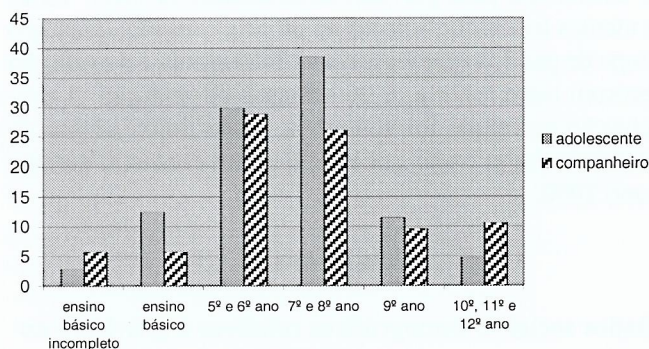


Gráfico I - Nível de escolaridade das adolescentes grávidas e dos seus companheiros

Por altura da concepção, a percentagem de adolescentes que já não frequenta a escola é elevada (71,2%); o panorama agrava-se após as 24 semanas de gravidez, dado que esta percentagem aumenta significativamente (86,5%). Verifica-se, assim, que um número significativo de adolescentes deixa de estudar (N=18; 17,3%), comparativamente com o reduzido número daquelas que volta a estudar entre a altura da concepção e as 24 semanas de gravidez (N=2; 1,9%) ($Z=-3.578$, $p=.000$).

À altura da concepção, um número importante de adolescentes tem emprego (40,4%), mas no segundo trimestre de gravidez, apenas um número reduzido de adolescentes se encontra empregada (24,0%) (cf. Quadro II). Verifica-se, por conseguinte, que um número significativo de adolescentes fica sem emprego (N=21; 16,4%), enquanto que apenas uma pequena percentagem voltou a trabalhar durante os primeiros meses de gravidez (N=4; 3,8%) ($Z=-3.400$, $p=.001$).

Em termos do tipo de emprego, a maioria das adolescentes tem uma profissão manual não especializada (43,3%) e poucas são as que têm uma profissão manual especializada (1,9%) ou não manual especializada (4,8%); as restantes adolescentes da amostra são estudantes (10,6%) ou, em muitos casos, nem têm profissão nem são estudantes (39,4%) (cf. Quadro II).

Quadro II
Situação profissional, profissão e estado civil da grávida e do companheiro por altura da concepção e no terceiro trimestre de gravidez

Situação Profissional	Mãe		Pai	
	Concepção (%)	3º Trimestre (%)	Concepção (%)	3º Trimestre (%)
Desempregada/não estudante	33,7	66,3	20,2	22,1
Empregada	32,7	20,2	72,1	74
Estudante	28,8	11,5	2,9	1,9
Estuda e trabalha	4,8	1,9	2,9	1
Profissão				
Não manual especializada	4,8		4,8	
Não manual não especializada	0		4,8	
Manual especializada	1,9		25	
Manual não especializada	43,3		51,9	
Estudante	10,6		2,9	
Estado Civil				
Solteiro	77,9	53,8	74	47,1
Em regime de Coabitação	5,8	13,5	4,8	16,3
Casado	15,4	32,7	18,3	35,6

No momento da concepção, poucos são os companheiros que estudam (5,8%); no segundo trimestre da gravidez, só uma percentagem ainda menor está a estudar (2,9%). No momento da concepção, a maior parte dos companheiros está a trabalhar (76,0%), situação que se mantém no segundo trimestre de gravidez (73,1%). Os seus empregos são principalmente manuais não especializados (51,9%), mas existem também casos em que os companheiros têm empregos manuais especializados (25,0%), não manuais não especializados (4,8%) e não manuais especializados (4,8%). Quando comparamos as adolescentes grávidas com os companheiros, verificamos que uma menor percentagem de companheiros estuda (2,5% < 10,6%), bem como um menor número de companheiros não tem profissão nem é estudante (10,6% < 39,4%) (cf. Quadro II).

Mais de três quartos das adolescentes da amostra são solteiras quando engravidam (77,9%), as restantes são casadas ou vivem em regime de coabitação; mas muitas casam entretanto e, após as 24 semanas de gravidez, pouco mais de metade (53,8%) permanecem solteiras (cf. Quadro 2). À semelhança do que se verificou para o estatuto ocupacional, também se observa uma mudança significativa no estado civil das adolescentes no decorrer da gravidez, dado que 26,0% casam ou ficam a viver com o companheiro durante os primeiros 6 meses de gravidez (N=27) e que apenas 2,9% das adolescentes deixa de viver com o companheiro neste período (N=3) ($Z=-3.296$, $p=.001$).

No que concerne ao estado civil dos companheiros, por altura da concepção, os companheiros são em maioria solteiros (74,0%) e os restantes estão casados ou a viver em regime de coabitação. No segundo trimestre da gravidez, a situação altera-se, dado que menos de metade dos companheiros permanecem solteiros (47,1%) (cf. Quadro II).

A família alargada faz parte da estrutura familiar da grande maioria das adolescentes no momento da concepção

(78,8%), tratando-se a maior parte das vezes da família de origem (70,6%) e algumas vezes da família do companheiro (7,6%). Na altura da concepção, a maior parte das adolescentes vive com a família sem o companheiro (69,2%) e apenas algumas vivem com a família e o companheiro (9,6%). As restantes vivem com o companheiro e sem a família (19,2%) ou sozinhas (1,9%) (cf. Quadro III).

No terceiro trimestre de gravidez, embora menor, é ainda elevado o número de mães que permanece a viver com a família (72,2%), pelo que esta continua a ser a cir-

Quadro III

Situação familiar da grávida por altura da concepção e no terceiro trimestre de gravidez

Situação Familiar	Mãe	
	Concepção (%)	3º Trimestre (%)
A viver com a família	78,8	72,2
- com o companheiro	9,6	33,7
- sem o companheiro	69,2	38,5
A viver sem a família	21,1	27,9
- com o companheiro	19,2	25
- sem o companheiro	1,9	2,9
Agregado familiar com o pai do bebé	28,8	58,7

constância mais frequente na amostra em estudo, assim como continua a ser mais frequente a circunstância de a adolescente viver com a família sem o companheiro (38,5%). Logo a seguir, estão duas situações cuja frequência aumenta significativamente: a adolescente viver com a família e o companheiro (33,7%) e a adolescente viver com o companheiro sem a família (25,0%). Algumas adolescentes vivem sozinhas (2,9%) (cf. Quadro III).

Um número reduzido de adolescentes afirma que o pai do bebé faz parte do agregado familiar no momento da concepção (28,8%); no entanto, também neste aspecto se observa uma profunda alteração durante a gravidez, pois no terceiro trimestre o pai faz parte do agregado familiar na maior parte dos casos (58,7%) (cf. Quadro III). Com efeito, os resultados mostram que um número significativo de adolescentes passou a viver com o companheiro (28,8%; N=30) e que apenas muito poucas adolescentes deixaram de viver com o pai do bebé na sequência da gravidez (1,0%; N=1) ($Z=-5.209, p=.000$).

Assim, os principais aspectos a assinalar quanto à alteração na estrutura familiar das mães adolescentes entre a concepção e o terceiro trimestre de gravidez são os seguintes: depois de grávida, a adolescente passa a viver com o companheiro (em 29,9% dos casos), e embora algumas adolescentes deixem a família para ir viver sozinhas com o companheiro (o que se verifica em 5,8% dos casos), a situação mais corrente é o companheiro ir viver com a adolescente que permanece com a família (o que se verifica em 24,1% dos casos da amostra).

Dados relativos aos antecedentes pessoais da grávida e do companheiro

Relativamente aos antecedentes pessoais, um número significativo de adolescentes (58,7%) refere pelo menos uma das condições adversas de existência consideradas no estudo, sendo que muitas referem até dois acontecimentos adversos no decorrer da sua trajectória desenvolvimental (31,7%) e um número importante relata três ou mais (26,9%). No que se refere ao tipo de circunstâncias adversas, note-se que mais de um quarto da amostra tem pais separados ou divorciados (26,9%), um número relevante já esteve mais de um mês sem contacto com os pais (22,1%), recebeu cuidados parentais por pais substitutos (16,3%) e algumas adolescentes são órfãs de pelo menos um dos pais (12,5%). Existem também relatos de violência doméstica (9,6%), de maus-tratos e negligência (8,7%), de institucionalização precoce (8,7%) e de problemas de alcoolismo na família (6,7%). Regista-se ainda que algumas adolescentes: vivem em condições físicas de grande precariedade (4,8%), identificam casos de toxicodependência na família alargada com quem vive (3,8%), já tentaram pelo menos uma vez o suicídio (3,8%) ou têm história de abuso sexual (2,9%) (cf. Gráfico 2). Diga-se ainda que às 24 semanas de gravidez, 3,8% das adolescentes tem perturbação psicopatológica que implica tratamento ou hospitalização.

Em relação aos antecedentes pessoais dos companheiros das adolescentes, salientam-se os seguintes acontecimentos desenvolvimentais adversos: separação ou divórcio dos pais (29,2%), morte de pelo menos um dos pais (21,2%), mais de um mês sem contacto com os pais (14,4%), cuidados parentais por pais substitutos (8,7%), problemas de alcoolismo (6,7%), história de maus-tratos e negligência (3,8%), toxicodependência na família próxima (2,9%) e institucionalização (1,9%) (cf. Gráfico II).

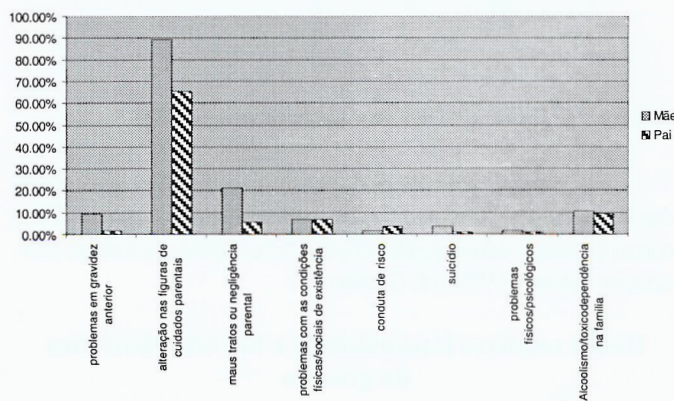


Gráfico II - Acontecimentos de vida adversos da adolescente grávida e seu companheiro

Dados relativos à família de origem da grávida

A idade actual das mães das adolescentes da amostra varia entre os 33 e os 63 anos, note-se todavia que um número elevado foi também mãe adolescente (31,7%). Na sua maioria, as mães das adolescentes são casadas (61,5%), mas estão sobre-representados na amostra os casos de mães de adolescentes que vivem em coabitação com o companheiro (10,6%), que são separadas/divorciadas (14,4%) ou que são viúvas (5,8%) (cf. Quadro IV, cf. Gráfico III).

Quadro IV
Idade e situação profissional dos pais da grávida adolescente

Idade	Mãe (%)	Pai (%)
<=32	0	1
33 - 42	66,3	43,3
43 - 52	20,2	31,7
53 - 62	5,8	5,9
63 - 75	1	5,9
Situação Profissional		
Empregado	59,6	64,4
Desempregado	31,7	18,3

A idade actual dos pais das adolescentes da amostra varia entre os 28 e os 75 anos. Na sua maioria os pais são casados (60,6%), mas muitos vivem também em regime de coabitação (9,6%), são divorciados (6,7%) ou separados (5,8%) (cf. Quadro 4, cf. Gráfico III).

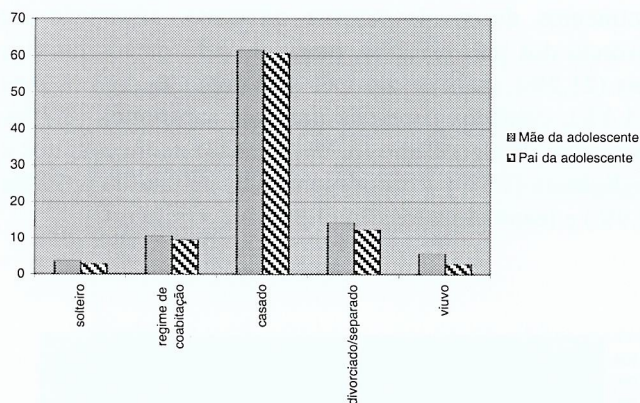


Gráfico III - Estado civil dos pais da adolescente grávida

Relativamente aos hábitos de consumo de substâncias dos pais das adolescentes, constatamos que mais de metade fuma (54,8%), cerca de metade consome álcool (45,2%) e alguns consomem substâncias ilícitas (1,9%) (cf. Quadro V).

Dados relativos à sexualidade e história obstétrica da grávida

Para todas as mães adolescentes da amostra a menarca ocorreu entre os 8 e os 15 anos de idade. A idade da

coitarca varia na amostra entre os 9 e os 17 anos, mas mais de metade das adolescentes (67,3%) teve a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos de idade.

Quadro V
História de gravidez anterior: Grávida adolescente e companheiro

Antecedentes Pessoais	Mãe (%)	Pai (%)
Gravidez anterior	13,5	13,5
Morte neonatal / nado morto anterior	1,9	1,9
Gravidez anterior bem sucedida	3,8	10,7
Interrupção voluntária da gravidez	1	
Interrupção involuntária da gravidez	6,7	

Quase todas as adolescentes (98,1%) conhecem pelo menos um método contraceptivo, sendo que os métodos mais conhecidos são a pílula (96,2%) e o preservativo (90,4%). Os espermicidas (21,2%) e o diafragma (17,3%) são métodos desconhecidos pela maior parte destas jovens. Apesar de, no geral, as mães conhecerem os métodos contraceptivos, apenas poucas mais de metade (52,9%) os usaram pelo menos uma vez; mais frequentemente, a pílula (40,4%) e o preservativo (25,0%) (cf. Gráfico IV).

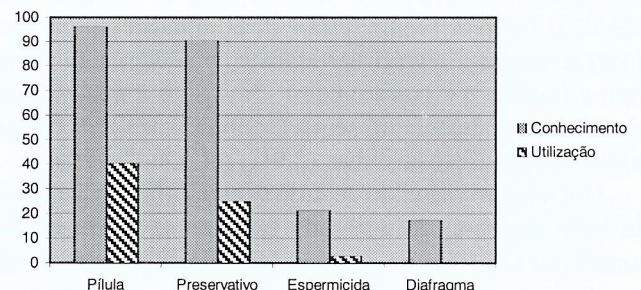


Gráfico IV - Conhecimento e utilização de métodos contraceptivos pela adolescente

A maior parte das grávidas adolescentes da amostra é primípara (94,2%); no entanto, quatro (3,8%) já tiveram um filho (presentemente a viver com elas) e duas referem gravidez anterior com morte neo-natal (2,0%). Algumas das adolescentes relatam interrupção involuntária da gravidez (6,7%) e uma adolescente refere que fez uma interrupção voluntária da gravidez (cf. Quadro V). Na gravidez, actual só uma adolescente está grávida de gémeos, assim sendo 99,0% da amostra tem uma gestação simples. Em 1,9% das mães existe história de doenças sexualmente transmissíveis e 1,9% tem na altura da avaliação uma doença ginecológica (também 2,9% dos companheiros têm uma doença sexualmente transmissível).

Dados relativos ao relacionamento com o pai e do bebé e com a família de origem

Na altura da concepção, a grande maioria das adolescentes (89,4%) mantinha um relacionamento estável com o pai do bebé; no entanto, algumas referem um relacionamento instável (8,7%) ou ocasional (1,9%).

Por altura do terceiro trimestre de gravidez, na maioria dos casos as mães adolescentes qualificam de estável o seu relacionamento com o pai do bebé (83,7%), embora em alguns casos as mães descrevam esse relacionamento como instável (13,5%).

As mudanças observadas na percepção das adolescentes acerca da qualidade do seu relacionamento com o pai do bebé são estatisticamente significativas e indicam que as mães adolescentes, no terceiro trimestre de gravidez, percebem o relacionamento com o pai do bebé como mais instável do que quando engravidaram. Com efeito, 8,7% (N=9) das mães percebem a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como pior do que à concepção e apenas 2,9% (N=3) consideram a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como melhor do que à concepção ($Z=-1.977$, $p=.048$).

Cerca de três quartos das grávidas adolescentes dizem ter um relacionamento bom ou muito bom com a sua família de origem (76,0%); contudo, algumas dizem ter um relacionamento razoável (16,3%) ou descrevem-no mesmo como mau, muito mau (5,7%) ou inexistente (1,0%). Relativamente à família do companheiro, mais de metade das mães da amostra considera que tem uma boa ou muito boa relação (58,6%), mas muitas qualificam esse relacionamento de razoável (18,3%), mau, muito mau (11,5%) ou inexistente (9,6%).

Dados relativos à gravidez actual

Embora a grande maioria não o tivesse, muitas adolescentes dizem ter planeado a sua actual gravidez (24,0%). O conhecimento da gravidez ocorreu, na maior parte das vezes, entre a 1ª e a 20ª semanas de gestação, para um quarto das adolescentes da amostra (97,0%); todavia, em alguns casos, o conhecimento da gravidez só aconteceu muito tardiamente, entre a 21ª e a 30ª semana de gestação (3,0%). A primeira pessoa a saber da gravidez é geralmente o pai do bebé (51,0%); porém, um número significativo de adolescentes deu a conhecer a gravidez em primeiro lugar à mãe (21,2%) e outras optaram por contar em primeiro a outros familiares (11,5%) ou a amigos (8,7%).

Cerca de um terço das adolescentes deu a conhecer a gravidez imediatamente após tomar conhecimento do facto (33,7%). Três semanas depois de saber que estava grávida,

metade das adolescentes não tinha ainda partilhado o acontecimento com ninguém (50,0%), sendo que algumas mães fizeram-no apenas quatro meses depois de saberem que estavam grávidas (5,9%). Assim, mais de metade das adolescentes, uma semana depois de o saber, não tinha ainda dado a conhecer ao pai do bebé que estava grávida (59,6%), bem como cerca de metade das adolescentes, duas semanas após o saber, não tinha ainda dado a conhecer aos seus pais que estava grávida (51,0%).

Uma boa percentagem das adolescentes relata boa ou muito boa aceitação inicial da gravidez (62,5%); no entanto, é elevado o número daquelas que diz ter inicialmente aceite com moderação (14,4%) e mais elevado ainda o número daquelas que diz ter inicialmente aceite mal ou muito mal a gravidez (22,0%).

Do mesmo modo, a maioria dos companheiros aceitou bem ou muito bem a gravidez (77,9%), embora outros aceitassem com moderação (9,6%) ou ainda aceitassem mal ou muito mal a gravidez (11,5%).

A família da grávida e a família do companheiro tiveram pior reacção ao conhecimento da gravidez. Cerca de metade das famílias reagiram bem ou muito bem ao conhecimento da gravidez (50,0% das famílias da grávida e 53,8% das famílias do companheiro), mas as restantes famílias reagiram com moderação (23,1% das famílias da grávida e 23,1% das famílias do companheiro), e mesmo mal ou muito mal (24,0% das famílias da grávida e 17,3% das famílias do companheiro).

No terceiro trimestre surgem mudanças significativas na aceitação da gravidez, que se traduzem por uma melhoria da aceitação inicial da grávida, do companheiro e das famílias de ambos. Com efeito, um número significativo de mães diz aceitar agora melhor (76,0%), embora algumas digam aceitar agora pior o facto de estarem grávidas (5,8%) ($Z=-6.796$, $p=.000$), o mesmo acontecendo, quer com os pais dos bebés, pois 66,3% aceitam agora melhor enquanto que apenas 8,7% aceitam agora pior a gravidez ($Z=-5.200$, $p=.000$), quer com a família da grávida, pois 50,0% aceitam agora melhor e apenas 3,8% aceitem pior a gravidez ($Z=-5.798$, $p=.000$), quer ainda com a família do companheiro, já que 34,6% aceitam agora melhor e só 4,8% aceitam pior a gravidez ($Z=-3.848$, $p=.000$).

Saliente-se ainda que, no terceiro trimestre, observámos uma associação muito significativa entre a aceitação da gravidez por parte da mãe e a aceitação que a gravidez tem junto do companheiro ($X^2(4)= 50.429$, $p=0.000$), da família de origem ($X^2(4)= 41.947$, $p=0.000$) e da família do companheiro ($X^2(4)= 32.016$, $p=0.000$).

No terceiro trimestre de gravidez poucas adolescentes afirmam ter hábitos tabágicos (19,2%); contudo, antes de engravidarem cerca de metade fumava (43,3%). Por consequência, verifica-se que um número significativo de adolescentes deixou de fumar no decorrer da actual gravidez

(28,8%), embora algumas estejam a fumar mais do que fumavam antes de engravidar (5,8%) ($Z=3.274$, $p=.001$). No que diz respeito aos hábitos de consumo de álcool, só um número reduzido de adolescentes refere um consumo regular (2,9% por altura da concepção e 1,9% durante a gravidez). No entanto, a grande maioria dos companheiros tem hábitos tabágicos (71,2%), alguns têm por hábito o consumo de substâncias ilícitas (7,7%) e/ou de álcool (27,9%). (cf. Quadro VI).

Quadro VI
Consumo de substâncias pela grávida adolescente e seu companheiro à concepção e no 3º trimestre de gravidez

	Mãe		Pai	
	Concepção (%)	3º Trimestre (%)	Concepção (%)	3º Trimestre (%)
Consumo de Substâncias				
Tabaco	43,3	19,2	70,2	70,2
Álcool	2,9	1,9	27,8	27,9
Drogas	1	1	14,4	7,7

Poucas adolescentes tiveram a sua primeira consulta de obstetrícia no primeiro mês de gravidez (2,9%); geralmente, é no segundo (25,0%), terceiro (23,1%) e quarto (20,2%) mês de gestação que esta consulta se efectua. Contudo, um número ainda importante de grávidas adolescentes relata a sua primeira consulta no quinto mês de gravidez (11,5%) ou mesmo no decorrer do último trimestre de gravidez (11,5%).

As adolescentes elegem habitualmente os companheiros (40,4%) ou as mães (22,1%), para as acompanharem na primeira consulta de obstetrícia; existem, porém, algumas que vêm sozinhas à consulta (15,4%).

Posteriormente, em cerca de um terço dos casos, as adolescentes vêm à MJD acompanhadas pelo companheiro (31,7%), ou pela respectiva mãe (26,0%), ou vêm sozinhas (26,0%). No entanto, a maioria das adolescentes entra na consulta sozinha (57,7%), embora algumas entrem com a mãe (20,2%); poucas são as que entram com o companheiro (9,6%).

No terceiro trimestre de gravidez, mais de metade das adolescentes da amostra já sabe qual o sexo (62,5%) e decidiu qual o nome a dar ao bebé (72,1%). A grande maioria também já planeou em que instituição quer que o parto se realize (94,2%) e um número considerável (67,3%) gostava de ter companhia no parto. Quase todas as mães (92,3%) referem que após o nascimento do bebé terão o apoio de pessoas próximas para cuidar dele.

Variabilidade e condições que podem beneficiar ou dificultar a adaptação à maternidade na adolescência

Para finalizar convém assinalar que algumas circunstâncias parecem dificultar, enquanto que outras circunstâncias

parecem favorecer, a adaptação da adolescente à maternidade. De entre um elevado número de aspectos que poderíamos apresentar, gostaríamos de privilegiar os que se referem à idade, nível de escolaridade, estatuto ocupacional, agregado familiar e planeamento da gravidez por parte da adolescente.

Quando comparámos dois grupos de mães da amostra, com idade menor ou igual a 15 anos e com idade superior a 15 anos, verificámos um conjunto de diferenças significativas, sendo que, por exemplo, em comparação com as mais novas (Média Ordem=43,45), as mais velhas utilizaram com significativa maior frequência métodos contraceptivos (Média Ordem=56,34) ($Z=-2,305$, $p=.021$), nomeadamente, os contraceptivos orais (Média Ordem=43,24, Média Ordem=56,43; $Z=-2,400$, $p=.016$). Também, quando comparámos dois grupos de mães, mas agora com escolaridade menor ou igual a 5 anos e com escolaridade superior a 5 anos, verificámos que, comparativamente às adolescentes com menor escolaridade (Média Ordem=43,09), as adolescentes mais escolarizadas têm um uso mais conveniente dos métodos contraceptivos (Média Ordem=55,17) ($Z=-1,961$, $p=.050$). No mesmo sentido, as adolescentes mais escolarizadas referem menor ingestão de álcool na gravidez (Média Ordem=51,50) do que as adolescentes com menor escolaridade (Média Ordem=56,02) ($Z=-2,667$, $p=.008$). As adolescentes com níveis mais elevados de escolaridade têm ainda com significativa maior frequência conhecimento do sexo do bebé no terceiro trimestre de gravidez (Média Ordem=54,26) do que as adolescentes com níveis menos elevados de escolaridade (Média Ordem=41,45) ($Z=-2,153$, $p=.031$).

Quando comparámos dois grupos de mães que estão ou não a estudar, observamos igualmente diferenças que se referem ao conhecimento e uso de métodos contraceptivos, as quais vão no sentido do encontrado para o nível de escolaridade. Ou seja, quando comparámos dois grupos de mães que estavam ou não a estudar no momento da concepção, verificamos que as que estudavam conheciam mais métodos contraceptivos, particularmente o diafragma (Média Ordem=59,10), ao contrário do que acontecia com aquelas que não estudavam (Média Ordem=49,82) ($Z=-2,168$, $p=.030$). Também, as mães da amostra que estavam a estudar, quando comparadas com as que não estudavam (Média Ordem=51,00), referiram uma maior utilização de espermicidas como método contraceptivo (Média Ordem=56,20) ($Z=-2,747$, $p=.006$).

Outra diferença significativa, observada na comparação do grupo de adolescentes que, antes de ficar grávida, estuda com o grupo de adolescentes que não estuda, refere-se à qualidade do relacionamento com o pai do bebé, quer à concepção, quer no terceiro trimestre de gravidez. Uma melhor qualidade de relacionamento, tanto à concepção (Média Ordem=55,17) como no terceiro trimestre de

gravidez (Média Ordem=55,43), foi observada junto das adolescentes não estudantes, em contraponto com as adolescentes que estudam, que tinham e têm uma pior qualidade de relacionamento com o companheiro, quer antes de engravidar (Média Ordem=45,92) ($Z=-2,658$, $p=,008$), quer no terceiro trimestre de gravidez (Média Ordem=45,27) ($Z=-2,425$, $p=,015$).

Ainda, em relação às diferenças entre as adolescentes que estudam e as que não estudam quando ficam grávidas, os dados indicam que as primeiras têm uma aceitação inicial significativamente mais difícil da gravidez (Média Ordem=41,88), o que também se verifica no terceiro trimestre de gestação (Média Ordem=42,11), comparativamente com as adolescentes que não estudam (Média Ordem=56,80) que têm uma aceitação inicial mais positiva ($Z=-2,372$, $p=,018$), assim como uma aceitação mais positiva no terceiro trimestre (Média Ordem=55,05) ($Z=-2,222$, $p=,026$). No mesmo sentido vão os resultados relativos à aceitação da gravidez pelo pai do bebé: os pais aceitam pior a gravidez da adolescente, quer no início (Média Ordem=38,57), quer no fim (Média Ordem=37,52), quando ela estuda do que aceitam a gravidez da adolescente, quer no início (Média Ordem=53,82) ($Z=-3,061$, $p=,002$) quer no final (Média Ordem=37,52, $Z=-3,153$, $p=,002$) quando ela não estuda. Quando se comparam as adolescentes que estudam, com aquelas que não estudam, verifica-se que também nas que estudam, uma pior aceitação inicial da gravidez por parte da família (Média Ordem=40,68), comparativamente com o que acontece com as que não estudam, em que as famílias aceitam inicialmente melhor a gravidez (Média Ordem=54,96) ($Z=-2,325$, $p=,020$). Em contraponto, verifica-se que as adolescentes que estudam manifestam um maior interesse em participar num grupo de apoio (Média Ordem=42,00), em oposição ao menor interesse que as que não estudam apresentam (Média Ordem=34,98) ($Z=-2,148$, $p=,032$).

Quando comparámos dois grupos de mães em que num dos grupos as mães são solteiras e no outro as mães são casadas ou vivem em regime de coabitação com o companheiro no terceiro trimestre de gravidez, encontram-se diferenças significativas em termos do uso de métodos contraceptivos, da qualidade de relacionamento da adolescente com o pai do bebé, da aceitação da gravidez e do "timing" em que se soube da gravidez. Mais especificamente, é de referir que as mães que são casadas ou vivem com os companheiros utilizam mais métodos contraceptivos (Média Ordem=59,67) do que aquelas que são solteiras (Média Ordem=46,36) ($Z=-2,594$, $p=,009$), especialmente os contraceptivos orais que têm maior uso no grupo de mães a viver com o companheiro (Média Ordem=59,67) do que no grupo de mães solteiras (Média Ordem=46,36) ($Z=-2,639$, $p=,008$). São também as adoles-

centes que são casadas ou vivem com os companheiros que relatam uma melhor qualidade de relacionamento com os pais dos bebés (Média Ordem=59,95) e não as solteiras (Média Ordem=46,12) ($Z=-3,631$, $p=,000$). Sabe-se, por outro lado, que quando a adolescente é casada ou vive com o companheiro no terceiro trimestre de gravidez, a aceitação inicial da gravidez foi melhor, quer por parte da grávida (Média Ordem=60,67), quer por parte do pai do bebé (Média Ordem=57,89), quer por parte da família da grávida (Média Ordem=57,78), do que a aceitação inicial que se observa no grupo das adolescentes que se mantêm solteiras no último trimestre de gestação. Nestas últimas a aceitação da gravidez é pior quer por parte da grávida (Média Ordem=45,50) ($Z=-2,653$, $p=,008$), quer por parte do pai do bebé (Média Ordem=46,86) ($Z=-2,002$, $p=,045$) quer por parte da família da grávida (Média Ordem=46,95) ($Z=-1,935$, $p=,053$). Também se observa que, tal como seria de esperar, quando a adolescente é casada ou vive com o companheiro no momento em que engravida, a aceitação inicial, quer da adolescente (Média Ordem=64,82) quer do companheiro (Média Ordem=62,95), é significativamente melhor do que quando a adolescente é solteira, pois nestas circunstâncias tanto a adolescente (Média Ordem=48,52) ($Z=-2,354$, $p=,019$) como os companheiros aceitam pior a gravidez (Média Ordem=48,35) ($Z=-2,198$, $p=,028$). Finalmente, os resultados mostram que quando a mãe é solteira na gravidez, toma um mais tardio conhecimento de que está grávida (Média Ordem=59,12) do que quando a mãe é casada ou vive com o companheiro (Média Ordem=44,78) ($Z=-2,455$, $p=,014$).

Quando comparamos três grupos de mães, estabelecidos de acordo com o facto de terem ou não planeado e de desejarem ou não estar grávidas, verificamos que as mães que não planearam nem desejaram a gravidez dão mais tarde conta de que estão grávidas (Média Ordem=61,41), seguem-se-lhes as que planearam a gravidez (Média Ordem=47,68) e as que não planearam mas desejaram estar grávidas (Média Ordem=38,22; $Z=2,00$, $p=,003$).

Resultados idênticos verificam-se quanto ao tempo que as adolescentes demoram a informar o pai do bebé de que estão grávidas, ou seja, as que mais rápido contam que engravidaram são as que não planearam mas desejam estar grávidas (Média Ordem=40,48), seguem-se-lhe as que planearam a gravidez (Média Ordem=47,00) e por último as que não planearam nem desejaram (Média Ordem=59,70; $Z=2,00$, $p=,014$).

Quando as adolescentes planearam engravidar aceitam melhor a gravidez (Média Ordem=74,18), seguem-se-lhes as que não planearam mas desejam estar grávidas (Média Ordem=48,09) e, por último, as que não planearam nem desejaram engravidar (Média Ordem=44,37) ($Z=2,00$, $p=,000$). Em relação aos companheiros, os que melhor

aceitam a gravidez são os das adolescentes que planearam a gravidez (Média Ordem=64,68), seguem-se-lhes os das adolescentes que não planearam nem desejaram (Média Ordem=48,52) e finalmente os companheiros das adolescentes que não planearam mas desejaram estar grávidas (Média Ordem=46,83) ($Z=2,00$, $p=,032$).

Curioso é que quando a gravidez não é planeada, surge um menor número de mães que conhece o sexo do bebé no terceiro trimestre de gravidez (Média Ordem=44,89), pois no grupo de mães que planearam engravidar um maior número sabe qual o sexo do bebé (Média Ordem=56,88), embora, no terceiro trimestre de gestação, as que mais sabem qual o sexo do bebé são as que não planearam mas desejaram a gravidez (Média Ordem=59,29; $Z=2,00$, $p=,025$). As adolescentes que não planearam engravidar referem significativamente menos a vontade de companhia durante o parto (Média Ordem=44,50) em relação às que planearam engravidar (Média Ordem=46,67) e sobretudo em relação às que não planearam mas desejaram a gravidez (Média Ordem=60,52; $Z=2,00$, $p=,011$).

Quando se comparam apenas dois grupos de mães, de acordo com terem ou não planeado engravidar, resultados semelhantes aos anteriores surgem, mas é de acrescentar que as mães que não planearam engravidar têm um conhecimento significativamente mais tardio da gravidez (Média Ordem=56,28) do que aquelas cuja gravidez foi planeada (Média Ordem=40,56; $Z=-2,307$, $p=,021$).

Discussão dos Resultados

No estudo que desenvolvemos sobre as mães adolescentes atendidas durante o ano de 2000 na consulta externa de obstetria da MJD, encontramos, à semelhança do que tem sido observado por outros autores, variabilidade nas características sociais e demográficas das mães adolescentes, sendo que a amostra apresenta alguma heterogeneidade nos aspectos que consideramos.

Verifica-se, contudo, uma sobre-representação das condições existenciais menos favoráveis, tais como, baixos níveis de escolaridade, empregos de baixa remuneração, exclusão do sistema de ensino ou de emprego, as mesmas condições adversas que foram apontadas em outros estudos empíricos realizados no nosso^{5,6,7,8}, assim como nos demais países ocidentais^{12,16}.

A variabilidade que se observa nas características sociais e demográficas da amostra de mães adolescentes, particularmente em aspectos como a idade, o nível de escolaridade, o estatuto ocupacional, o nível social e económico, o estado civil e o tipo de agregado familiar (com ou sem o pai do bebé), o planeamento ou não da gravidez, que assinalamos ao longo do presente artigo, é em grande parte responsável por diferenças que se observam nas demais circunstâncias consideradas, podendo garantir uma melhor

ou pior adaptação à maternidade na adolescência, pelo que devem ser tidas em conta quando se pretende prestar uma ajuda que seja adequada.

Outros autores verificaram também que a menor idade e o mais baixo nível de escolaridade da adolescente, assim como o facto de não estar casada, se associam a condições menos favoráveis para a boa adaptação à maternidade, tais como, consulta pré-natal tardia, problemas médicos no parto, prematuridade e baixo peso do bebé; por sua vez, ao planeamento da gravidez, inversamente correlacionado com aquelas variáveis, se associam condições mais favoráveis para uma boa adaptação à gravidez^{5,3,8}.

O presente estudo mostrou, contudo, que quando a gravidez surge e a adolescente está ainda a estudar, é pior a sua aceitação da gravidez, assim como é geralmente pior a sua relação com o companheiro, do que quando a adolescente tinha deixado de estudar antes de engravidar, sinalizando quanto todas as diferentes situações devem ser analisadas nas suas condicionantes particulares.

Um outro aspecto que se afigura importante assinalar são as condições desenvolvimentais desfavoráveis que observámos junto da amostra de mães adolescente em estudo, as quais em conjugação com as anteriores, podem ter funcionado como circunstâncias de risco para a maternidade na adolescência. Tais características - como seja e em particular, a gravidez adolescente da mãe, a separação ou morte dos pais, a ausência de cuidados consistentes e continuados, a história de abuso sexual, maus tratos ou negligência, a institucionalização precoce, assim como a presença de problemas sociais e de dificuldades psicológicas na família de origem - têm também sido largamente reportadas nos estudos realizados no nosso país⁸, assim como em outros países^{24,21,17,30,18,19,14,22,25,23,20}. Estas mesmas circunstâncias podem, por outro lado, contribuir para práticas de cuidados ao bebé menos adequadas, como podem ser observadas junto de algumas mães adolescentes³⁵, sendo por conseguinte situações de risco a ser consideradas nos programas de ajuda a mães adolescentes.

Por sua vez, afigura-se igualmente relevante assinalar, para a compreensão desta problemática, que a prática sexual é geralmente precoce e que não é acompanhada pelo uso de uma contracepção eficiente, situações largamente representadas na amostra de grávidas adolescentes do nosso estudo, que parecem reportar-se sobretudo às adolescentes mais novas, como menores níveis de escolaridade ou excluídas do sistema escolar.

Uma das dificuldades associada à vivência da maternidade na adolescência é por certo o facto de a ela se associar um acréscimo muito significativo no número das mudanças a operar, que geralmente caracteriza a vivência da maternidade em qualquer idade. Assim, no decurso da gravidez adolescente, a mãe terá não só que se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais associadas à

maternidade enquanto período de desenvolvimento³⁶, como terá que lidar com as exigências normativas do período desenvolvimental que atravessa, a adolescência³⁷, como ainda, e para além disso, terá que se adaptar a um vasto outro conjunto de mudanças que a gravidez implicou no seu estatuto social e profissional, largamente reportado neste estudo. Essas mudanças, que são algumas das vezes no sentido desfavorável e que, na sequência da gravidez, se operam no estatuto em relação à escola e aos empregos e na relação com o companheiro, foram largamente descritas no nosso estudo empírico e foram também assinaladas por outros autores^{5,7}. No entanto, na sequência da gravidez, observam-se também algumas mudanças que são ou podem ser positivas, como sejam a presença do companheiro no agregado familiar da adolescente e a diminuição dos hábitos tabágicos, que podem beneficiar a adaptação à maternidade. Também pode beneficiar esta adaptação a regularidade das consultas a partir do 1º trimestre e a presença de um real investimento no bebé por altura do terceiro trimestre de gravidez, o que verificamos num número bastante elevado de adolescentes.

Conclusão

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

Bibliografia

1. European Commission. Report on the state of young people's health in the European Union. 2000.
2. Justo J. Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Rev Port Psicossomática* 2000; 2(2), 97-147.
3. Santos R. Gravidez em mães adolescentes: Estudo no distrito de Beja 1986-1991. *Acta Méd Port* 1997; 10, 681-688.
4. Social Exclusion Unit. Teenage Pregnancy. Report Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty. London: Stationery Office Limited. 1999.
5. Almeida J. Adolescência e maternidade. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa. 1987.
6. Grande C. Subsídios para o estudo da gravidez e da maternidade em adolescentes: Análise comparativa numa perspectiva ecológica de mães adolescentes com adolescentes sem história de gravidez em duas freguesias do Porto. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Universidade do Porto, Porto. 1997.
7. Jongenelen I. Gravidez na adolescência - uniformidade e diversidade no desenvolvimento. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Universidade do Porto, Porto. 1998.
8. Silva M, Nóbrega J. Estudo do Parto em Mães Adolescentes Portuguesas. *Arq Clín Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, 1983; VIII, 29-42.
9. Alvarez ML, Burrows R, Zvaighat A, Santiago M. Sociocultural characteristics of pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status: a comparative study. *Adolescence* 1987; XXII, 149-56.
10. Bynner J, Parsons S. Young people not in employment, education and training and social exclusion. Analysis of the British Cohort Study 1970 for the Social Exclusion Unit. 1999.
11. Chase-Lansdale PL, Brooks-Gunn J. Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. In C. B. Fisher, & R.M. Lerner, (Ed.), *Applied developmental psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc. 1994; 207-235.
12. Coley R, Chase-Lansdale L. Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidences and future directions. *Am Psychologist* 1998; 53(2), 152-166.
13. Furstenberg F. & Brooks-Gunn J. Adolescent fertility: causes, consequences and remedies. In Aiken DML. eds. *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. New Jersey: Rutgers University Press. 1985.
14. Kiernan K. Transition to parenthood: Young mothers, young fathers - associated factors and later life experiences. Welfare State Programme, Discussion Paper WSP/113, LSE. 1995.
15. Smith T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *Br Med J* 1993; 306, 1232-1235.
16. Stevens-Simon C, McAnarney E. Adolescent pregnancy. In DiClemente WHR. & Ponton L. eds. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press. 1996; 313-332.
17. Davis S. Pregnancy in adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 1989; 36, 665-80.
18. Hogan D. & Kitagawa E. The impact of social status, family structure, and neighbourhood on the fertility of black adolescents. *Am J Sociology* 1985; 90, 825-55.
19. Holden G, Nelson P, Velasquez J, & Ritchie K. Cognitive, Psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1993; 28(111), 557-72.
20. Zabin L, Hayworth S. Adolescent sexual behavior and child bearing. California: Sage Publications. 1993.
21. Botting B, Rosato M, Wood R. Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, 1998; 93, Autumn.
22. Michael R, Gagnon J, Lauman E, Kolat G. *Sex in America*. Boston: Little Brown and Co. 1994.
23. Parker BMJ, Soeken K, Torres S. Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nursing Research* 1993; 42(3), 173-78.
24. Barnett JK, Papini DR, Gbur E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1991; 26(102), 457-72.
25. Miller B, McCoy J, Olson T, Wallace C. Parental discipline and control attempts in relation to adolescent sexual attitudes and behavior. *J Marriage Family* 1986; 48, 503-12.
26. Wellings K, Wadsworth J, Johnson A, Field J, et al. Teenage sexuality, fertility and life chances. A report prepared for the Department of Health using data from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. 1996.

27. Figueiredo B. Mães e bebés. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia. 2001.
28. Irvine H, Bradley T, Cupples M, Boohan M. The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: unresolved issues. *Br J General Practice* 1997; 47, 323-326.
29. Allen I, Dowling S. Teenage mothers: Decision and outcomes. *Policy Studies Institute*. 1998.
30. Hobcraft J, Kiernan K. Childhood poverty, early motherhood, and adult social exclusion. Analysis for the Social Exclusion Unit, CASE paper 28, LSE. 1999.
31. Speak S, Cameron S, Woods R, Gilroy R. Young single mothers: barriers to independent living. *Family Policy Studies*. Centre. 1995.
32. Apfel N, Seitz V. The firstborn sons of African American teenage mothers: perspectives on risk and resilience. In Luthar S, Burack J, Cicchetti . & Weisz J. eds. *Development psychopathology - Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press. 1997; 486-506.
33. Baranowski MD, Schilmoeller GL, Higgins BS. Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence* 1990; XXV(100), 781-90.
34. Zuravin S, DiBlasio F. The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *J Family Violence* 1996; 3(2), 149-66.
35. Figueiredo B. Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica* 2000; 4 (XVIII), 485-99.
36. Figueiredo B. Perturbações psicopatológicas da maternidade. In Canavarro C. eds. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001b; 161-188.
- 37 Figueiredo B. Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Rev Port de Psicossomática*, 2001a; 3 (2), 221-38.