

MARGARIDA DA SILVA NEVES DE ABREU

**IDENTIDADES DAS GRÁVIDAS  
ADOLESCENTES:**

INTEGRAÇÃO DO SISTEMA FAMILIAR  
E DAS PERSPECTIVAS INDIVIDUAIS  
DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Porto, 2005

W 4

ABR **OFERTA**

MARGARIDA DA SILVA NEVES DE ABREU

# **IDENTIDADES DAS GRÁVIDAS**

## **ADOLESCENTES:**

### **INTEGRAÇÃO DO SISTEMA FAMILIAR E DAS PERSPECTIVAS INDIVIDUAIS DE DESENVOLVIMENTO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Orientador - Professor Doutor José Azevedo;  
Co-orientador - Professora Doutora Constança Paul.



11059

## AGRADECIMENTOS

---

*Aos meus orientadores das actividades de Doutoramento, Professora Doutora Constança Paul e Professor Doutor José Azevedo, pelo percurso formativo que me têm proporcionado, com o seu apoio, disponibilidade, estímulo e crítica;*

*Aos directores dos Serviços de Obstetrícia dos Hospitais de Santo António, S. João e Maternidade Júlio Dinis, por toda a abertura e apoio manifestados;*

*Às adolescentes com quem trabalhei, pela forma como se disponibilizaram a partilhar os seus sentimentos, expectativas e preocupações;*

*Aos meus colegas, docentes e enfermeiros do exercício, pelo estímulo e ajuda concedida durante todo este estudo;*

*A todos os que se disponibilizaram a participar nesta pesquisa, pelas reflexões que connosco repartiram;*

*À minha família.*

# ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xiii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xv
RESUMO .....	xvii
ABSTRACT .....	xix
RESUMÉ .....	xxi
NOTA INTRODUTÓRIA .....	1

## PARTE I – ADOLESCÊNCIA, AMBIENTE FAMILIAR E IDENTIDADE

1. <u>ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E MATERNIDADE</u> .....	19
1.1. ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E CARACTERIZAÇÃO.....	20
1.2. PROCESSOS DESENVOLVIMENTAIS.....	27
1.3. SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES E RISCOS.....	54
1.4. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA .....	67
2. <u>ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA: ENQUADRAMENTOS</u> .....	86
2.1. A FAMÍLIA: CONCEITOS, TEORIAS E PROCESSOS.....	87
2.2. EVOLUÇÃO DO PAPEL DA FAMÍLIA.....	107
2.3. AS DINÂMICAS DE SOCIALIZAÇÃO.....	112
2.4. ADOLESCÊNCIA, FAMÍLIA E SOCIEDADE.....	120
3. <u>IDENTIDADE E PROCESSOS IDENTITÁRIOS</u> .....	128
3.1. IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL: CONCEITOS E PERSPECTIVAS ....	129
3.2. ESTATUTOS DA IDENTIDADE: O MODELO DE MARCIA.....	137
3.3. DESENVOLVIMENTO IDENTITÁRIO NA ADOLESCÊNCIA .....	148
3.4. ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE: QUE DESENVOLVIMENTOS IDENTITÁRIOS? .....	160

**PARTE II – ENQUADRAMENTOS E OPÇÕES METODOLÓGICAS**

1. <u>OBJECTO DE ESTUDO E METODOLOGIA</u> .....	173
1.1. OS OBJECTIVOS CENTRAIS DA PESQUISA .....	178
1.2. HIPÓTESES E VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	179
1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	183
2. <u>DOS EIXOS DE ANÁLISE ÀS TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS</u> .....	184
2.1. AMBIENTE FAMILIAR: ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR .....	187
2.2. ESTATUTOS DA IDENTIDADE DO EGO: QUESTIONÁRIO DA IDENTI- DADE DO EGO.....	196
2.3. REACÇÕES E SENTIMENTOS MATERNAIS: QUESTIONÁRIO DE AVA- LIAÇÃO DA GRAVIDEZ.....	202
2.4. CARACTERIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO: ENTREVISTA SEMI- -ESTRUTURADA .....	208
3. <u>PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E TRABALHO DE CAMPO</u> .....	213
3.1. PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	215
3.2. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	219

**PARTE III – IDENTIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
REALIDADES E DISCURSOS**

1. A ADOLESCENTE, O COMPANHEIRO E A FAMÍLIA .....	225
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES E COMPANHEIROS .....	226
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA .....	245
1.3. AMBIENTE FAMILIAR: PERCEPÇÃO DA ADOLESCENTE E DA FAMÍLIA .....	255
2. <u>ADOLESCENTE E REACÇÃO FACE À GRAVIDEZ</u> .....	266
2.1. GRAVIDEZ E PROCESSO GRAVÍDICO.....	267
2.2. ATITUDES PESSOAIS FACE À GRAVIDEZ .....	283
2.3. DESEJO DE GRAVIDEZ E MEDOS EM RELAÇÃO AO SELF.....	298
2.4. DEPENDÊNCIA E IRRITABILIDADE .....	303
2.5. SENTIMENTO MATERNAL E MEDOS EM RELAÇÃO AO BEBÉ .....	309

	Página
3. <u>A ADOLESCENTE E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE</u> .....	316
3.1. ESTATUTOS DOMINANTES DA IDENTIDADE .....	318
3.2. A ADOLESCENTE, A IDENTIDADE E A IDENTIFICAÇÃO: OS SENTIMENTOS EM ANÁLISE .....	322
3.3. PROCESSO IDENTITÁRIO E CONTEXTO FAMILIAR .....	331
4. <u>DIALÉCTICA DO PROCESSO IDENTITÁRIO: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM</u> .....	340
4.1. COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	342
4.2. DOS DISCURSOS HUMANISTAS ÀS PRÁTICAS DE AJUDA. O MEDO, O AFECTO E O CUIDADO .....	353
4.3. SOU MÃE! E AGORA SENHORA ENFERMEIRA? .....	364
5. <u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u> .....	375
5.1. CONCLUSÃO GERAL .....	379
5.2. CRÍTICA E SUBSÍDIOS .....	384
6. <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	391
ANEXOS.....	431
ANEXO I – ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR (MOOS e MOOS, 1986)	
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DA IDENTIDADE DO EGO (BALISTRERI, BUSCH-ROSSNAGEL e GEISINGER, 1995)	
ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDEZ (SCHAEFER E MANHEIMER, 1960)	
ANEXO IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (ADOLESCENTE)	
ANEXO V – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (FAMÍLIA)	



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
FIGURA 1 - Principais factores que influenciam o envolvimento em comportamentos de risco .....	66
FIGURA 2 - Maternidade precoce em Portugal, 1960-1999 .....	77
FIGURA 3 - O modelo de sistema social .....	104
FIGURA 4 - Critérios para a definição dos estatutos da identidade .....	141
FIGURA 5 - A sequência do desenvolvimento da identidade .....	145
FIGURA 6 - Processo de tomada de decisão acerca da actividade sexual ....	268
FIGURA 7 - As condicionantes sistémicas no desenvolvimento ecológico do comportamento da adolescente .....	343

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Página</b>
GRÁFICO 1 - Idade das adolescentes .....	227
GRÁFICO 2 - Percepção das adolescentes sobre o seu ambiente familiar .....	257
GRÁFICO 3 - Nível de percepção das adolescentes acerca do seu ambiente familiar .....	260
GRÁFICO 4 - Acompanhamento das adolescentes às consultas de vigilância pré – natal .....	283
GRÁFICO 5 - Reacção das adolescentes face à gravidez .....	285
GRÁFICO 6 - Percepção da adolescente acerca da reacção do companheiro face à gravidez .....	293
GRÁFICO 7 - Estatutos da identidade das adolescentes grávidas .....	320

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Página</b>
QUADRO 1 - Crises psicossociais nos oito estádios de vida .....	36
QUADRO 2 - Os estádios de desenvolvimento moral de Kohlberg .....	51
QUADRO 3 - Estádios de desenvolvimento da família e respectivas tarefas ...	101
QUADRO 4 - Habilitações literárias das adolescentes .....	228
QUADRO 5 - Frequência escolar das adolescentes .....	230
QUADRO 6 - Motivos que levaram as adolescentes a abandonar os estudos ..	230
QUADRO 7 - Projectos para o futuro (escolaridade ou formação profissional) .	231
QUADRO 8 - Situação profissional das adolescentes .....	232
QUADRO 9 - Profissão exercida pela adolescente .....	233
QUADRO 10 - Forma como as adolescentes ocupavam o tempo livre antes da ocorrência da gravidez .....	235
QUADRO 11 - Idade do companheiro da adolescente .....	237
QUADRO 12 - Habilitações literárias do companheiro da adolescente .....	239
QUADRO 13 - Profissão do companheiro da adolescente .....	240
QUADRO 14 - Distribuição das adolescentes segundo o tempo de conhecimento do companheiro .....	242
QUADRO 15 - Relacionamento da adolescente com o companheiro .....	243
QUADRO 16 - Pessoas com quem a adolescente vivia antes da ocorrência da gravidez .....	246
QUADRO 17 - Idade dos pais das adolescentes .....	248
QUADRO 18 - Estado civil dos pais da adolescente .....	250
QUADRO 19 - Habilitações literárias dos pais das adolescentes .....	251
QUADRO 20 - Profissão dos pais das adolescentes .....	253
QUADRO 21 - Número de irmãos das adolescentes .....	254
QUADRO 22 - Diferenças na percepção do ambiente familiar entre a adolescente e um elemento da família nuclear .....	262
QUADRO 23 - Percepção das adolescentes e do familiar acerca do ambiente na família.....	263
QUADRO 24 - Idade com que as adolescentes iniciaram a actividade sexual ...	268
QUADRO 25 - Período da vida em que teve início a educação sexual .....	270
QUADRO 26 - Elementos responsáveis pela educação sexual das adolescentes .....	271
QUADRO 27 - Utilização de métodos anti-concepcionais pelas adolescentes ...	273
QUADRO 28 - Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes .....	274
QUADRO 29 - Responsável pela prescrição dos métodos contraceptivos às adolescentes .....	275

	<b>Página</b>
QUADRO 30 - Razões apontadas para a não utilização de métodos de contraceção .....	277
QUADRO 31 - Momento em que a adolescente realizou a primeira consulta de vigilância de gravidez .....	280
QUADRO 32 - Percepção da adolescente relativamente à reacção da sua família à gravidez .....	287
QUADRO 33 - Percepção das adolescentes acerca da reacção dos seus professores face à gravidez .....	295
QUADRO 34 - Percepção das adolescentes acerca da reacção dos seus amigos face à gravidez .....	296
QUADRO 35 - Subescalas "Desejo de gravidez" e "Medos em relação ao <i>self</i> " - dados estatísticos .....	301
QUADRO 36 - Subescalas "Dependência" e "Irritabilidade" - dados estatísticos	307
QUADRO 37 - Subescalas "Sentimento maternal" e "Medos em relação ao bebé" - dados estatísticos .....	312
QUADRO 38 - Relações entre as dimensões e domínios da identidade e as reacções e sentimentos maternos .....	324
QUADRO 39 - Cálculos dos valores de Lambda de Wilk, para as subescalas das reacções e sentimentos maternos .....	328
QUADRO 40 - Valores da associação entre as subescalas das reacções e sentimentos maternos .....	329
QUADRO 41 - Valores da análise de variância para a comparação inter-grupos (pairwise) .....	330
QUADRO 42- Estatutos da identidade e percepção das adolescentes sobre o seu ambiente familiar (análise de variância) .....	332
QUADRO 43 - Relações entre as dimensões e domínios da identidade e o ambiente familiar (percepção da adolescente) .....	335
QUADRO 44 Nível sócio-económico da família e o estatuto da identidade da grávida adolescente .....	338

## RESUMO

**Contexto da investigação:** Apesar da diminuição da taxa de gravidez na adolescência em Portugal, o nosso país tem a segunda taxa mais elevada da União Europeia, antes do seu recente alargamento. Mais de 50% da morbilidade em adolescentes emerge de três comportamentos: actividade sexual, consumo de substâncias nocivas e utilização de veículos motorizados. Os adolescentes que iniciam a sua actividade sexual têm um risco acrescido devido à ocorrência de consequências negativas, incluindo: infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, aborto e maternidade precoce. Apesar das divergências e das diferentes interpretações sobre as causas da gravidez e dos riscos que as adolescentes correm, os profissionais de saúde concordam num aspecto central: a gravidez na adolescência é o resultado e a fonte de numerosos problemas. Todas as gestações têm riscos potenciais a nível físico, psicológico e ambiental. Porém, os problemas associados com a gravidez na adolescência parecem estar mais relacionados com aspectos psicossociais do que com aspectos orgânicos. De acordo com Erikson (1968), a tarefa desenvolvimental mais importante na adolescência é a formação da identidade. O modelo dos estatutos da identidade de Marcia, baseado na perspectiva de Erikson sobre a formação da identidade na adolescência, defende que esta é um período no qual os adolescentes experienciam uma crise identitária. Marcia identifica quatro estatutos da identidade: *Difusão de identidade*, *Identidade outorgada*, *Moratória* e *Identidade realizada*. A definição dos quatro estatutos é baseada, de acordo com Marcia, em diferentes graus de associação entre crise (exploração activa de alternativas) e investimento (escolha relativamente firme de uma alternativa particular). As grávidas adolescentes podem não ter realizado um investimento no que definimos como identidade; talvez as adolescentes não tenham explorado todas as opções na área da identidade. A adolescente grávida tem que bloquear o processo de exploração, porque não é compatível com a responsabilidade de ser mãe. Os enfermeiros estão bem posicionados para prevenir a gravidez, dada a sua presença em centros de saúde, hospitais e escolas. Devido à complexidade deste problema, os enfermeiros que trabalham com adolescentes têm que possuir um vasto conjunto de competências práticas e interpessoais, assim como assumir um importante papel na educação sobre controlo da natalidade e ajudar a lidar com as implicações psicossociais da gravidez precoce. Os enfermeiros envolvidos nos cuidados de saúde aos adolescentes podem ainda desempenhar um papel significativo na promoção da saúde sexual e educação dos jovens, especialmente promovendo o fácil acesso a cuidados de saúde confidenciais.

**Objectivos e métodos:** Os objectivos deste estudo eram: i) caracterizar o grupo de grávidas adolescentes do ponto de vista sócio-económico e demográfico; ii) identificar como se definem as grávidas adolescentes face à tarefa de construção da identidade e quais os estatutos mais frequentes neste processo; iii) estudar os modos dominantes de aquisição da identidade nas grávidas adolescentes e como estas se posicionam face à exploração e investimento nos domínios ideológico e interpessoal; iv) estudar os padrões de interacção nas famílias das grávidas adolescentes para determinar os modos de aquisição da identidade e v) conhecer o processo de adaptação da adolescente face à gravidez para determinar os modos de aquisição da identidade. Recorremos a uma amostra de 209 grávidas adolescentes e 131 famílias. Estas adolescentes e famílias, seleccionadas nas consultas de vigilância de gravidez em três hospitais do Porto, participaram voluntariamente neste estudo. Os critérios de inclusão foram: (i) ser primípara; (ii) possuir idade entre os 17 e os 19 anos; (iii) serem saudáveis (adolescente e feto). Os dados foram colhidos através

do Questionário de Avaliação da Gravidez (PRQ) (Schaefer e Manheimer, 1960), Questionário da Identidade do Ego (EIPQ) (Balistreri, Bush-Rosnagel e Geisinger, 1995), Escala do Ambiente Familiar, Forma R (FES) (Moos & Moos, 1986) e de uma entrevista semi-estruturada. Aos familiares das adolescentes (N=131) foi aplicada a *Escala do Ambiente Familiar* e foi realizada uma entrevista.

**Resultados:** Das adolescentes da nossa amostra, 48.3% tinham 17 anos, 30.1% 18 anos, e 21.5% 19 anos. A maioria das adolescentes grávidas (56%) possuía escolaridade inferior ao 9º ano; apenas 7.2% completou o 12º ano. Possuíam uma educação incompleta e a sua preparação para o mercado de trabalho era mínima; 52.2% das adolescentes encontravam-se desempregadas. A maioria das adolescentes era casada ou vivia maritalmente com o companheiro (51.2%). A maioria (67.9%) das grávidas adolescentes teve a primeira relação sexual entre os 15 e os 17 anos. Somente 6.7% das participantes referiram os profissionais de saúde como fonte principal de informação sobre sexo e apenas 44% das adolescentes utilizavam métodos de contracepção. Observou-se que 41% das gravidezes foram planeadas. A maioria das adolescentes (48.3%) manifestou contentamento quando teve conhecimento da gravidez. Relativamente aos estatutos da identidade, as participantes foram classificadas em quatro grupos: identidade outorgada (58.9%), difusão (28.2%), identidade realizada (8.1%), e moratória (4.8%). Uma das hipóteses formuladas sugeria a existência de uma relação entre "desejo de gravidez" e os estatutos da identidade das adolescentes. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para estudar a associação entre estas variáveis. O resultado revelou um associação estatisticamente significativa entre "desejo de gravidez" e estatuto da identidade ( $F=6.423$ ,  $p<0.05$ ). O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para examinar as relações entre as subescalas do PRQ e as dimensões do EIPQ (exploração e investimento). Identificaram-se correlações significativas entre estas variáveis. O "Desejo de gravidez" estava negativamente correlacionado com "investimento no domínio ideológico" ( $r=-0.165$ ,  $p <0.05$ ) e "investimento no domínio interpessoal" ( $r=-0.223$ ,  $p <0.01$ ); os "Sentimentos maternos" estavam negativamente correlacionados com "investimento no domínio ideológico" ( $r=-0.28$ ,  $p <0.01$ ) e "investimento no domínio interpessoal" ( $r = -0.29$ ,  $p <0.01$ ); a "Irritabilidade" estava correlacionada negativamente com "investimento no domínio ideológico" ( $r=-0.21$ ,  $p <0.01$ ) e "investimento no domínio interpessoal" ( $r=-0.15$ ,  $p <0.05$ ) e relacionado positivamente com "exploração no domínio interpessoal" ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ). Utilizou-se a análise discriminante para avaliar a importância relativa da variável independente "Reações e sentimentos face à gravidez" e o seu peso relativo na distribuição da variável dependente ("estatutos da identidade"). A análise discriminante revelou que "Sentimentos maternos", "Medos em relação ao self" e "Irritabilidade" tinham uma importância idêntica na variação dos estatutos da identidade das adolescentes. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparar as médias das subescalas da FES em cada dos subgrupos (estatutos da identidade). Encontraram-se valores significantes de F que indicam uma diferença significativa entre grupos ("Estatutos da identidade") e as subescalas Coesão; Expressividade; Conflito e Organização.

**Conclusão:** O estudo revelou que os enfermeiros necessitam de compreender os diferentes níveis ecológicos envolvidos neste processo, disponibilizar cuidados às adolescentes aos níveis de prevenção primária (antes da ocorrência da gravidez), secundária (durante a gravidez), e terciária (depois do nascimento da criança).

## ABSTRACT

**Background:** Despite a steady decrease in adolescent pregnancy in Portugal, our country has the second highest rate in the European Union, before its recent enlargement. More than 50% of morbidity in adolescents stems from three distinct behaviours: sexual activity, substance use and abuse, and recreational / motor vehicle use. Teens who engage in sexual activity are at risk for a number of negative consequences including: Sexually Transmitted Diseases (STDs), pregnancy, abortion and early parenting. Adolescent pregnancy is the result as well as the source of many problems, no matter the divergences and different interpretations of its causes by health professionals. All pregnancies have potential risks at a physical, psychological and social level. However, the problems associated with adolescent pregnancy seem to be more related with psychosocial aspects than with the organic ones. According to Erikson (1968), the most important developmental task in adolescence is the formation of an identity. Marcia's identity status model, based on Erikson's views on identity formation in adolescence, states that adolescence is a period in which youngsters experience an identity crisis. Marcia identifies four identity statuses: Identity diffusion, Foreclosure, Moratorium and Identity achievement. The definitions of the four statuses are based on different degrees of association between crisis (active exploration of alternatives) and commitment (relatively firm choice of a particular alternative). Pregnant adolescents may not have made an identity commitment nor explored all the identity options. The pregnant adolescent has to interrupt the exploration process, because it is not compatible with the responsibility of being a mother. Nurses are ideally placed either to prevent or support early age pregnancies, given their presence in local health centres, hospitals, care facilities and schools. Given the complexity of this problem, nurses working with young people and adolescents must have a wide range of practical and interpersonal skills, to play a significant part in education about birth control and helping to deal with the psychosocial implications of early age pregnancy. Nurses involved in adolescent health care can also play a significant role in sexual health promotion and education for young people, specifically by providing easy access to confidential healthcare services and promoting sexual health.

**Aims and methods:** The aims set for this study were: i) To characterize pregnant adolescent's social-economical and demographic profile; ii) To explore how pregnant adolescents configure their identity and the more predominant identity status among them; iii) To examine the process of identity formation related to exploration and commitment, focused on the interpersonal and ideological domains; iv) To study the patterns of interaction inside adolescent's families and how are they associated with the process of identity formation, and v) to know the adolescent's adaptation to maternity and the association with the process of identity formation. We studied 209 pregnant adolescents and 131 families. These youths and their families, recruited from pregnancy guidance appointments in three hospitals in Porto, were voluntary participants in this research. Inclusion criteria were: (i) be primiparas; (ii) aged between 17 and 19; (iii) be healthy (both adolescent and fetus). Data were collected by *Pregnancy Research Questionnaire* (PRQ) (Schaefer and Manheimer, 1960), *Ego Identity Process Questionnaire* (EIPQ) (Balistreri, Bush-Rosnagel and Geisinger, 1995), *Family Environmental Scale, Form R - FES* (Moos & Moos, 1986) and a semi-structure interview. Adolescent's relatives (N=131) also completed the *Family Environmental Scale* and were interviewed.

**Results:** There were 48.3% adolescents with 17 years, 30.1% with 18 years, and 21.5% with 19 years. Most of the pregnant teen (56%) had less than 9<sup>th</sup> grade; only 7.2% had 12<sup>th</sup>

grade. Their education was incomplete and job skills were minimal; 52.2% of the adolescents were unemployed. Most teenaged woman were married or living with her partner (51.2%). Most (67.9%) of them had their first intercourse between 15 and 17 years old. Only 6.7% participants reported health professionals as the main source of information about sex and only 44% of them used contraception methods. Data showed that 41% of adolescent pregnancies were planned and 48.3% of the teen felt very happy when found they were pregnant. Concerning the identity statuses, participants were classified in four groups: foreclosure (58.9%), diffusion (28.2%), achievement (8.1%), and moratorium (4.8%). One of the hypothesis formulated suggested an association between "desire for pregnancy" and adolescents' identity status. The one-way ANOVA results revealed a statistically significant association between "desire for pregnancy" and identity status ( $F=6.423$ ,  $p<0.05$ ). Pearson correlation coefficients were conducted to examine relations between PRQ subscales and EIPQ dimensions (exploration and commitment): "Desire for pregnancy" was negatively correlated with "ideological commitment" ( $r=-0.165$ ,  $p<0.05$ ) and "interpersonal commitment" ( $r=-0.223$ ,  $p<0.01$ ); "Maternal feelings" was negatively correlated with "ideological commitment" ( $r=-0.28$ ,  $p<0.01$ ) and "interpersonal commitment" ( $r=-0.29$ ,  $p<0.01$ ); "Irritability" was negatively correlated with "ideological commitment" ( $r=-0.21$ ,  $p<0.01$ ) and "interpersonal commitment" ( $r=-0.15$ ,  $p<0.05$ ) and was positively related to "interpersonal exploration" ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ). Discriminant analysis was performed to assess the relative importance of the independent variable "Mother's reaction to pregnancy" in classifying the dependent variable ("Identity statuses"). Analysis indicated that "Maternal feelings", "Fears for self" and "Irritability" had identical importance in the variation of the adolescent's identity statuses. One-way ANOVA test was used to compare mean scores of the subscales of FES in each of the sub-groups (identity statuses). We found significant differences among groups ("Identity Statuses") for Cohesion; Expressiveness; Conflict and Organization.

**Conclusion:** The study showed that nurses need to understand the different ecological levels involved in the process, to provide care for adolescents focusing on primary (before a pregnancy occurs), secondary (during the pregnancy), and tertiary (after the birth) care.



## RÉSUMÉ

**Contexte de la recherche:** En dépit d'une baisse significative des grossesses d'adolescentes au Portugal, notre pays est un de ceux qui présente le taux le plus élevé et situe au deuxième rang dans l'Union européenne dans ce domaine, avant son élargissement récent. Plus de 50% de la infirmité des adolescents est liée à trois comportements : l'activité sexuelle, l'usage et l'abus de substances et l'utilisation de la voiture. L'adolescent connaît plusieurs risques associés à son activité sexuelle, notamment: les maladies sexuellement transmises, la grossesse, l'avortement et la maternité précoce. Nonobstant les divergences et interprétations différentes des causes de grossesse et des risques que prennent les adolescentes, les professionnels de la santé sont d'accord sur un point: la grossesse chez l'adolescente est le résultat et la source de nombreux problèmes. Toutes les grossesses présentent des risques potentiels tant au niveau physique, psychologique et qu'au niveau de l'environnement. Cependant, les problèmes associés aux grossesses d'adolescentes peuvent renvoyer à des aspects psychosociaux autant qu'à des aspects organiques. Erikson (1968) souligne que la tâche de développement la plus importante d'adolescence est la formation d'une identité. Le Modèle des Statuts d'Identité de Marcia, basé sur les travaux d'Erikson sur formation de l'identité à adolescence, soutient que l'adolescence est une période dans laquelle les jeunes éprouvent une crise de l'identité. Marcia identifie quatre configurations de l'identité: elle peut être *achevée*, *diffuse*, *forclose* et en *moratoire*. Les définitions des quatre configurations sont basées, d'après Marcia, sur degrés différents d'association entre crise (exploration active d'alternatives) et engagement (choix relativement ferme d'une alternative particulière). Les adolescentes enceintes n'ont pas pu s'engager dans le développement de leur identité; elles n'ont pas exploré toutes les options de l'identité. Ces adolescents rencontrent un blocage du processus d'exploration, parce que ce n'est pas compatible avec la responsabilité d'être une mère. Les infirmières sont bien placées pour prévenir les grossesses à l'adolescence, grâce à leur présence en centres de santé, hôpitaux, organisations de soins et écoles. Etant donné la complexité de ce problème, les infirmières qui travaillent avec des jeunes et des adolescents doivent développer une grande gamme de compétences pratiques et interpersonnelles, aussi bien qu'une capacité à éduquer à la contraception. Elles doivent aider les jeunes filles enceintes à vivre, et saisir les implications psychosociales de la grossesse. Les infirmières impliquées dans les soins aux adolescentes peuvent jouer un rôle considérable dans promotion de la santé sexuelle et de l'éducation pour jeunes.

**Objectifs et méthodes:** Les objectifs de cette étude étaient les suivants: i) caractériser le profil socio-économique et démographique des adolescentes enceintes; ii) explorer comment les adolescentes enceintes configurent leur identité et définissent le statut d'identité prédominant iii) examiner le processus de formation de l'identité en rapport avec l'exploration et l'engagement, dans les domaines interpersonnels et idéologiques; iv) étudier les modèles d'interaction à l'intérieur des familles d'adolescentes et cerner la manière dont ils sont associés aux processus de formation de l'identité, et v) connaître l'adaptation de l'adolescente à la maternité et l'association avec le processus de formation de l'identité. Nous utilisons un échantillon de 209 adolescentes enceintes et 131 familles. Ces filles et leurs familles, ont été invitées aux consultations pour les jeunes dans trois hôpitaux de Porto ; elles participaient volontairement à la recherche. Les critères de l'inclusion étaient: (i) être primipares; (ii) âgé entre 17 et 19 ans; (iii) adolescent et fœtus sains. Les données ont été rassemblées par *Pregnancy Research Questionnaire* (PRQ)(Schaefer et Manheimer, 1960), *Ego Identity Process Questionnaire* (EIPQ) (Balistreni, Bush-Rosnagel et Geisinger,

1995), *Family Environmental Scale, Form R (FES)* (Meugle & Meuglements, 1986) et une entrevue semi-structurée. Les familiers des adolescents (N=131) ont aussi complété la *Family Environmental Scale* et interviewé.

**Résultats:** Il y avait 48.3% âgés de 17 ans, 30.1% de 18 et 21.5% de 19 ans. Au niveau de scolarité, la plupart des filles enceintes (56%) étaient pas encore en 9<sup>e</sup> année; seulement 7.2% étaient en 12<sup>e</sup> année. Leur éducation était incomplète et leurs compétences pour le marché de travail étaient minimales; 52.2% des adolescentes étaient au chômage. La plupart des jeunes filles sont mariées ou vivent maritalement avec leur conjoint (51.2%). La plupart (67.9%) des adolescentes enceintes ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans. Seulement 6.7% des adolescents ont été informés par des professionnels de santé de la sexualité et seulement 44% d'entre elles ont déclaré utiliser de méthodes de contraception. Les données montrent que 41% de grossesses adolescentes sont programmées. La plupart des filles (48.3%) se sont senties très heureuses quand elles ont su qu'elles étaient enceintes. À propos de la configuration (statut) de l'identité, les participantes ont été classées dans quatre groupes: *forclose* (58.9%), *diffuse* (28.2%), *achevée* (8.1%) et *moratoire* (4.8%). Une des hypothèses formulées suggérait une association entre "désir de grossesse" et le statut de l'identité des adolescents. On a utilisé l'ANOVA à un facteur pour examiner l'association entre ces variables. Le résultat a révélé une association statistiquement significative entre "désir de grossesse" et statut de l'identité,  $F=6.423$ ,  $p < 0.05$ . Le coefficient de corrélation de Pearson a été choisi pour examiner des relations entre les subscales du PRQ et les dimensions du EIPQ (exploration et engagement). On a trouvé des corrélations significatives entre ces variables. Le "désir de grossesse" était corrélé négativement avec "engagement idéologique" ( $r=-0.165$ ,  $p < 0.05$ ) et "engagement interpersonnel" ( $r=-0.223$ ,  $p < 0.01$ ); les "sentiments maternels" était corrélé négativement avec "engagement idéologique" ( $r=-0.28$ ,  $p < 0.01$ ) et "engagement interpersonnel" ( $r=-0.29$ ,  $p < 0.01$ ); la "Irritabilité" était corrélé négativement avec "engagement idéologique" ( $r=-0.21$ ,  $p < 0.01$ ) et "engagement interpersonnel" ( $r=-0.15$ ,  $p < 0.05$ ) et était corrélée positivement avec "exploration interpersonnelle" ( $r=0.21$ ,  $p < 0.05$ ). Pour évaluer l'importance relative de la variable indépendante "réaction maternelle face à la grossesse" pour la classification (distribution) de la variable dépendante ("statuts de l'identité"), on a utilisé la méthode d'analyse discriminante. L'analyse a indiqué que "sensations Maternelles", les "Peurs pour moi" et "Irritabilité" avaient un poids identique, au niveau statistique, dans la variation du statut de l'identité de l'adolescent. L'ANOVA à un facteur a été choisi pour comparer les moyennes des "scores" des sous-échelles du FES avec chacun des sous groupes (statuts de l'identité). Nous avons trouvé des valeurs considérables de F qui indiquent aussi des différences significatives parmi groupes ("statuts de l'identité"): *Cohésion* ( $p < 0.05$ ); *Expression* ( $p < 0.05$ ); *Conflit* ( $p < 0.05$ ) et *Organisation* ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** L'étude a révélé que les infirmières ont besoin de comprendre les différents niveaux écologiques impliqués dans le processus, pour développer soins aux adolescents tant au niveau primaire (avant la grossesse), secondaire (pendant la grossesse) qu'au niveau tertiaire (après la naissance de l'enfant).

## NOTA INTRODUTÓRIA

“Quando não tinha nada eu quis  
Quando tudo era ausência, esperei  
Quando o olho brilhou, entendi,  
Quando criei asas, voei.”  
(*A primeira vista* – Chico César)

Nas últimas décadas, a adolescência tem suscitado a atenção de investigadores de diferentes áreas do conhecimento, especialmente dos localizados nas ciências da saúde. A adolescência constitui um período de mudança e, como toda a mudança, implica risco. Mas representa também um período de paradoxos: os adolescentes são muitas vezes apontados como seres altruístas, mas, simultaneamente, considerados egoístas; reclamam a sua independência, mas continuam a solicitar a ajuda dos pais para os actos mais simples do quotidiano; mostram-se distantes da sua família e em determinados momentos susceptíveis, vulneráveis, desejosos de uma ligação quase infantil (Marcelli, 1997).

A adolescência é um período transitório de crescimento e transformação, a nível físico, cognitivo, emocional e comportamental (Montemayor, 1983).

Bronislaw Malinowski, em 1921, na sua obra “*A sexualidade e a sua repressão nas sociedades primitivas*” dava conta da problemática da adolescência e da relevância dos enquadramentos socioculturais. Em diversas sociedades por si estudadas, Malinowski observava que durante este período os adolescentes começam a cumprir as determinações e obrigações impostas pela sociedade, sendo igualmente o momento de emancipação completa do meio familiar, do casamento e da constituição de uma nova família. A gravidez e a maternidade neste período eram portanto factos normais, uma vez que os adolescentes se encontravam preparados biológica e socialmente para a maternidade. Em contrapartida, o antropólogo diagnosticava uma situação diferente nas sociedades ocidentais. A adolescência, neste contexto, decorria no seio da família. Embora se caracterizasse pela tentativa de constituição de uma identidade própria, ao adolescente era solicitado fundamentalmente que se preparasse para a vida profissional e social, sendo a formação o pilar estruturante da aquisição das competências sociais. Cerca de cem anos depois, no contexto Ocidental, estas

determinações sociais em torno da adolescência não mudaram substancialmente. Consideramos hoje que a aquisição de uma identidade estável e positiva para o adolescente implica que este estructure e realize um conjunto de tarefas fundamentais para a sua socialização. Uma gravidez precoce, que coloque em risco estas tarefas, constitui nesta medida um obstáculo à aquisição de um conjunto de competências psicológicas e sociais, com reflexo significativo na vida dos adolescentes e das crianças. Investir na prevenção da gravidez na adolescência ou apoiar os adolescentes que entretanto se encontrem já numa situação de maternidade ou paternidade surge progressivamente como um imperativo importante para a promoção da dignidade humana, coesão social ou simplesmente dos direitos humanos, áreas que estruturam hoje o pensamento em enfermagem.

O período da adolescência traduz-se numa multiplicação dos contextos aos quais o jovem pode aceder devido à sua mobilidade e à sua maturidade progressiva. O adolescente assiste a uma série de transformações no seu corpo, como consequência do processo de maturação biológica. Mas, de acordo com o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1996), a adolescência pode conceber-se também como um período de transição ecológica intensa devido às múltiplas interações que os adolescentes desenvolvem com as pessoas significativas do seu ambiente imediato. Ao longo do processo de socialização, os adolescentes predispõem-se e são pressionados pela sociedade para tomarem decisões, uma grande parte das quais com implicações directas ou indirectas na esfera da saúde. Estas decisões ocorrem num espaço biográfico complexo, uma vez que o adolescente tem necessidade de se confrontar com um conjunto de perdas: o luto pela perda do corpo infantil, o luto pela perda da figura dos pais a que se habituara na infância e pela perda da identidade construída durante esse período.

Aberastury e Knobell (1989) indicam, entre outras, duas características comportamentais típicas da adolescência.

A primeira refere-se à *busca de si mesmo e da identidade adulta*. O conjunto de transformações corporais e alterações hormonais, em paralelo com as dúvidas, as necessidades de afirmação, a ansiedade ou a busca de uma identidade positiva como pessoa e como adulto levam o jovem a situar-se num novo patamar de relação com os pares, com a família e com a sociedade. Os conflitos entre a imagem do corpo ideal *versus* a imagem do vivido, o orgulho e prazer *versus* a vergonha e perplexidade, o medo da rejeição e a necessidade de aceitação, são emoções típicas da construção de um padrão de normalidade para si, ainda que

impliquem a assunção de identidades transitórias, ocasionais ou circunstanciais, no sentido de entender a sua intimidade e, assim, desenhar a sua própria identidade.

A segunda refere-se à *tendência grupal* e à *separação progressiva dos pais*. Diversas dimensões da identidade familiar anteriormente construída com a família são substituídas por outras mais individuais, mais próximas de "outros" significativos. A construção da auto-imagem implica a aceitação no grupo, a valorização de auto-estima e uma gestão da afectividade. O afastamento dos pais torna-se necessário, uma vez que o adolescente tem necessidade de definir uma identidade diferente para si e para os outros. O adolescente entra num processo de ambivalência: deseja mas teme a sua transformação; não pretende o distanciamento face aos pais, mas sim o distanciamento face ao papel de criança. A vivência complexa de todos estes estímulos e conflitos pode estar na base de comportamentos que colocam em causa a sua própria saúde.

A investigação em enfermagem tem acompanhado a tendência de aumento das interrogações dirigidas ao período da adolescência. As temáticas mais abordadas pelos estudos em geral incidem sobre factos que afectam a vida do adolescente, com ênfase nas questões relacionadas com a sexualidade, a gravidez, o consumo de droga, álcool e tabaco, o suicídio, o stress, a autonomia comportamental, a educação, a escolha vocacional e a identidade. Na área da enfermagem, a contribuição das pesquisas estão mais direccionadas para as questões do consumo de tabaco, álcool e droga, da educação sexual, da anti-concepção, da gravidez e da maternidade. Que factores explicam o crescente interesse dos enfermeiros em desenvolver pesquisas na área da adolescência?

Segundo Cano, Ferriani, Alves e outros (1998) a importância que a adolescência assumiu para os enfermeiros está associada a diversos factores, entre os quais o aumento do consumo de drogas, a maior liberdade sexual (decorrente de diversos movimentos sociais) e o aparecimento da SIDA. Estas autoras salientam ainda a importância numérica dos indivíduos desta faixa etária, uma vez que os adolescentes representam 30% da população mundial.

Hanna (2001) acrescenta ainda a gravidez e a maternidade na adolescência. Para esta autora o fenómeno tem despertado o interesse dos enfermeiros por diversos motivos, entre os quais o facto das adolescentes em termos desenvolvimentais e emocionais não terem completado as tarefas da adolescência, não estando academicamente preparadas para entrar no mercado de trabalho e raramente possuírem meios financeiros para estabelecerem a sua

independência (Hanna, 2001; Innocenti Report Card, 2001). As mães adolescentes não tiveram tempo suficiente para resolver os seus próprios estádios da construção da identidade e da intimidade, expondo-se a si e às suas crianças a um risco aumentado de atraso emocional e social.

A maternidade implica a passagem de uma realidade conhecida para uma nova realidade, desconhecida. Esta transição requer a reestruturação de valores, comportamentos e responsabilidades para construir uma nova concepção de *self* (Barba e Selder, 1995).

A investigação, ao promover o progresso ao nível dos saberes, permite ao (à) enfermeiro (a) conhecer melhor a pessoa que cuida e compreender o impacto do acontecimento na sua vida, adequando assim o cuidar à personalidade.

Assim, é necessário que os profissionais de enfermagem não negligenciem o funcionamento psicológico para poderem prestar cuidados compreensivos e globais à adolescente, isto é, assistir a adolescente num período de vida em que ocorrem grandes alterações ao nível da estrutura corporal, do pensamento e da socialização, que se traduz numa progressiva construção da identidade psicossocial (Claes, 1990).

Esta tese, inserida no Curso de Doutoramento em Enfermagem, pretende constituir-se num subsídio original para a compreensão do processo de formação da identidade pessoal das adolescentes grávidas, por referência aos contextos desenvolvimentais e familiares. Para além das dinâmicas de investigação mais restritas, a pesquisa representa a confluência de dúvidas e reflexões construídas ao longo de alguns anos de experiência profissional, algumas das quais publicadas ou apresentadas em comunicações inseridas na área de enfermagem.

#### O PONTO DE PARTIDA DA TESE:

##### CONSTRUÇÃO DE UMA DÚVIDA AO LONGO DO PERCURSO PROFISSIONAL

No decurso da nossa vida profissional e académica temos dedicado uma atenção crescente ao fenómeno da gravidez na adolescência. Durante o Curso de Mestrado, realizado entre 1996 e 1998, na faculdade de Medicina do Porto, desenvolvemos um estudo nesta área subordinado ao tema: "*Gravidez na adolescência: atitudes e representações*". No âmbito desta investigação, na qual nos propusemos estudar algumas das áreas simbólicas que enquadram a gravidez na adolescência, verificamos que as relações sexuais propriamente ditas não

constituem, de modo algum, o único aspecto da sexualidade significativo para a adolescente. Não se constitui, igualmente, como o factor mais relevante para uma análise do seu desenvolvimento sexual. No entanto, o factor "relação sexual" é o que pode ter implicações mais directas no processo de socialização da adolescente, uma vez que pode ser responsável por uma eventual gravidez.

O período da adolescência é intenso a nível de transições desenvolvimentais (Gordon, Chase-Lansdale e Brooks-Gunn, 2004): o jovem pode abandonar a casa dos pais, completar a escolaridade inicial, entrar no mundo do trabalho, casar e tornar-se pai ou mãe. A altura em que estas transições ocorrem e a ordem com que sucedem pode afectar a trajectória dos jovens, em termos de construção da identidade.

Sendo a construção da identidade uma das tarefas mais críticas da adolescência, a gravidez vai colocar desafios adicionais à adolescente, complexificando deste modo o processo de construção da identidade. O facto da adolescente ter de encontrar um sentido para a própria vida, ao mesmo tempo que aceita os desafios impostos pela gravidez e, conseqüentemente, da maternidade, pode criar conflitos e problemas significativos (Osofsky, Hann e Peebles, 1993). A adolescente grávida tem necessidade de dar um significado coerente à sua vida, integrando as experiências passadas e presentes e procurando um sentido para o futuro.

Segundo Musick (1993), tal como a tarefa principal da adolescência é a questão da identidade, esta também será a questão central da gravidez e da maternidade, nesta fase do ciclo vital.

Para Mercer (2004) o estabelecimento de uma identidade maternal contribui para o desenvolvimento psicossocial da mulher. Em contraste com o desenvolvimento físico, que é linear, alguns pesquisadores sugerem que o desenvolvimento psicossocial se processa em espiral, conduzindo ao aumento do funcionamento adaptativo da pessoa (Rubin, 1984; Kegan, 1982).

Raef e Bakken (1994) corroboram esta perspectiva, ao defenderem que a gravidez e a maternidade, constituem um desafio invulgar para a adolescente, podem proporcionar e contribuir para a resolução das questões da identidade.

Muitas estratégias podem ser utilizadas para a adolescente se adaptar a uma nova realidade mantendo a sua integridade pessoal. As estratégias incluem o reconhecimento da permanência da mudança requerida pelo exercício do papel maternal, a procura de informação para a construção de uma nova definição do

*self*, a procura de modelos para uma nova “normalização” e testar a competência do *self* no novo papel (Mercer, 2004). As transições desenvolvimentais podem ser facilitadas ou inibidas pelas características pessoais da adolescente, crenças culturais, atitudes, estatuto sócio-económico, preparação e conhecimentos e características da sociedade e da comunidade (Meleis, Sawyer, Im e outros, 2000).

McCullough e Scherman (1998) apontam também a influência da família da adolescente. A família é o mais poderoso sistema social que influencia o processo de construção da identidade (Marcia, 1993).

Face à gravidez, a família possui uma série de características protectoras que lhe permitem ajudar a adolescente a responder positivamente à situação, tais como mecanismos de *coping*, comunicação aberta entre os seus membros, coesão familiar e competências efectivas para a resolução de problemas (McCullough e Scherman, 1998).

Segundo McCullough e Scherman (1998) quando a família da adolescente não lhe atribui culpa, obrigação de retribuição e não a ameaça de abandono a adolescente apresenta uma maior probabilidade de se sentir mais responsável. Pelo contrário, a vivência de uma situação de zanga, de falta de confiança conduz a um clima familiar pouco seguro que impede a adolescente de desenvolver um auto-conceito positivo. Assim, para trabalhar com adolescentes grávidas ou mães, estes autores apontam como essencial reconhecer a importância de certas características da sua família de origem. A resolução das situações de conflito pode promover o desenvolvimento da identidade e aumentar a capacidade da família para apoiar a adolescente.

Toda esta contextualização levou-nos a formular a seguinte questão: *como se configura o processo de formação da identidade da grávida adolescente, tendo em conta o seu processo de desenvolvimento e o seu contexto familiar?*

A adolescente precisa de cuidados adaptados não só à situação de saúde, mas também às situações psicossociais da sua condição juvenil, e os serviços devem ter características apropriadas a esta realidade, com profissionais disponíveis, competentes, com grandes capacidades de observação e comunicação e um horizonte ético que os oriente para a excelência do cuidar (Mendes, 1995).

## O ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como referimos, o período da adolescência é, inevitavelmente, atravessado



pela questão da identidade (Kroger, 2000; Kridis, 1990). A formação da identidade do *ego* está completa pela primeira vez no período tardio da adolescência e sofre remodelações ao longo do ciclo de vida (Marcia, 1988).

As ciências sociais debatem as questões da identidade desde os anos 50, altura em que Erikson publicou os seus primeiros artigos sobre o tema. Erikson foi um dos teóricos clássicos que estabeleceram a tradição da teoria da identidade.

Na medida em que a linha de investigação sobre o desenvolvimento da identidade das grávidas adolescentes é a dos estatutos da identidade proposta por Marcia e que este tomou como ponto de partida a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson é pertinente fazermos uma breve apresentação desta.

Erikson (1968) definiu a identidade de uma forma multidimensional e abrangente, representando-a por uma simples dimensão bipolar, que se estendia do pólo sintónico da síntese da identidade do *ego* ao pólo distónico da confusão da identidade do *ego*. A síntese da identidade representava uma convergência entre as identificações da infância e as actuais, de uma forma mais abrangente, num conjunto auto-identificado de ideais, enquanto a confusão da identidade traduzia a falta de habilidade para desenvolver um conjunto de ideais de forma a que estes constituam a base da identidade do adulto. A carreira, as preferências românticas, a ideologia religiosa e as preferências políticas, entre outras, juntar-se-iam para formar um mosaico que representaria o indivíduo. Quanto mais completo e consistente fosse este mosaico, mais perto o indivíduo estaria da síntese da identidade; quanto mais incompleto e inconsistente fosse o quadro, mais o indivíduo manifestaria confusão da identidade.

Para Erikson (1980) todos os indivíduos, em qualquer altura das suas vidas, podiam posicionar-se num determinado ponto da dimensão bipolar entre a síntese e a confusão da identidade. Erikson defendeu que para facilitar o funcionamento saudável, o conhecimento do *self* devia predominar em relação à confusão e que o indivíduo devia ter conhecimento desse *self* para sobreviver no mundo moderno e tomar decisões consistentes e úteis. Ou seja, defendia que a identidade incluía aspectos sociais e pessoais. Por outro lado, o indivíduo devia ter claro que existiam aspectos de si de que não tinha conhecimento consciente, sendo estes aspectos fundamentais da sua identidade. Algumas facetas da identidade são inconscientes, sublinha Erikson, representando conflitos intrapsíquicos entre o *ego*, o *id* e o *superego* (Erikson, 1980, 1974).

Embora, o conceito de identidade de Erikson seja multidimensional (inclui

aspectos cognitivos, morais, sociais e culturais) e os artigos que publicou fossem ricos em descrições clínicas e metafóricas faltavam-lhe rigor e detalhe (Côté, 1984). Segundo este autor, a teoria de Erikson era eloquente e artística mas as suas definições operacionais eram difíceis de extrair.

Numerosos autores tentaram extrair dos trabalhos de Erikson as definições operacionais e testar os modelos e as hipóteses. O trabalho de Marcia foi o primeiro modelo de identidade neo-Eriksoniano que estimulou a pesquisa literária (Schwartz, 2001). Na tentativa de representar a teoria de Erikson e tendo como alvo a identidade pessoal, Marcia construiu a tipologia dos estatutos da identidade.

Marcia (1988, 1980) extrapolou do trabalho de Erikson a assumida independência das dimensões exploração e investimento. A exploração tem como objectivo que o indivíduo obtenha informações acerca de si e do seu ambiente com vista à tomada de decisão. O investimento representa a adesão a um conjunto de valores, crenças e objectivos. Uma vez que o investimento representa a adopção de um conjunto de ideais, Marcia (1980) refere ser possível ajudar o indivíduo a definir um sentimento de fidelidade e de continuidade.

Através da classificação do nível da exploração e do investimento em elevado e baixo, e da justaposição de cada nível da dimensão exploração com cada nível da dimensão investimento, Marcia (1966) obteve quatro estatutos da identidade independentes: difusão da identidade, identidade outorgada, moratória e identidade realizada.

A identidade realizada simboliza o investimento estabelecido após um período de exploração. Inicialmente Marcia (1966) considerou o estatuto de identidade realizada o ponto final do processo de construção da identidade. Este estatuto é considerado frequentemente o mais maduro, por estar associado a um pensamento equilibrado, a uma efectiva tomada de consciência e a um profundo relacionamento interpessoal.

A moratória representa o estado de exploração activa com ausência relativa de investimento. O estatuto de moratória pode estar associado a perturbação e a stress e como consequência, os indivíduos têm tendência a manter-se em moratória menos tempo do que em outros estatutos. A moratória está também associada com índices de pensamento crítico, particularmente, à emergência de múltiplas alternativas quando o indivíduo enfrenta a necessidade de tomar uma decisão importante.

A identidade outorgada traduz a realização de investimentos num conjunto

de objectivos, valores e crenças na ausência de uma exploração prévia. Geralmente, a identidade outorgada está associada a um certo grau de auto-satisfação e de rigidez. Os indivíduos neste estatuto tendem a ser autoritários e conflituosos, idealizando relacionamentos com os seus pais. Tendem ainda a tornar-se ligados a determinadas situações que ocorreram no passado e aos indivíduos que os ajudaram a ultrapassar essas situações.

A difusão da identidade é um estado apático que representa uma relativa falta de exploração e de investimento. Os indivíduos em difusão são em geral mais apáticos e desinteressados e, frequentemente, apresentam um maior risco de consequências negativas, nomeadamente a nível académico e de consumo de droga. Têm também a tendência de serem afectados pelas mudanças. Em termos gerais, a difusão da identidade traduz a falta de qualquer estrutura básica da identidade que proporciona ao indivíduo uma base sólida para a tomada de decisões e para um percurso de vida consistente. Muitos indivíduos no estatuto de identidade difusão tornam-se violentos e parecem destruir muitas das oportunidades que se lhes oferecem. Os indivíduos em difusão têm geralmente falta de apoio social e uma significativa percentagem deles parecem deprimidos.

Os estatutos da identidade pretendem descrever os indivíduos a nível da personalidade global e a nível de determinados domínios (Schwartz, 2001). Os estatutos da identidade caracterizam-se mais como tipos de carácter do que estádios desenvolvimentais (Van Hoof, 1999; Grotvant, 1986). Cada estatuto foi associado a um conjunto de características da personalidade, mas não foi claramente estabelecido a sequência desenvolvimental dos estatutos.

A pesquisa no campo dos estatutos da identidade, mostrou a existência de relações entre a identidade do ego, um conceito psicanalítico e os constructos da teoria do desenvolvimento cognitivo e moral (Marcia, 1988). Kroger (2000) acrescenta ainda que a interacção entre os aspectos biológicos, psicológicos e contextuais do desenvolvimento da adolescente conduz a reajustamentos da identidade.

Segundo a American Psychological Association (2002) nenhum adolescente pode ser verdadeiramente compreendido em partes separadas. As mudanças numa área de desenvolvimento conduzem, ou ocorrem em simultâneo com mudanças em áreas adjacentes. Além disso nenhum adolescente pode ser inteiramente compreendido fora do seu contexto familiar, de vizinhança, da escola, do seu ambiente de trabalho ou comunidade ou sem ter em consideração alguns factores

tais como o género, a raça, a orientação sexual, alguma perturbação ou doença crónica e as crenças religiosas (American Psychological Association, 2002).

Todas as formas de desenvolvimento do adolescente – cognitivo, físico, social - preparam-no para experimentar novas formas de comportamento à medida que transitam da infância para a adolescência. Esta experimentação ajuda-os por sua vez a tornar o seu desenvolvimento mais harmonioso nestes domínios. Os comportamentos de risco na adolescência são por vezes estratégias que os adolescentes adoptam para moldarem a sua identidade, treinar as suas competências de tomada de decisão e avaliarem-se a si próprios, os outros e o mundo. No entanto os adolescentes sobrestimam as suas capacidades para lidar com as novas situações; estes comportamentos ameaçam de uma forma real a sua saúde. Para obterem a aprovação dos pares ou para evitar a sua rejeição, os adolescentes por vezes correm riscos mesmo quando têm consciência de tal. Os comportamentos de risco mais frequentes na adolescência são o consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas, a actividade sexual e a gravidez (American Psychological Association, 2002).

A gravidez ocorre quando os adolescentes sexualmente activos não utilizam ou não utilizam correctamente os métodos de contracepção. Embora nos últimos dez anos tenha aumentado a utilização de contraceptivos (especialmente o preservativo) pelos adolescentes na primeira relação sexual, nas relações seguintes registou-se uma diminuição da sua utilização (Terry e Manlove, 2000). Segundo estes autores, cerca de 24% das adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos referiram que não utilizaram um método de contracepção quando iniciaram a actividade sexual; 31% referiram que não utilizaram um método de contracepção na última vez que tiveram relações sexuais. Assim, um número substancial de adolescentes corre o risco de uma gravidez indesejada.

Como já referimos anteriormente, a gravidez na adolescência representa um risco psicológico, uma vez que coloca desafios adicionais à adolescente. Além do trauma psicológico, a gravidez na adolescência acarreta inúmeros outros riscos e quanto mais jovens são as futuras mães, maiores são esses riscos.

Os factores associados à diminuição do risco de gravidez incluem viver numa família nuclear, pertencer a um nível sócio-económico elevado, acreditar que os pais ou outros adultos significativos apresentam uma elevada expectativa acerca de si e obter bons resultados académicos. Outros factores estão associados com o

aumento do risco de gravidez na adolescência: viver em famílias com baixos rendimentos e em comunidades socialmente desorganizadas. Muitos estudos revelam que as adolescentes apresentam uma maior probabilidade de utilizarem métodos contraceptivos quando acreditam que os pais apoiam este comportamento.

A compreensão da importância da família como factor de mediação no processo de construção da identidade é também fundamental. A maior parte dos estudos que examinam o impacto dos pais e da família na adolescência consideram os factores sociais, tais como o estatuto sócio-económico e os antecedentes familiares no processo de construção da identidade. O ambiente familiar exerce uma importante influência na construção da identidade (American Psychological Association, 2002).

Para Elsen (1994) a família funciona como um sistema interpessoal dinâmico, expressa relações socioculturais e sofre transformações durante o seu desenvolvimento. O significado social da família assenta na função mediadora que exerce entre a sociedade e os seus membros individuais. A família tem uma dupla responsabilidade: dar resposta às necessidades dos seus membros e da sociedade em que coexiste e se desenvolve. Qualquer que seja o conceito de família ou a cultura em que se enquadre, esta tem funções sociais. É na família que se constrói a identidade da pessoa, a consciência sociopolítica e se constituem as bases para a definição das práticas sociais relacionadas com a saúde e a doença.

## OPÇÕES METODOLÓGICAS

A literatura tem salientado a importância da construção de uma identidade do ego estável na adolescência, já que esta é fundamental para a adaptação e o desenvolvimento do indivíduo. Assim, tem sido dada bastante atenção à exploração dos factores que contribuem para o desenvolvimento da identidade do ego.

Particularmente no que se refere ao processo de formação da identidade das grávidas adolescentes, é importante compreender as circunstâncias da vida, as motivações e os acontecimentos que conduzem à gravidez na adolescência, conhecer os factores que podem contribuir para que a adolescente se adapte a esta circunstância particular e atravesse esta fase da vida com sucesso (Kalil e Spindel, 2003).

A revisão da literatura acerca da identidade e da gravidez na adolescência revela a tendência para conduzir estudos quer qualitativos quer quantitativos,

verificando-se uma relativa escassez de desenhos que combinam ambos os métodos. Esta tendência reflecte a situação no que respeita à pesquisa no campo da saúde em geral. O perigo inerente a esta separação das perspectivas de pesquisa é a produção de resultados incompletos relativamente aos problemas estudados.

De facto, Casebeer e Verhoef (1997) referem que historicamente os pesquisadores na área da saúde manifestam alguma dificuldade na combinação dos paradigmas qualitativos e quantitativos nas suas pesquisas.

Para Holman (1993) é indiscutível a necessidade de incorporar o método qualitativo na pesquisa na área da saúde: uma boa pesquisa no campo da saúde reconhece a complementaridade e a interpretação dos métodos qualitativos e quantitativos.

Ao utilizarem opções qualitativas ou quantitativas, os investigadores situam-se em diferentes suposições acerca do mundo e das formas de aprender sobre ele. Estas suposições podem ser consideradas mutuamente e inevitavelmente irreconciliáveis. Muitas vezes, os pesquisadores referem dominar apenas um tipo de método e, portanto, consideram-se *experts* apenas no manuseamento de um dos métodos. Deste facto resulta que as duas abordagens (qualitativa e quantitativa) raramente se combinam e as respectivas vantagens são ignoradas pelos que aderem a cada uma delas.

A dicotomia quantitativo (associado à análise dedutiva e a condições objectivas) versus qualitativo (associado a uma abordagem indutiva com o objectivo de compreender o fenómeno não controlado, no seu contexto natural) continua a constituir uma barreira entre os pesquisadores das diferentes disciplinas analíticas.

Para Casebeer e Verhoef (1997) em vez de ignorar ou de defender um paradigma de pesquisa em particular, é possível e mais educativo considerar os métodos quantitativos e qualitativos como parte de um *continuum* de técnicas de pesquisa, sendo todas apropriadas se estiverem de acordo com o objectivo e natureza da pesquisa. Segundo Guba e Lincoln (1989) os métodos qualitativos e quantitativos podem ser utilizados apropriadamente com qualquer paradigma de pesquisa. Referem ainda que as questões do método são secundárias às questões do paradigma, sendo este definido como um sistema de crenças básicas que orienta o investigador.

É importante reconhecer que ambas as metodologias ocupam um respeitável lugar a nível de saúde e da pesquisa em cuidados de saúde; as técnicas

quantitativas e qualitativas podem e devem coexistir como ferramentas fundamentais a negociar a nível da pesquisa. A noção de encontrar as inter-relações, em vez das diferenças, entre os métodos qualitativos e quantitativos começa a receber mais atenção no contexto da investigação em saúde. Por exemplo, Daly, McDonald e Willis (1992) referem que a pesquisa efectiva na área da saúde não pode ser reduzida à questão da utilização de um método "forte" (normalmente atribuído ao método quantitativo); frequentemente, muitos aspectos importantes em matéria de saúde exigem a utilização de uma grande variedade de métodos.

Casebeer e Verhoef (1997) acreditam que a variedade de questões que emergem da complexidade dos problemas na área dos cuidados de saúde apenas podem ser adequadamente abordados através de uma grande variedade de desenhos de pesquisa e ainda que os responsáveis pela avaliação e pesquisa em cuidados de saúde devem cultivar uma flexibilidade metodológica.

Dentro da discussão do que constitui uma "boa ciência", existe um pequeno mas importante movimento no sentido de uma maior colaboração entre ambos os métodos de pesquisa no campo da investigação em saúde, particularmente no âmbito do nosso estudo. As sugestões positivas para a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas vão emergindo de algumas disciplinas relacionadas com a saúde.

A enfermagem é um dos campos que está a promover uma maior harmonia entre as duas abordagens. A este nível, Corner (1991) sugere que a utilização de diferentes métodos de pesquisa dentro de um único estudo pode fornecer uma maior e mais profunda compreensão da área a ser investigada.

Problematizar a construção da identidade das grávidas adolescentes significa questionar o espaço social através do qual este grupo produz e reproduz determinadas relações e as condições simbólicas e imaginárias que tendem a definir a sua especificidade como pessoa. Por tal motivo, optamos pelo recurso a métodos qualitativos e quantitativos.

O segmento qualitativo do nosso estudo pretendia identificar os temas emergentes das narrativas das adolescentes e das respectivas famílias. Para obter estas narrativas recorreremos à entrevista semi-estruturada. A entrevista representa um método clássico de pesquisa qualitativa uma vez que permite a interacção entre o pesquisador e o participante. Relativamente à entrevista dirigida à adolescente, o guião contemplava um conjunto de questões sobre a sua caracterização, a da

família e a do companheiro; sobre a sua vida sexual e sobre o processo gravídico. Em relação à família, o guião contemplava um conjunto de questões relativas à caracterização da família e às atitudes e reacções face à gravidez da adolescente. Tal como Hall, Stevens e Meleis (1992), também utilizamos as transcrições das narrativas das adolescentes para efectuarmos análise qualitativa. Esta complementaridade dos métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa na área da saúde é muitas vezes considerada uma fonte relevante de dados que ajuda, através da triangulação, a interpretar os resultados da pesquisa (Clark, 2000).

O segmento quantitativo da investigação pretendia identificar o processo de formação da identidade das grávidas adolescentes, tendo em consideração o seu processo de desenvolvimento individual e o seu contexto familiar. Privilegiamos uma *compreensão ecológica* do fenómeno da construção identitária – por tal motivo optamos por utilizar três instrumentos que permitissem recolher dados sobre a identidade, o processo gravídico e o contexto familiar. Recorremos aos seguintes questionários:

- *Questionário da Identidade do Ego*. Balistreri; Busch-Rossnagel e Geisinger (1995) desenvolveram um instrumento de colheita de dados para estudar o processo de construção da identidade. O *Questionário da Identidade do Ego*, contém 32 itens: 16 avaliam a exploração e 16 têm como alvo o investimento. As dimensões de exploração e investimento são determinadas nos domínios ideológicos (escolha ocupacional, preferência política, afiliação religiosa e os valores pessoais) e interpessoais (amizade, namoro, papéis sexuais e família). No âmbito do presente estudo serão avaliadas as propriedades psicométricas da versão portuguesa deste questionário.
- *Questionário de Avaliação da Gravidez*. Para estudar as características específicas à situação de gravidez utilizamos a versão reduzida do *Questionário de Avaliação da Gravidez* de Shaefer e Manheimer (1960) adaptado por Egeland a partir da escala original, para o estudo longitudinal da Universidade de Minnesota e adaptado à população portuguesa por Martins, Jongenelen, Figueiredo e outros (1998). Este questionário é constituído por 37 itens agrupados em seis escalas separadas: “Medos em relação ao self”, “Desejo de gravidez”, “Dependência”, “Medos em relação ao bebé”, “Sentimento maternal” e “Irritabilidade”;



- *Escala do Ambiente Familiar*. Para medir as percepções das dimensões do contexto psicossocial de todos os tipos de família utilizamos a escala desenvolvida por Moos e Moos (1986). O primeiro estudo piloto de adaptação deste instrumento à população portuguesa foi realizado por Santos e Fontaine (1995); posteriormente, Gonçalves (1997) realizou um estudo para adaptação da *Escala do Ambiente Familiar* a uma população portuguesa de adolescentes e jovens. Esta escala, na versão original, é constituída por 90 itens, organizados em 10 subescalas que procuram avaliar três dimensões: dimensão da relação (coesão, expressividade e conflito); dimensão do crescimento pessoal (orientação para o sucesso, orientação intelectual/cultural, orientação para as actividades recreativas, a ênfase moral e religiosa e independência – face às características da população em estudo, apenas consideramos esta última) e dimensão de manutenção do sistema (organização e controle).

Considerando a necessidade de preservar o rigor da pesquisa, foi nosso propósito descrever e justificar tão claramente quanto possível a razão de ser e a pertinência das opções metodológicas.

## O PERCURSO DA TESE

A tese está dividida em três partes. Na primeira parte, tentamos equacionar, a nível teórico, todo um conjunto de informação que se cruza com a identidade da grávida adolescente. Abordamos as temáticas da adolescência, gravidez, e maternidade; abordamos ainda um conjunto de referenciais teóricos e conceptuais relativos à adolescência e família e, finalmente, os que se reportam à identidade e processos identitários. Este enquadramento teórico “situa o estudo no interior de um contexto e dá-lhe uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo” (Fortin, 1999, p. 93). Ainda segundo esta autora, o enquadramento teórico guia a colheita de dados e fornece uma perspectiva para a interpretação dos resultados, uma vez que permite ao investigador perceber os factos num sistema conceptual ordenado.

A segunda parte é dedicada aos enquadramentos e opções metodológicas. Para além dos objectivos centrais da pesquisa, enunciámos as hipóteses e variáveis em estudo, descrevemos a população e a amostra. Propusemo-nos

igualmente publicitar e justificar neste espaço as opções metodológicas e face aos eixos de análise, as técnicas de recolha de dados e as preocupações de ordem ética. Damos ainda conta do processo de investigação e do trabalho de campo.

Na terceira parte da tese apresentamos os resultados. Analisamos e discutimos a caracterização do grupo de grávidas adolescentes e companheiros, a caracterização da família, a percepção da adolescente e da família relativamente ao seu ambiente familiar. Abordam-se as variáveis relacionadas com a gravidez e o processo gravídico, as atitudes pessoais da adolescente face à gravidez, o desejo de gravidez e o medo em relação ao *self*, dependência e irritabilidade, sentimento maternal e medo em relação ao bebé. Debruçamo-nos ainda sobre o processo de formação da identidade da adolescente (estatutos dominantes da identidade, os sentimentos, o processo identitário e o contexto familiar). No último capítulo pretendemos deixar alguns subsídios para a prática de enfermagem. Assim, analisamos as variáveis que nos permitem compreender a experiência de gravidez na adolescência e os sentimentos envolvidos e tentamos delinear algumas respostas a uma questão que qualquer uma das adolescentes da nossa amostra nos podia colocar " ... sou mãe! E agora senhora enfermeira?"

Para promover o processo de construção da identidade da adolescente grávida/mãe, devemos enfatizar a necessidade de convergir para a pessoa, uma pessoa que é mais do que a soma das suas partes, numa visão fenomenológica da sua singularidade e multidimensionalidade (Watson, 1989; Benner e Wrubel, 1989; Parse, 1987).

A conclusão final, num estudo sempre inacabado (como é o caso) além da sistematização no que concerne à teoria e à investigação, evidencia os resultados mais importantes da análise e discussão da pesquisa sobre o processo da construção da identidade das adolescentes grávidas portuguesas aqui apresentada; sugerimos algumas questões ou pistas para investigações futuras.

Na última parte deste estudo estão incluídos os anexos. Remetemos para anexo os instrumentos utilizados na colheita de informação (questionários – *Escala do Ambiente Familiar*, *Questionário da Identidade do Ego* e *Questionário de Avaliação da Gravidez* – e guiões das entrevistas).

PARTE I – ADOLESCÊNCIA, AMBIENTE FAMILIAR E IDENTIDADE

## 1. ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Ao longo do ciclo vital o indivíduo atravessa uma complexa sequência de fases, umas de relativa tranquilidade e outras em que ocorrem e se sentem grandes mudanças. A adolescência é, sem dúvida, a fase em que se operam profundas alterações a nível físico, psicológico, social, cognitivo e moral (Levine, Carey e outros, 1983). É na sua essência um período de movimento e, conseqüentemente, de riscos (Tursz, 1993).

O adolescente sai de um período de rotina familiar, encontra-se em plena transformação e é confrontado com novas perspectivas e realidades. A adopção de comportamentos de risco pode corresponder a uma profunda vontade de renovação, de alternância, a um desejo de autonomia e independência. Pode corresponder também à necessidade do adolescente estabelecer os seus limites e de se conhecer a si próprio. Pode ainda conferir-lhe a oportunidade de verificar o poder que exerce sobre o seu corpo e sobre os objectos que o rodeiam.

Segundo Tursz (1993), os comportamentos de risco, nomeadamente a actividade sexual, são também uma forma de os adolescentes se identificarem com os indivíduos adultos.

O desenvolvimento da sexualidade é frequentemente considerado uma tarefa da adolescência (Levine, Carey e outros, 1983). A sexualidade humana refere-se a algo mais que a capacidade de participar a nível da actividade sexual. Inclui a percepção que o indivíduo tem de si como homem ou mulher na nossa sociedade e a forma como se relaciona com outros homens e mulheres em geral e, particularmente, com uma determinada pessoa. A sexualidade inclui a capacidade do indivíduo estabelecer e manter uma relação íntima, baseada na confiança e doação (Brown e Cromer, 1996).

Tradicionalmente, presume-se que a relação sexual represente o resultado final de uma progressão de comportamentos íntimos à medida que o tempo decorre.

O mundo acelerado do final do século XX e início do século XXI faz com que os adolescentes adoptem fisicamente um estilo de vida adulta sem previamente alcançarem uma maturidade emocional. Os meios de comunicação social propagam por vezes uma atitude de promiscuidade sexual, em que os impulsos são popularizados sem uma sensação concomitante de responsabilidade social ou auto-controle. Os adolescentes são induzidos a menosprezar as

consequências a longo prazo das suas acções imediatas. Este sentimento de invencibilidade atravessa por vezes as suas atitudes relativamente à actividade sexual. O consumo de álcool e drogas durante a actividade de lazer também estimulam os comportamentos de risco (Slupik, 1996).

Uma das consequências negativas da expressão da sexualidade dos adolescentes é a gravidez na adolescência. Esta constitui-se um problema multifacetado, com implicações a nível médico, social, educacional, económico e político a longo prazo (Sweeney, 1996).

Para compreender esta problemática é imprescindível trabalhar conhecimentos em várias áreas, nomeadamente, conceitos e caracterização da adolescência; processos desenvolvimentais; saúde na adolescência, as suas representações e riscos e gravidez e maternidade na adolescência.

## 1.1. ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E CARACTERIZAÇÃO

*Our youth now seem to love luxury. They have bad manners and contempt for authority. They show disrespect for adults and spend their time hanging around places gossiping with one another. They are ready to contradict their parents, monopolize their conversation in company, eat gluttonously, and tyrannize their teachers.*

*(Sócrates. In: Levine, Carey e outros, 1983)*

“Segundo nascimento”, “asas do desejo”, “adeus à infância”, “anos selvagens”, as metáforas são numerosas para referir a adolescência. Este estágio de desenvolvimento, tal como o concebemos hoje, isto é, um grupo social autónomo, com uma especificidade própria e caracterizando um período de vários anos de existência, teria aparecido nos séculos XVIII e XIX. Alguns historiadores referem mesmo que a representação de uma “juventude”, que se constitui como um grupo autónomo, contestatário ou marginal face aos adultos, é ainda mais recente, só tendo sido detectado depois da segunda Guerra Mundial. No entanto, a referência à juventude existe desde a Antiguidade, como podemos constatar pelas observações de Sócrates.

Etimologicamente, o termo adolescência define uma idade que sucede à infância, imediatamente após o início da puberdade (Segalen, 1999). Caracteriza-

se, primeiro, por um período de espera, seguido por um período de mudança e finalmente por um período de descoberta (Braconnier e Marcelli, 2000).

O período de espera corresponde à entrada no período da adolescência, marcado pelo início da puberdade. A grande maioria das crianças é alertada para o seu início e para as transformações que vão ocorrer no seu próprio corpo. Esta espera realiza-se, frequentemente, num clima de desejo e de receio. É o prolongamento da infância que representa, na realidade, o terreno no qual a adolescência vai lançar as suas raízes. O período de mudança começa com as alterações físicas uma vez que, em apenas alguns meses, a criança vê o seu corpo transformar-se de uma forma radical. Mas a mudança também ocorre a nível psicológico. O adolescente sente uma intensa necessidade de romper com os desejos, os ideais, os modelos de identificação e os interesses que o acompanham desde a infância. Deve procurar novas fontes de interesse e de prazer. A mudança ocorre, finalmente, a nível familiar e social. Os pais já não fornecem ao adolescente os modelos, as satisfações, os prazeres, que até então lhe tinham proporcionado. O adolescente sente necessidade de se afastar dos pais, mesmo que à partida se trate de uma distância simbólica.

O período de descoberta surge depois de passado o período de ruptura com a infância, com todas as dificuldades psicológicas e comportamentais que aquela implica. A idade em que termina esta fase de descoberta é evidentemente variável de pessoa para pessoa. No final, predominará um sentimento de satisfação se o indivíduo possuir a sensação de uma descoberta futura no plano individual, afectivo, profissional e social. O jovem adulto rapidamente esquecerá as incertezas, as dúvidas, os momentos de angústia que vivenciou. Este período também pode ser encerrado com um sentimento de decepção.

Espera, mudança e descoberta marcam a adolescência e dão cor às relações emocionais e afectivas que o adolescente estabelece com os seus próximos, os seus amigos, os seus professores, isto é, com os indivíduos que o rodeiam.

Quando se examina a maneira como se desenrola a adolescência nos diferentes países e nas diferentes culturas do nosso planeta, a tese da universalidade e da homogeneidade é posta em causa. É incontestável que as relações entre adolescentes e adultos apresentam características especiais em função dos países, do ambiente cultural, social e económico, da duração da adolescência e dos métodos adoptados para a socialização dos indivíduos

(Segalen, 1999; Braconnier e Marcelli, 2000).

A adolescência é também caracterizada pela presença de ritos de passagem (Segalen, 1999). Com o aparecimento da puberdade, o corpo é colocado perante a emergência de determinados impulsos. Estes exercem uma influência considerável a nível psicológico. Por este motivo, a sociedade sempre se preocupou em organizar ritos de iniciação e outras formas de entrada na vida adulta.

Relativamente aos modos predominantes de socialização, Margaret Mead, em 1947, verificou que entre certos índios do Norte da Califórnia, existia a convicção que a rapariga durante a puberdade trazia grandes perigos para a sociedade. Assim, era-lhe recomendado que se deslocasse o menos possível para que as colheitas não fossem danificadas. Entre os índios da Colômbia Britânica, a rapariga devia realizar, nesse período da sua existência, actos mágicos que condicionariam a sua vida futura como mulher. Nas ilhas Gilbert, no Pacífico Ocidental, a jovem não era considerada perigosa, mas, pelo contrário, em perigo, sendo por isso protegida. Comparando a adolescência em Samoa e em Manaus, Margaret Mead constata que, no primeiro caso, a adolescência se processa sem conflitos, não sendo a menstruação rodeada de ritos. É um período de tranquila maturação. No segundo caso, a adolescência é um período de ansiedade marcada por rituais, tabus e situações conflituosas.

Atendendo ainda aos métodos adoptados na socialização dos adolescentes, certas culturas favorecem a que se realiza no seio do lar parental. É o caso das nossas culturas Ocidentais contemporâneas. Existem outras que impõem a socialização no seio de um outro lar: na tribo dos Gonja, povo do norte do Gana, a partir dos 8 anos, as crianças vão viver em casa do irmão da mãe e de sua esposa quando se trata de rapazes, ou em casa da irmã do pai e do seu marido quando se trata de raparigas. Outras culturas favorecem a socialização dos adolescentes no seio de instituições extrafamiliares: nos Samburu, um dos grupos Masai nómadas do Norte do Quênia, os jovens vivem na periferia da tribo. Outros grupos utilizam o grupo de pares para este fim. Assim, os Muria, no estado de Bastar na Índia, os adolescentes vivem numa camarata colectiva e mista: o Gotul.

Nas sociedades Ocidentais, estes diferentes modos de socialização existem e são utilizados de forma mais ou menos esporádica: estadia de um jovem em casa de um familiar ou num lar. Estaríamos aqui também a relativizar a ideia segundo a qual a adolescência variaria muito em função dos países e das culturas. É certo que

existem variações, mas talvez elas resultem mais da aparente organização social do que das leis próprias desta organização, ou seja, ruptura em relação ao modo de socialização da infância, referência ao grupo, transmissão dos mais velhos (Braconnier e Marcelli, 2000).

Esta questão é particularmente actual em relação aos adolescentes imigrantes. De facto, existe diferença entre os adolescentes que vivem no país de imigração desde o seu nascimento, ou desde o início da infância, e os que deixaram o país de origem na fase inicial ou média da adolescência. Para os primeiros, ou o adolescente está bem integrado no meio social em que vive desde a infância, ou a procura da sua diferença e originalidade leva-o a questionar-se sobre a sua origem. Para os segundos, a situação é diferente, depende do motivo que o trouxe ao país de acolhimento. Se a vinda for desejada, a passagem da cultura de origem para o novo meio social será certamente para o adolescente uma fonte de dificuldades, mas as diferenças e os eventuais conflitos culturais serão vividos de uma forma dinâmica e positiva. Contrariamente, se esta vinda for forçada por razões familiares ou materiais, o biculturalismo pode tornar-se um ponto de fixação penoso, tornando muito conflituosas as relações do adolescente com a sua família e com o meio social envolvente (Braconnier e Marcelli, 2000).

O jovem pode apreender o novo espaço para onde foi levado como um espaço amputado, uma redução do seu campo potencial. Arrisca-se então a uma projecção persecutória sobre o espaço presente, que se traduz pela hostilidade em relação ao novo país, ou até uma forma de racismo, por vezes reforçado pelo ambiente. Arrisca-se igualmente a atribuir as suas dificuldades às novas condições socioculturais e a idealizar o espaço perdido (lugar de origem, lugar de filiação e lugar de ligação às raízes e à segurança).

Em relação ao meio social, o estatuto de um aluno do ensino secundário ou de um jovem estudante da cidade tem pouco em comum com o de um jovem estudante em meio rural ou de um jovem que já não frequenta a escola e que reside numa zona desfavorecida. Também é por vezes difícil comparar um jovem que viveu sempre num meio familiar atento e socialmente favorecido com um adolescente da mesma idade que, devido a carências familiares de várias ordens, conheceu múltiplas situações. Vários estudos mostraram que as atitudes críticas e contestatórias, as relações com a família e com os outros significativos e as relações com o mundo variavam consoante as categorias e os meios sociais dos jovens. No entanto, existem determinadas características que definem os adolescentes no seu conjunto, qualquer que seja o estatuto sócio-económico a que



pertençam.

Nesta etapa é também relevante o papel desempenhado pelo grupo de pares. A participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade é comum e, segundo Braconnier e Marcelli (2000), é absolutamente necessária. Esta necessidade deve-se a razões educativas, sociais e a motivações pessoais. O grupo permite a troca de informações colhidas no círculo familiar ou em actividades de tempos livres.

O grupo de pares é indispensável ao adolescente, mas, simultaneamente, interpõe uma certa distância em relação aos pais e pode ser também responsável pela adopção de determinados comportamentos de risco. No entanto os autores atrás referidos, consideram que pertencer a um grupo de pares ou, pelo menos, possuir um(a) amigo(a), é uma necessidade inerente ao desenvolvimento na adolescência. Nesta idade estar isolado, recusar ou fugir de qualquer relação extra-escolar com o grupo de pares, revela uma inibição e uma timidez que pode comprometer o desenvolvimento posterior.

Segundo Braconnier e Marcelli (2000), o adolescente de hoje é também um ser de paradoxos: quer ser autónomo, mas solicita a ajuda dos pais para os actos mais simples da vida quotidiana; enuncia verdades absolutas e ao mesmo tempo desconfia profundamente de si próprio, do seu corpo e dos outros; enquanto o seu pensamento se abre para os campos do possível e do infinito das hipóteses, o seu corpo adquire características bem definidas; é muitas vezes bastante altruísta e, simultaneamente, pode revelar-se muitíssimo egoísta; não deixa de se afirmar profundamente individualista, ao mesmo tempo que se funde num grupo ou numa moda, o que torna difícil distingui-lo dos seus pares.

As manifestações frequentemente bruscas, inconstantes e por vezes extremas que os adolescentes revelam no seu comportamento individual e social, a incerteza mas simultaneamente a abertura deste período de vida, levaram numerosos especialistas a descreverem a adolescência como um tempo de crise.

Aparentemente a noção de "crise" corresponde à procura de autonomia e de independência que é própria dos adolescentes. A busca de originalidade atinge por vezes a extravagância e a provocação. Do ponto de vista psicológico, o aumento dos impulsos, as modificações corporais, as reorganizações defensivas, os novos sistemas de idealização, a procura de identificação e as novas formas de adesão ao grupo caracterizam a adolescência.

A actual evolução social, com as suas repercussões na organização da

família vão influenciar a expressão desta crise da adolescência. Assistimos hoje a uma globalização da juventude, globalização da sua autonomia, das suas exigências em termos de referências e de sentidos, face a um mundo de adultos preocupados com a globalização da economia e dos capitais (Braconnier e Marcelli, 2000).

A duração da adolescência também mudou, tendo-se claramente alongado nos últimos 30 anos. A puberdade surge cada vez mais cedo: 12,5 anos nos países ocidentais em 1996, contra 14,5 anos em 1960 e 16,5 anos em 1850. Verifica-se cada vez mais o aumento do número de casos de puberdade precoces, que surgem a partir dos 8 anos nas raparigas e dos 10 anos nos rapazes (Braconnier e Marcelli, 2000).

Mas as mudanças não se registam apenas a nível físico; a precocidade também se refere aos aspectos afectivos, relacionais e intelectuais. Os comportamentos típicos da adolescência, muitas vezes marcados por atitudes paradoxais, surgiam há 20 anos por volta dos 14 anos. Esses mesmos comportamentos vêm-se agora em crianças de 10, 12 anos (Braconnier e Marcelli, 2000).

Pelo contrário, a transição da adolescência para a idade adulta prolonga-se e estas duas fases tornam-se assim cada vez mais indefinidas. Um estudo referido por Braconnier e Marcelli (2000), sobre os 80 milhões de jovens europeus, de 15 a 29 anos de idade, mostra que estes atrasam ou vêm ser-lhes recusada a passagem da escola para a vida activa. Em 1987, 50% dos jovens de 18 anos trabalhavam ou estavam à procura do primeiro emprego; em 1995 apenas 41% dos jovens se encontravam nesta situação. Outro sinal deste alongamento é a idade média com que os indivíduos contraem matrimónio: em 1995, a idade era de 32 anos para os homens e de 29,6 anos para as mulheres; em 1980 era, respectivamente, de 28,4 e de 26,1 anos.

Assim, as transformações da puberdade, as suas consequências psicossociais são tais que o funcionamento psíquico do adolescente é influenciado por estas novas conjunturas o que implica que o adolescente não continue a ser e a funcionar como anteriormente.

Mesmo que aparentemente não se tenham registado mudanças, este estado é por si mesmo uma mudança já que corresponde a uma rejeição activa destes novos acontecimentos. O equilíbrio afectivo e relacional é diferente do existente antes do início da puberdade. Existe crise porque os dados presentes induzem a

mudança no adolescente de forma mais ou menos rápida, mais ou menos importante, mas de tal forma que a mutação é inevitável.

Simultaneamente fase etária e realidade social, a adolescência ocupa uma função charneira (Braconnier e Marcelli, 2000; Segalen, 1999), cuja importância tem tendência a aumentar. Segundo Braconnier e Marcelli (2000) as razões que concorrem para esta evolução são as seguintes:

- Razões fisiológicas: desde o final do século XIX que o processo da puberdade se desencadeia cada vez mais precocemente. Colectivamente, os indivíduos são confrontados com o início da puberdade numa idade ainda mais precoce que outrora;
- Razões educativas: não é provável que a duração dos estudos diminua nos próximos anos e, certamente, um número cada vez maior de jovens terá acesso a estudos prolongados. Os jovens ficam assim submetidos a uma situação que não lhes permite a independência económica;
- Razões sociais: a crise económica que atravessamos e o desemprego que origina estão longe de desaparecer e atingem especialmente os jovens. Entre o fim do curso e o primeiro emprego, o tempo que decorre é cada vez mais longo. Estágios, pequenos empregos, emprego a tempo parcial e com duração determinada são situações cuja instabilidade e precariedade representam a face social do que o indivíduo sente interiormente;
- Razões tecnológicas: numerosas invenções, tecnologias recentes parecem ter desempenhado um importante papel no próprio fenómeno da adolescência. Nos anos sessenta, o aparecimento do transistor cimentou uma cultura jovem à volta de certas emissões destinadas a um público adolescente. Actualmente, outras invenções, entre as quais a internet, provêm do mesmo espírito;
- Razões ecológicas: em numerosos países, a crescente urbanização e a existência de zonas suburbanas onde se concentram um grande número de jovens favorecem a formação de grupos. O mimetismo e a identificação recíproca com base no grupo de idades encontram-se ampliados por estes fenómenos;
- Razões culturais: a mudança tornou-se um dos valores chave da nossa sociedade. Representa uma das características dos adolescentes. Assim, pelas suas próprias características, a adolescência tornou-se

actualmente um modelo para os mais velhos;

- Razões filogenéticas: numerosos estudiosos consideram que o êxito alcançado pela espécie humana se deve ao prolongamento da adolescência, isto é, o atraso na transição para a idade adulta, permite ao indivíduo conservar durante mais tempo a sua capacidade de evolução, de mudança e de adaptação.

## 1.2. PROCESSOS DESENVOLVIMENTAIS

Como já referimos anteriormente, durante a adolescência os indivíduos registam um crescimento físico, psicológico, cognitivo e moral (Levine, Carey e outros, 1983). Provavelmente, as mudanças físicas, que ocorrem com o início da puberdade, constituem as modificações mais evidentes da adolescência. No entanto, importantes mudanças a nível psicológico, cognitivo e de personalidade são concomitantes a estes sinais de crescimento físico. Finalmente, todas estas alterações influenciam a percepção e o comportamento da sociedade face ao ser emergente.

Se o início da adolescência é fácil de fixar, na medida em que encontra, com as primeiras manifestações da puberdade, uma ancoragem no corpo (Tursz, 1993), parece-nos pertinente começar por abordar as mudanças físicas que ocorrem durante a adolescência e, seguidamente, descreveremos as várias perspectivas sobre o desenvolvimento dos adolescentes a nível psicológico, social, cognitivo e moral.

### Crescimento na adolescência

A adolescência começa e progride ao longo de uma ampla faixa de idades cronológicas e difere nos dois sexos. Daí, que as tentativas para caracterizar cronologicamente as mudanças que ocorrem na adolescência se tornam problemáticas, em termos de limites (Tursz, 1993; Beharman, 1992; Levine, Carey e outros, 1983).

O processo de organização mais importante desta fase é o desenvolvimento da maturidade sexual. Assim, convém definir os períodos inicial, intermédio e final da adolescência em termos de correspondência com os estádios de desenvolvimento puberal. Estes estádios são definidos através do desenvolvimento

dos caracteres sexuais primários e secundários (pêlos púbicos e seios nas raparigas, órgãos genitais e pêlos púbicos nos rapazes (Behrman, 1992).

O período inicial da adolescência corresponde ao primeiro estágio da puberdade (estádio 2 de Tanner) que, normalmente, varia em idade de início (10-13 anos nas meninas e 10.5-14 anos nos rapazes). A idade de início do período intermédio (estádio 3 e 4 de Tanner), varia entre os 12.5 e os 15 anos nos rapazes e entre os 12 e os 14 anos nas meninas. O período final da adolescência (estádio 5 de Tanner) tem início, normalmente, aos 14-16 anos nos rapazes e aos 14-17 nas raparigas. O fim das mudanças que caracterizam o último estágio da adolescência determina a passagem à idade adulta, que ocorre entre os 17 e os 21 anos de idade.

#### PERÍODO INICIAL DA ADOLESCÊNCIA

O primeiro estágio da puberdade caracteriza-se por um aumento da secreção das gonadotropinas hipofisárias e das hormonas de crescimento, durante o sono. Nos estádios iniciais da maturação puberal (final do estágio 1 e início do estágio 2 de Tanner), os aumentos de peso e estatura diferem pouco dos atingidos nos anos anteriores, respectivamente 2 Kg e 6-8 cm por ano.

Nas raparigas, um aumento do teor da gordura corporal acompanha cada estágio do desenvolvimento puberal. O desenvolvimento dos seios resulta da estimulação por estrogénios ovarianos, secretados em resposta à hormona folículo estimulante (FSH). Outros efeitos da produção ovariana de estrogénios incluem o espessamento da mucosa vaginal, o aumento da pigmentação e da vascularização dos grandes lábios e o aumento do clítoris e do útero.

Os rapazes, durante a puberdade, tornam-se mais musculados em vez de mais gordos, embora ocorra apenas um pequeno aumento de tecido muscular entre o estágio 1 e 2 de Tanner. O crescimento dos testículos, no estágio 2 de Tanner, resulta de um aumento de tamanho dos túbulos seminíferos e do número de células de Leydig e Sertoli; a secreção de testosterona é responsável pelo aumento do epidídimo, vesículas seminais e próstata. O epidídimo cresce proporcionalmente menos que os testículos. Concomitantemente com o adelgaçamento e hipervascularização do escroto. Este último toma a configuração adulta, com a parte proximal mais estreita e o testículo esquerdo mais baixo que o direito. O crescimento do pénis começa pouco tempo depois; permanece mais fino em relação ao seu comprimento até uma fase mais avançada da puberdade, quando a

aceleração do crescimento dos corpos cavernosos do pénis sobre os da uretra produz o diâmetro adulto.

Em cerca de 30-50% dos rapazes, durante o período pubertário, ocorre um certo crescimento mamário.

Além da secreção de testosterona nos rapazes, há um aumento da concentração de androgénios supra-renais em ambos os sexos que são responsáveis pelo início do crescimento dos pêlos púbicos e axilares. A distribuição e densidade dos pêlos púbicos seguem um padrão previsível e representam um índice confiável da progressão puberal, juntamente com o desenvolvimento dos seios nas raparigas e o desenvolvimento da genitália nos rapazes. Outro efeito dos androgénios é o aumento de tamanho e das secreções dos folículos sebáceos.

Durante a puberdade ocorrem importantes alterações a nível funcional e estrutural. A ejaculação ocorre geralmente um ano após o início do crescimento testicular, na altura em que aparecem os pêlos púbicos.

#### PERÍODO INTERMÉDIO DA ADOLESCÊNCIA

Este é um período de crescimento e de mudanças mais acentuadas. Há uma aceleração do aumento de peso, do crescimento linear e do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Durante o surto de crescimento que ocorre neste período, cerca dos 12 anos nas raparigas, estas atingem em média um aumento de estatura de 8 cm/ano. Nos rapazes, o surto de crescimento ocorre cerca dos 14 anos; estes crescem aproximadamente 10 cm por ano. Há um padrão ordenado de progressão do crescimento esquelético das partes distais para as proximais do corpo, começando com o crescimento dos pés. Nos membros superiores ocorre um padrão de crescimento semelhante. A aceleração máxima do crescimento do comprimento dos membros inferiores é seguida pela do tórax e quadris, aproximadamente 4 meses depois. O alongamento do tronco e o aumento do diâmetro antero-posterior do tórax são as últimas manifestações do surto de crescimento puberal.

Nas raparigas, nesta fase da adolescência, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários envolve o aumento dos seios e aréolas. Os pêlos púbicos escurecem, engrossam e estendem-se proximal e lateralmente para cobrir o monte púbico. O acontecimento mais importante na puberdade feminina é a menarca. O início desta é influenciado por factores genéticos, pelo estado

nutricional e pela presença de qualquer doença crónica.

No rapaz o pénis alonga-se e alarga, os testículos crescem e o escroto torna-se mais pigmentado. Os pêlos faciais surgem primeiro nos ângulos do lábio superior e estendem-se medialmente. Ao mesmo tempo que aparecem os pêlos axilares surge o odor corporal, que resulta da estimulação androgénica das glândulas sudoríparas apócrinas.

É também durante este período da adolescência que muitos rapazes manifestam ginecomastia que pode ser uni ou bilateral e persistir até 18 meses depois do seu início.

### PERÍODO FINAL DA ADOLESCÊNCIA

É durante esta fase que o corpo se aproxima das proporções e do tamanho do adulto jovem. Após o surto de crescimento que tem lugar no período anterior ocorre um pequeno crescimento linear. As epífises remanescentes, como as do fémur, úmero e junção esternoclavicular, fundem-se, às vezes somente no início da terceira década da vida. O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários completa-se com a extensão dos pêlos púbicos para a face média das coxas em ambos os sexos, a obtenção da genitália adulta, a capacidade reprodutiva no homem e a configuração adulta dos seios na mulher (estádio 5 de Tanner). No homem os pêlos faciais estendem-se até ao queixo e por último aparecem os pêlos torácicos. O engrossamento da voz completa-se à medida que a testosterona estimula o crescimento das cartilagens tiróide e cricóide e os músculos laringeos.

A transição para a idade adulta só está completa quando o indivíduo apresenta uma maturação física e intelectual, que lhe permite construir a sua identidade e responder aos conflitos internos e externos com um sistema de valores realista e consistente.

Passaremos então a abordar algumas teorias sobre o desenvolvimento dos adolescentes.

Existem diversas perspectivas que se debruçam sobre o desenvolvimento do adolescente. A teoria psicanalítica incide a sua atenção nas dimensões das modificações internas; a teoria psicossocial considera a interacção dos indivíduos com o seu meio ambiente; a teoria cognitiva estuda a forma como a informação é mentalmente representada e processada, na medida em que a sua validade nos é dada através de sistemas complexos que interpretam a informação sensorial; a

teoria sociocultural considera a organização das sociedades e as expectativas destas quanto ao comportamento dos seus membros e finalmente a teoria sobre o desenvolvimento moral estuda a forma como as transformações que ocorrem durante a adolescência influenciam o processo de formação dos sistemas de valores.

### Perspectiva psicanalítica

As teorias psicanalíticas defendem que a actividade mental dos indivíduos sofre alterações à medida que estes se deparam quer com barreiras quer com os recursos do seu meio ambiente social. Estas teorias focam o desenvolvimento emocional e social dos indivíduos. A sua maior contribuição foi a de considerar importante o papel da motivação, das emoções e das fantasias no comportamento humano.

Outra contribuição importante desta perspectiva é a ênfase colocada na necessidade de compreender os antecedentes pessoais dos indivíduos, especialmente as interacções intra-familiares, com o objectivo de perceber o seu comportamento actual. Esta ênfase é especialmente relevante para o adolescente. Freud é geralmente reconhecido como precursor do modelo psicanalítico.

### DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL: SIGMUND FREUD

Freud realça várias fases de evolução psicossocial, distinguindo os estádios uns dos outros, pelo seu carácter dominante. No entanto, na teoria de Freud, não há a preocupação de definir a noção de estágio, embora esta esteja implícita. Na verdade a noção de estágio freudiano implica uma mobilidade ilimitada, e depende do funcionamento patológico do aparelho psíquico.

O desenvolvimento e as fases do desenvolvimento são condicionados, segundo Freud, por uma filogenia que é transmitida abreviadamente pela hereditariedade, e por uma ontogenia que é em parte hereditária e em parte condicionada por interacções com o meio ambiente.

Freud, em contraste com outros investigadores, não considera que o desenvolvimento alcance jamais uma estabilização definitiva. A estabilização é apenas relativa. Sob a influência de forças endógenas que não se harmonizam entre si, quer sob acção da realidade exterior, manifestam-se fixações ou regressões.



Além da afirmação de uma estabilização do desenvolvimento nunca conseguida a cem por cento, outras características da teoria psicanalítica do desenvolvimento são as seguintes:

- Importância concedida à história anterior do indivíduo, como experiência vivida que se inscreve no psiquismo e determina a estrutura deste.
- Importância de certas épocas que são mais determinantes que outras: relações precoces criança-mãe, conflitos afetivos e sexuais da infância, etc.
- Aproveitamento da teoria e observações sobre desenvolvimento para tratamento das neuroses e desvios sexuais, vistos como fenômenos de fixação e regressão.
- Aproveitamento das teorias de desenvolvimento infantil para tratamento precoce das crianças perturbadas e das psicoses, sendo estas consideradas como continuação de um desenvolvimento anômalo desde os primeiros estádios.

### ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO

Segundo a teoria psicanalítica, o desenvolvimento da personalidade ocorre numa sequência de estádios. Freud descreve esta sequência como um produto da mudança do foco dos impulsos sexuais em várias zonas do corpo. Os estádios psicosexuais incluem o oral, o anal, o fálico, o de latência e o genital. Em cada estágio de desenvolvimento emergem novas formas de prazer sexual e novas maneiras de interação social.

O estágio oral ocorre no primeiro ano de vida. A boca é o local de gratificação sexual. Os bebês utilizam a boca para explorar o meio, para expressar tensão e para experimentar prazer. Freud pensa que neste estágio, o ego não está bem desenvolvido.

O estágio anal começa durante o segundo ano de vida. Durante este período, o ânus constitui a parte do corpo mais sexualizada. Com o desenvolvimento dos esfíncteres, a criança aprende a expelir ou a reter as fezes. Aprender a controlar os esfíncteres torna-se uma fonte de gratificação.

O estágio fálico começa durante o terceiro ano e termina pelos 6-7 anos. É um período de grande sensibilidade genital na ausência de mudanças hormonais

que acompanham a puberdade. Freud descreve o comportamento das crianças neste estágio como bissexual. Este é o estágio em que ocorre o complexo de *Édipo* nos rapazes e o complexo de *Electra* nas raparigas. De acordo com Freud, as crianças sentem uma forte atracção pelos pais do sexo oposto, e sentimentos bastante hostis e de competição com os pais do mesmo sexo. Através do processo de identificação com os pais do mesmo sexo, estes impulsos inaceitáveis são dominados e conduzidos para o inconsciente.

O conceito de identificação é importante para perceber o processo de socialização. Através da identificação a criança incorpora as características e os valores de outra pessoa com a qual possui um determinado envolvimento. Trata-se de um processo mais envolvente que a imitação, dado que esta é simplesmente uma harmonização de comportamento com o do modelo. A identificação pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento. A criança começa por se identificar com os pais e com outros membros importantes da família. Os adolescentes podem identificar-se com o grupo de pares, com os professores, assim como com heróis culturais. O processo de identificação contribui para a incorporação de novos conteúdos no *superego*. Introduce novas proibições face a comportamentos indesejáveis e novos valores que vão modelar o *ego* ideal.

Freud sugere que quando o complexo de *Édipo* ou de *Electra* está resolvido, as crianças entram num período de latência. Durante este estágio, entre os 7 anos e a puberdade, não surgem novos conflitos significativos. A energia sexual não é investida em nenhuma outra parte do corpo. É durante este período que o *superego* emerge.

Freud descreve a fase final do desenvolvimento da personalidade como o estágio genital. Durante este estágio os indivíduos dirigem os impulsos sexuais para uma pessoa do sexo oposto. A adolescência volta a despertar do conflito de *Édipo* ou de *Electra*.

A tensão do adolescente resulta da ameaça que este constitui, em termos sexuais, para a unidade familiar. O tabu de incesto aparece quando o adolescente, que atingiu a sua maturidade sexual, vive em contacto físico estreito com os seus pais, sexualmente activos. Numa tentativa para evitar esta ameaça, os adolescentes podem afastar-se da família ou desvalorizar temporariamente os seus pais. A partir do momento em que os adolescentes desenvolvem um relacionamento com o grupo de pares, que inclua uma componente sexual, a ameaça da intimidade entre o jovem e os seus pais diminui. No final da

adolescência, torna-se possível um relacionamento mais autónomo dos jovens com os seus pais.

### IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Face ao ressurgimento do conflito edipiano o adolescente afasta-se dos pais. Vive então o "luto", como forma de aceitar a perda de objectos da infância. Cordeiro (1979) considera a adolescência como uma sucessão de fases organizadoras sendo o luto dos imagos parentais e a escolha do objecto heterossexual os verdadeiros estados organizadores essenciais para o desenvolvimento psíquico normal do adolescente.

As tendências próprias da situação edipiana que se mantiveram recalçadas no período de latência, descompensam agora na pré-puberdade originando com que o *ego* apresente as dificuldades inerentes à busca de equilíbrio. Nessas dificuldades desempenham papel fundamental os mecanismos de defesa descritos por Anna Freud que tiveram a ver com o ascetismo e com a intelectualização do período de latência, pondo agora em confronto o *ego* e o *superego* na tentativa de separação face às figuras parentais. Durante a adolescência verifica-se de novo a não permanência do *ego* como "forma de estar" tranquila, já que entra em diálogo permanente, por vezes conflituoso, com o *id* e o *superego*. O adolescente vive assim um conflito com duas possíveis saídas: ou vence o *id*, ocorrendo uma profunda modificação no carácter do indivíduo ou vence o *ego* e o carácter do indivíduo torna-se definitivo delimitando as pulsões às imposições do eu.

Freud acredita que os conflitos psicológicos que ocorrem na adolescência resultam da não satisfação de determinados desejos ou da sua não expressão durante a infância. Em qualquer estágio da infância, os impulsos sexuais podem ser frustrados e o indivíduo pode continuar a procurar satisfazer os seus desejos nos estádios posteriores.

Freud utiliza o termo fixação para se referir à contínua procura de prazer ou à redução de comportamentos ansiosos próprios de estádios de desenvolvimento anteriores. Dado que nenhum indivíduo pode satisfazer todos os seus desejos em todos os estádios, o desenvolvimento normal depende da habilidade de cada um para canalizar a energia dos seus desejos em actividades que simbolizem os desejos ou que estes sejam expressos de uma forma socialmente aceitável. Este processo denomina-se sublimação.

### Perspectiva psicossocial

A teoria psicossocial baseia-se, essencialmente, em duas premissas (Newman e Newman, 1986).

A primeira premissa refere que o indivíduo em todas as fases do seu ciclo vital tem capacidade para influenciar o seu próprio desenvolvimento psicológico. Os indivíduos não são apenas constituídos por forças biológicas ou ambientais: integram, organizam e conceptualizam as suas próprias experiências de forma a protegerem-se e a conduzirem o curso do seu próprio desenvolvimento.

A segunda premissa refere que os grupos sociais têm um papel activo na condução do desenvolvimento individual. Em cada estágio do ciclo vital, as aspirações culturais, as expectativas e as oportunidades afectam o desenvolvimento individual. A teoria psicossocial reconhece que a sociedade encoraja os padrões de parentesco, proporciona oportunidades em termos educacionais e transmite valores e atitudes relacionados com determinados aspectos tais como a sexualidade, a intimidade e o trabalho. Estes padrões desenvolvem-se para preservar e proteger a cultura, eles são interiorizados pelos indivíduos e determinam a natureza do desenvolvimento humano na sociedade. Um dos percursos desta perspectiva foi Erik Erickson.

#### CRISE PSICOSSOCIAL E ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO: ERIK ERIKSON

Para Erikson, o desenvolvimento ocorre em oito estádios da infância até à idade adulta avançada. Em cada estágio emergem novas competências pessoais de acordo com o contexto em que o indivíduo se insere ou com as expectativas sociais

Erikson (1976), apresenta um esquema de desenvolvimento (Quadro 1) numa sequência fixa de oito estádios, cada um correspondendo a um determinado período cronológico e envolvendo a aquisição de um estilo consistente de organização da experiência, de reestruturação da identidade e de incorporação de novos papéis oferecidos pela sociedade desde a infância até à idade adulta tardia. Cada um destes estádios é caracterizado por um conflito particular em que o indivíduo desenvolve atitudes básicas que contribuem para o seu desenvolvimento psicossocial. Estas atitudes surgem em cada estágio como orientações polares, isto é, o indivíduo pode emergir de cada um deles com um sentido de si próprio reforçado ou debilitado.

Estas orientações polares são conflitos nucleares (momentos de crise) e de ressíntese activa do eu em que o indivíduo está perante soluções contraditórias que implicam uma tomada de decisão. Não significam que uma exclui a outra, mas que em cada estágio se verifica uma dialéctica entre ambas (Costa, 1990).

Quadro 1 - Crises psicossociais nos oito estádios de vida

<b>Estádio</b>	<b>Crise psicossocial</b>
Infância	Confiança/Desconfiança
Infância inicial	Autonomia/Vergonha e Dúvida
Idade pré-escolar	Iniciativa/Culpa
Idade escolar	Indústria/Inferioridade
Adolescência	Identidade/Confusão de Identidade
Adulto jovem	Intimidade/Isolamento
Adulto	Generatividade/Estagnação
Idade adulta tardia	Integridade/Desesperança

Fonte: Adaptado de Newman e Newman (1986)

Como já referimos, para Erikson a ordem dos estádios é fixa mas a emergência de um estágio é independente da resolução com sucesso do estágio anterior e a maneira como o indivíduo resolve uma crise influencia a sua capacidade de resolver as crises posteriores. Em contraste com a teoria psicanalítica, Erikson argumenta que as mudanças e as oportunidades que permitem o crescimento ocorrem em todas as fases do ciclo vital:

- **Confiança/desconfiança.** O primeiro estágio tem como requisito a aquisição de confiança em oposição à desconfiança. Ao longo do primeiro ano de vida, a relação criança/adulto facilita ou não o desenvolvimento de segurança em relação a si próprio e ao mundo. Através da coordenação da interacção mãe/criança, desenvolve-se um sentido rudimentar da identidade do eu. É também através da mãe que a criança tem o primeiro encontro com a cultura, ou seja, com as normas educacionais subjacentes a essa cultura e que estão presentes no comportamento da mãe.
- **Autonomia/vergonha e dúvida.** A criança cresce, começa a explorar o seu mundo de forma progressiva, aprende a dominar o seu corpo e a explorá-lo sem medo. Um controle externo muito rígido e precoce não facilita um sentimento de auto domínio, e conduz ao aparecimento de uma sensação

de dúvida e de vergonha. A crise, autonomia/vergonha-dúvida depende necessariamente da confiança desenvolvida e dos estímulos que o meio fornece à criança para ela se tornar independente.

- Iniciativa/culpa. Consciente da sua independência, a criança tenta imitar os adultos, a sua curiosidade aumenta, surgem uma série de preocupações e interesses por questões sexuais, a fase edipiana estabelece directrizes no sentido do possível. O sucesso neste terceiro estágio é fulcral para o desenvolvimento da identidade na medida em que o indivíduo sente sem culpabilidade que pode ser o que imaginar ser. O equilíbrio óptimo entre os sentimentos de iniciativa e de culpabilidade é estabelecido pela consciência dos limites impostos pela cultura inerente ao meio social em que vive.
- Indústria/inferioridade. Neste estágio a criança desenvolve as suas capacidades no seio da instituição escolar, o que implica uma avaliação de si como pessoa trabalhadora. Quando confrontada com a aprendizagem, a criança sente que é competente. Sem iniciativa, autonomia e confiança no meio, ela não é capaz de produzir com perseverança, de auto reconhecer as suas capacidades e de se fazer reconhecer pelos outros. O grande problema neste estágio é o desenvolvimento de um sentimento de inferioridade que pode estar relacionado com o insucesso na resolução das tarefas anteriores. O reconhecimento progressivo das suas capacidades e potencialidades são a base para o desenvolvimento de uma identidade profissional. O sentimento de incapacidade não permite traçar objectivos de vida que surgem *a priori* como impossíveis. Contudo, o sentimento de que podemos fazer tudo o que queremos, isto é, a ausência da consciência das limitações pode também levar a outro tipo de incapacidade de realização.
- Identidade pessoal/confusão de identidade. Neste processo cumulativo de aquisição de competências, estas funcionam como peças que contribuem para a transformação da identidade. O adolescente necessita agora de uma moratória que lhe faculte a integração dos elementos da identidade já adquiridos. É a recapitulação e a redefinição desses elementos que caracteriza a crise da adolescência (Costa, 1990). Quando a procura de confiança em si e nos outros é ainda importante, o adolescente tem necessidade de procurar elementos que proporcionem essa confiança. Se ele já tiver estabelecido nele a necessidade de uma definição de si pelo

que pode ser e querer livremente, irá procurar condições e oportunidades para tomar decisões que vão no sentido dessa definição. Por outro lado, os vários agentes sociais pressionam o adolescente para essas tomadas de decisão, especialmente nas áreas escolares e profissionais. É a convergência das mudanças internas e das exigências externas que define a tarefa psicossocial de aquisição da identidade. O indivíduo adquire um sentido subjectivo de si que permite reconhecer-se no presente, no passado e no futuro. A identidade é também um fenómeno interpessoal, já que se baseia na forma como os outros percebem o indivíduo e o avaliam. Quando o adolescente não adquire uma identidade satisfatória, permanece num estado de confusão identitária. Neste caso, não está apto para gerir a convergência de múltiplas identificações, aspirações e papéis; os indivíduos apresentam um medo persistente de perder o domínio de si próprios e do futuro (Newman e Newman, 1986).

- Intimidade/isolamento. É do desenvolvimento da identidade que emerge a competência do indivíduo para estabelecer relações caracterizadas pela capacidade de partilha e colaboração. A intimidade é para Erikson muito mais do que a capacidade de realização sexual. Quando o jovem não é capaz de estabelecer relações íntimas com outros, as suas relações tenderão a ser estereotipadas com um profundo sentimento de isolamento. As relações na adolescência têm apenas a função de auto definição e não de intimidade. Muitas relações e mesmo casamentos funcionam quer como uma forma de separação das figuras parentais, quer para resolver a sua identidade através do seu companheiro (Newman e Newman, 1986).
- Generatividade/estagnação. O adulto é caracterizado pela necessidade de dar e ensinar. O sétimo estágio é definido pela necessidade do indivíduo orientar a geração seguinte, de investir na sociedade em que está inserido. A estagnação surge quando o indivíduo se focaliza apenas em si próprio.
- Integridade/desespero. No último estágio, o indivíduo tem necessidade de interioridade, de integrar as imagens do passado através da aceitação do sentido vital, aumentando a sua capacidade de compreender os outros. No entanto, a sociedade não facilita este período e, muitas vezes, a confrontação com a diminuição de poderes físicos, sociais e cognitivos leva o indivíduo não à integridade, mas ao desespero. Este exprime a sensação de que resta já muito pouco tempo para começar de novo e experimentar caminhos alternativos para a integridade.

## IMPLICAÇÕES DA TEORIA PSICOSSOCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Na teoria defendida por Erikson, a adolescência desempenha um papel importante já que influencia as fases posteriores do ciclo vital. Erikson considera este período um espaço de pesquisa, de experimentação e introspecção através das quais se desenvolve a identidade pessoal. Denomina este período de moratória psicossocial; trata-se de um período de experimentação livre antes da construção da identidade final.

A identidade pessoal é definida como a integração criativa das identificações do passado, das competências do presente e das aspirações do futuro (Newman e Newman, 1986). Os vários papéis que o adolescente desempenha, incluindo o de filho (a), irmão (ã), estudante, trabalhador (a),... contribuem para a definição de si próprio e dos outros. De acordo com Erikson, a identidade pessoal é mais do que a soma das suas partes. É uma nova estrutura do Eu que capacita o indivíduo para tomar decisões e mudar a sua vida adulta.

Nem todos os adolescentes alcançam uma identidade pessoal satisfatória. Segundo Erikson, a construção da identidade pode ser interrompida por três tipos de acontecimentos:

- Quando o jovem resolve a questão da identidade pessoal sem sentir necessidade de explorar, questionar ou experimentar, quer porque os objectivos, as crenças, os valores já estão definidos por outros e são aceites incondicionalmente, quer por falta de estímulos que permitam encontrar outros. A conclusão do processo de construção da identidade sem passar por uma crise denomina-se por identidade outorgada.
- Quando o jovem percebe que é desvalorizado ou rejeitado pela cultura dominante, pode desenvolver uma identidade baseada nas características que se opõem a essa cultura. O jovem esforça-se por se tornar o membro mais inflexível do seu grupo. Este acontecimento que interrompe a construção da identidade pessoal denomina-se "*identidade negativa*".
- Quando os jovens são incapazes de integrar os vários papéis que desempenham: quando estão com os seus pais eles desempenham o papel subordinado de filho; com o seu grupo de pares, podem sentir-se autónomos e por vezes rebeldes. No entanto, eles têm e dão a impressão



de serem sempre diferentes. Alguns jovens têm receio de render-se ao seu papel de crianças e não conseguem convencer-se a si próprios da sua autenticidade em muitos papéis de adulto.

No esquema de Erikson, a adolescência é um período crítico não só por ser um período de cristalização dos componentes iniciais do desenvolvimento, mas também por constituir a base para as suas decisões posteriores. A decisão de escolher e cuidar de um companheiro, a contribuição pessoal de cada um em relação aos seus filhos e à sociedade e o grau de integridade com que cada indivíduo encara a velhice e a morte são influenciados por valores e aspirações incorporados na identidade pessoal durante a adolescência (Erikson, 1976).

### Perspectiva cognitivista

A perspectiva cognitivista, não sendo uma teoria específica da psicologia do desenvolvimento, delimita em relação a esta área uma tomada de posição teórica e metodológica essencial para a análise da inteligência (Borges, 1987). Confere acentuada importância ao conceito de inteligência como constructo e aos vários níveis de elaboração que estão na base dos processos cognitivos.

No que se refere ao construtivismo genético, o que se destaca na linha desenvolvimentalista (com inúmeras implicações a nível da epistemologia), salientam-se as estruturas, os esquemas e os processos da génese e evolução da inteligência. Jean Piaget foi um dos autores que se dedicou ao estudo dos fenómenos cognitivos. Biólogo, epistemólogo e psicólogo, Piaget estudou os processos cognitivos valorizando o papel das estruturas cognitivas nos comportamentos infantis e a capacidade organizante do sujeito face aos estímulos ambientais, salientando o papel activo da criança na dinamização do seu próprio desenvolvimento.

### O CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: JEAN PIAGET

Enfatizando que o problema do desenvolvimento da inteligência não pode ser separado do problema da génese do conhecimento, Piaget constrói todo o seu sistema teórico com base num certo número de pressupostos, dos quais salientamos os seguintes:

- O conhecimento do sujeito acerca dos objectos não é adquirido passivamente através de uma simples gravação de informações, mas sim

construído através da interacção entre sujeito e objectos;

- A interacção sujeito-objecto, longe de ser reduzida a um conjunto de associações empíricas, é constituída por um conjunto de assimilações e acomodações, quer no sentido biológico quer no intelectual;
- A assimilação e a acomodação são processos interdependentes e é a partir do sucessivo equilíbrio estabelecido entre os dois que o desenvolvimento intelectual é entendido;
- Existem estádios de desenvolvimento da inteligência, estando a noção de estádio, para Piaget, dependente das seguintes condições:
  - Ordem constante na evolução dos estádios (cada um é necessário à formação do estádio seguinte);
  - Construção progressiva das estruturas, integrando-se as antecedentes nas consequentes;
  - Construção de uma estrutura de conjunto, caracterizada por leis de totalidade que permitem a determinação de todas as operações abrangidas por essa estrutura;
  - Inclusão de um nível de preparação e de um nível de acabamento da estrutura;
  - Existência em cada estádio, de processos de formação ou génese de formas de equilíbrio final que correspondem às estruturas de conjunto atrás referidas;
- Para explicar a sucessão referencial dos estádios, Piaget, além de recorrer aos factores de desenvolvimento clássicos (maturação, contacto com o meio físico e acção do meio social), considera ainda um outro: o de equilibração ou de auto-regulação, que coordena os anteriores num todo harmonioso.

### ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Tran-Thong (1987) sistematizou da seguinte forma os estádios de desenvolvimento cognitivo segundo Piaget:

- O estádio sensório-motor – Piaget, constrói o seu modelo a partir de uma matriz sensório-motora que animada de um movimento de interiorização em

espiral, gera as estruturas em que assentam os diferentes estádios e sub-estádios. O estágio sensório-motor prolonga-se desde o nascimento até ao aparecimento da linguagem, isto é, até cerca dos 2 anos; subdivide-se em seis sub-estádios:

- Exercícios reflexos (de 0 a 1 mês);
- Primeiros hábitos (de 1 a 4.5 meses);
- Coordenação da visão e da preensão (de 4.5 aos 8-9 meses);
- Coordenação de esquemas secundários (dos 8-9 aos 11-12 meses);
- Diferenciação dos esquemas de acção por reacção circular terciária (dos 11-12 aos 18 meses);
- Começo da interiorização dos esquemas e solução de problemas com paragem da acção e compreensão brusca (até aos 2 anos).

Estes primeiros seis sub-estádios evidenciam a organização dos movimentos e dos deslocamentos no sentido de uma centração no próprio corpo para uma descentração progressiva, conduzindo a um universo em que a criança é apenas mais um elemento no meio de outros elementos. Esta evolução da “centração” para a “descentração” vai repetir-se posteriormente ao nível da representação, em termos de operações mentais. A representação é uma capacidade adquirida nesta altura e permite a interiorização das condutas.

- A seguir ao estágio sensório-motor, Piaget distingue um outro estágio, que vai dos 2 aos 11 ou 12 anos. É o estágio de preparação (pré-operatório), de aquisição, de organização e funcionamento da inteligência operatória concreta ou o estágio das operações concretas. Divide-se em cinco sub-estádios:
  - Aparição da função simbólica e começo da interiorização dos esquemas de acção representativos (dos 2 aos 3.5 ou 4 anos);
  - Organizações representativas baseadas quer sobre as configurações estáticas quer numa assimilação da própria acção (dos 4 aos 5.5 anos);
  - Regulações representativas articuladas (dos 5.5 aos 7-8 anos);
  - Estádio das operações concretas simples e elementares (dos 7-8 aos 9-10 anos);
  - Estádio das operações concretas espaço-temporais complexas (dos 9-10 aos 11-12 anos).

Outro momento importante ocorre quando se adquire a capacidade operatória. Neste momento, o indivíduo está no estágio das operações concretas e deixa de estar no pré-operatório. Trata-se de um momento decisivo: a aparição das operações reversíveis cujo índice é a aquisição de diversos princípios de conservação. Neste estágio, o pensamento do indivíduo está limitado à capacidade de pensar apenas nas coisas reais, concretas. Esta limitação desaparece quando o indivíduo atinge o raciocínio formal.

- Estágio da inteligência operatória formal – Este estágio estende-se dos 11-12 anos aos 16. Subdivide-se em dois sub-estádios:
  - Gênese das operações formais (dos 11-12 aos 13-14 anos);
  - Estruturas operatórias formais (dos 13-14 aos 16 anos).

No primeiro destes sub-estádios adquire-se a noção de combinatória que torna possível as mais variadas operações e é constitutiva da lógica das proposições, das operações de inversão e reciprocidade que estão na base da proporcionalidade, do equilíbrio mecânico, da correlação, etc. Estas noções completam-se no segundo sub-estádio das operações formais ou abstractas e dão origem às estruturas de rede e de grupo, fundamentais em análise matemática e que estão patentes na flexibilidade do funcionamento do pensamento do adolescente e do adulto.

#### QUE IMPLICAÇÕES SUGERE A TEORIA COGNITIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE?

Segundo Piaget a criança ocupa-se sobretudo com o presente; o adolescente amplia o seu âmbito conceptual e inclui o hipotético, o futuro e o espacialmente remoto. Esta diferença tem um significado adaptativo. O adolescente começa a assumir papéis de adulto, o mundo de possibilidades futuras pessoalmente relevantes (escolha profissional, escolha de cônjuge, etc.) torna-se o objecto mais importante de reflexão. Também o adulto em que ele se tornará em breve deverá relacionar-se intelectualmente com colectividades sociais muito menos concretas e imediatas do que a família e o círculo de amigos: a cidade, o estado, o país, o sindicato, etc.

Para Piaget, estas importantes mudanças na orientação e no conteúdo cognitivo quotidianos estão intimamente relacionadas com as mudanças estruturais formais, isto é, a capacidade do adolescente se orientar para o abstracto e não para

o imediatamente presente é uma manifestação directa e simples do pensamento formal. Este é ao mesmo tempo, um pensamento sobre o pensamento, e uma inversão das relações entre o real e o possível. Estas duas características constituem a fonte das respostas reais, sempre carregadas de emoção, a que o adolescente recorre para construir os seus ideais à medida que se adapta à sociedade. A forma como o adolescente constrói teorias demonstra não só que ele se tornou capaz de um pensamento reflexivo, mas também que o seu pensamento lhe possibilita ir mais além do presente concreto e entrar no domínio do abstracto e do possível. Isto não significa que as estruturas formais se organizem primeiro e que logo depois sejam aplicadas como instrumento de adaptação onde sejam úteis quer individual ou socialmente. Ambos os processos, o desenvolvimento estrutural e a aplicação diária pertencem à mesma realidade e isto porque o pensamento formal desempenha um papel fundamental. Mais uma vez a lógica não se separa da vida: é apenas a expressão de coordenações operacionais vitais à acção.

Na teoria de Piaget, o egocentrismo aumenta sempre que a criança começa a enfrentar um campo de acção cognitivo novo e não experimentado. Este aumento do egocentrismo retrocede lentamente à medida que a criança, progressivamente, domina o novo campo, para reaparecer quando ela se defronta com outro campo desconhecido. O aumento e o decréscimo de egocentrismo no decorrer do desenvolvimento ontogenético são a expressão do modelo de equilíbrio geral que Piaget atribui à evolução cognitiva.

Existem três pontos altos do egocentrismo: no período sensório-motor e nos anos pré-escolares, no campo representativo concreto. O terceiro e último ponto alto ocorrem na adolescência, em consequência da ampliação do pensamento reflexivo. Piaget sugere que este novo egocentrismo assume a forma de uma espécie de idealismo ingénuo, carregados de objectivos imoderados de reforma e de remodelação da realidade (omnipotência de pensamento que caracteriza o egocentrismo e crença ilimitada na eficiência do pensamento aliada a uma desconsideração flagrante pelos obstáculos práticos que se podem opor aos seus objectivos).

O adolescente ingressa numa fase em que atribui um poder ilimitado aos seus próprios pensamentos de modo que os sonhos de um futuro glorioso ou da transformação do mundo através de ideias não são percebidos como meras fantasias, mas como uma acção efectiva que modifica o mundo empírico. Trata-se de uma forma de egocentrismo cognitivo.

### Perspectiva sociocultural

As teorias socioculturais defendem que a experiência pessoal num determinado período da vida é antes de mais uma consequência da organização social. O desenvolvimento psicológico é produto da organização cultural e da forma como as expectativas culturais são transmitidas. Em todas as sociedades, as transformações que ocorrem ao longo do ciclo vital são marcadas por mudanças nos papéis, no *status*, nas responsabilidades e nos recursos. A forma particular com que cada sociedade trata os seus membros, conforme a idade e o sexo, pode influenciar a maneira de pensar dos seus membros e até a forma como se relacionam uns com os outros. Dois dos percursores desta perspectiva foram Talcott Parsons e Ruth Benedict.

#### TEORIA DOS PAPEIS SOCIAIS: TALCOTT PARSONS

Podemos definir papel como um conjunto de comportamentos socialmente aceites. Os papéis existem independentemente das pessoas que os desempenham. O conhecimento das funções e das normas associadas a qualquer papel pode influenciar a *performance* do indivíduo que o desempenha e a resposta de outros indivíduos que desempenham outros papéis interligados. Todas as sociedades apresentam uma série de papéis e os seus membros precisam conhecer as expectativas dessa sociedade em relação a esses papéis.

De acordo com o ponto de vista de Parsons sobre os sistemas sociais, a socialização ocorre quando as crianças desempenham papéis complementares aos papéis desempenhados pelos agentes de socialização. Quando as crianças começam a desempenhar um papel activo, interiorizam as expectativas associadas aos diferentes papéis e também as sanções que lhes estão associadas quando as expectativas são violadas. As crianças aprendem não só os seus papéis mas também os papéis dos adultos responsáveis pela sua socialização. Constroem o seu comportamento com base nas expectativas da sociedade que lhes foram transmitidas pelos agentes de socialização. Assim, os papéis legais são um meio através do qual os valores sociais são interiorizados.

O desenvolvimento ocorre através da participação em cada vez mais complexos, numerosos, e diversos papéis sociais. A pluralidade de papéis é uma característica de todas as sociedades. Quanto mais complexa é a sociedade, maior é a variedade de papéis. Por exemplo, um adolescente pode ser uma criança,

irmão, estudante, membro de uma igreja, trabalhador e atleta.

A participação em novos papéis promove o desenvolvimento de várias formas. Ao desempenhar novos papéis, as competências do indivíduo para influenciar o meio social modificam-se. As novas expectativas em relação a um determinado comportamento motivam o indivíduo a desenvolver novas competências.

O conflito de papéis ocorre quando os papéis obrigatórios competem em termos de necessidades de tempo e de energia. Neste caso o indivíduo é obrigado a fazer um balanço deste conflito estabelecendo prioridades para o desempenho dos papéis sociais.

#### QUE IMPLICAÇÕES SUGERE ESTA TEORIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE?

De acordo com a teoria dos papéis sociais, as características da adolescência em qualquer sociedade dependem do número e do tipo de papéis que se espera que o adolescente desempenhe. Todas as sociedades têm papéis definidos de acordo com a idade e o sexo. Algumas culturas podem considerar a adolescência como um período claramente diferenciado, outras podem ignorá-la ou minimizá-la. Na sociedade americana a adolescência é considerada um período diferenciado, em que os rapazes e as raparigas experimentam algo diferente. No ponto de vista das crianças, os adolescentes são privilegiados com mais liberdade, autoridade e força física. As crianças olham os irmãos adolescentes como heróis. Os adultos esperam que os adolescentes sejam mais independentes e que necessitem menos apoio dos pais, assim como podem esperar que eles pensem como adultos e que estejam aptos a tomar as responsabilidades dos adultos. Alguns adultos também podem esperar que os adolescentes sejam impulsivos, hostis e imprudentes. Estas expectativas de papéis influenciam o comportamento dos jovens que se situam neste estágio da vida.

Na nossa sociedade o período da adolescência é também um período de perdas. Os jovens com idades compreendidas entre os 17 e os 18 anos, preparam-se para abandonar as suas casas, entrar na faculdade, cumprir o serviço militar ou para encontrar emprego. Mesmo que decidam continuar a viver em casa dos pais, esperam deixar de depender economicamente destes. A perda de alguns papéis assim como a aquisição de outros conduz a alterações no auto-conceito, o que pode ser acompanhado de algum sofrimento ou nostalgia.

A adolescência é um período potencial para a ocorrência de conflitos de papéis. A aquisição de novos papéis, a relação com o grupo de pares, o emprego, as relações amorosas e as actividades extracurriculares, tornam os adolescentes mais susceptíveis aos conflitos de valores e às pressões por lealdade. Assim, os adolescentes podem sentir-se confusos em relação aos papéis que mais valorizam ou quanto à forma de agradar a diferentes pessoas. Eles também podem aprender formas de integrar os seus papéis usando competências e valores de um papel em detrimento de outros.

#### DETERMINISMO CULTURAL: RUTH BENEDICT

A segunda teoria que referimos é a do determinismo cultural. À excepção da teoria defendida por Erikson, todas as outras teorias apresentadas foram baseadas na observação do desenvolvimento dos indivíduos nas sociedades ocidentais.

Ruth Benedict foi uma das primeiras antropólogas a apresentar um ponto de vista mais diversificado sobre o desenvolvimento humano. O mundo tem muitas culturas, cada uma celebra os seus próprios ritos, tem as suas religiões, define a sua noção de família e determina os seus padrões de papéis e as suas expectativas em relação a esses papéis.

Segundo Benedict (1959), o desenvolvimento individual é inicialmente um produto das expectativas culturais. Para o determinismo cultural, a cultura molda a experiência individual e considera os factores biológicos relativamente insignificantes comparados com o papel da cultura na determinação dos padrões de desenvolvimento pessoal.

Benedict reconhece que existem experiências universais que atravessam todas as culturas. Uma das mais comuns é a transformação de uma criança dependente num adulto relativamente independente e responsável. Benedict observou que o percurso do indivíduo difere de cultura para cultura. As fases de transição podem ser vivenciadas de uma forma atribulada ou serena, conforme as condicionantes culturais são contínuas ou descontínuas.

A continuidade ocorre quando são dadas informações e responsabilidades às crianças que podem ser utilizadas posteriormente, na idade adulta. Por exemplo, Margaret Mead (Benedict, 1959) observou que em Samoa, as meninas de 6-7 anos cuidam dos seus irmãos mais novos. Quando elas crescem, o seu envolvimento com o papel de prestadoras de cuidados aumenta, mas as expectativas em relação a este papel não mudam substancialmente.



A descontinuidade ocorre quando as crianças são impedidas de realizar determinadas actividades inerentes aos adultos ou então quando se aceitam determinados comportamentos nas crianças que são inadequados nos adultos. Um exemplo de descontinuidade é a mudança, na nossa sociedade, da expectativa de virgindade antes do casamento para uma responsabilidade sexual após o casamento. A sexualidade e a actividade sexual são consideradas comportamentos inadequados para as crianças, mas apropriadas para os adultos.

Benedict sugere que o aparecimento de diversos comportamentos em determinados estádios depende da amplitude da descontinuidade da condicionante cultural. As culturas que apresentam expectativas diferentes para os diferentes períodos do ciclo vital, produzem um padrão de desenvolvimento no qual os grupos etários têm características distintas e utilizam diferentes níveis de competências. Estas sociedades utilizam cerimónias públicas para marcar a transição de um estágio para outro. Nas culturas abertas, permissivas, que fazem poucas distinções entre as responsabilidades dos adultos e as das crianças, os limites dos estádios de desenvolvimento são mais ténues. Nestas sociedades o desenvolvimento é muito gradual, as transformações são muito subtis e as competências do adulto constroem-se directamente no final da infância.

#### QUE IMPLICAÇÕES SUGERE O DETERMINISMO CULTURAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE?

De acordo com o conceito de determinismo cultural, a adolescência tanto pode ser vivenciada de uma forma atribulada como calma, dependendo da forma como é encarada pela cultura. O contraste é ilustrado pela maneira como as diferentes culturas encaram a primeira menstruação na rapariga. Em algumas sociedades a menstruação é temida e a rapariga é tratada como se fosse perigosa para os outros. Em outras sociedades a rapariga menstruada é vista como possuidora de um poder mágico que afecta o seu futuro e o da sua tribo. Em outras ainda, o sexo é considerado vergonhoso e a menstruação é mantida o mais secreta possível.

Assim, a cultura determina a forma como a mudança biológica é assinalada e como a criança vai perceber a transição como significativa. As sociedades diferem umas das outras conforme as expectativas que têm em relação às decisões tomadas pelos adolescentes durante este período.

### Perspectiva cognitivo – desenvolvimentalista sobre a moral

As teorias cognitivo-desenvolvimentalistas defendem o papel activo que a criança desempenha na construção de princípios morais. A criança não aceita cegamente os padrões estabelecidos pelos adultos. O sentido de moralidade é construído pela criança a partir da experiência social, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo. Parte dessa experiência é constituída pelo que outros indivíduos fazem e dizem; a moralidade é transmitida de uma geração para outra e o sentido de bem e de mal das crianças está dependente de um processo de aprendizagem iniciado pelos adultos. No entanto, um papel crucial é também desempenhado pelo modo como cada criança interpreta os princípios morais que lhe são transmitidos (Schaffer, 1999).

O modo como a compreensão da criança se transforma no decurso do seu desenvolvimento até atingir um pensamento moral verdadeiramente maturo tem interessado numerosos investigadores. Sem dúvida que a teoria mais significativa sobre o desenvolvimento moral derivou do trabalho de Lawrence Kohlberg.

#### A TEORIA DE KOHLBERG

No seguimento dos trabalhos de Piaget, que em 1932 estudou o desenvolvimento moral nas crianças numa perspectiva construtivista, Kohlberg realizou uma longa série de estudos com crianças e adolescentes. Enquanto Piaget se referiu à existência de duas morais, a moral do bem e a moral do dever, Kohlberg defendeu que a benevolência nem sempre pode resolver conflitos de interesse e que a justiça é o princípio moral de base. Para Kohlberg (1984), não existem duas orientações morais diferentes.

Na abordagem cognitivo-desenvolvimentalista de Kohlberg (1984, 1981), os princípios morais são essencialmente construções racionais do indivíduo em interacção social, mais do que a expressão emocional de conflitos irracionais ou simples induções a partir de experiências passadas. Esta interacção social envolve conflitos e dilemas em relação aos problemas do bem/mal, certo/errado e em relação às queixas de deveres e de direitos.

Segundo Kohlberg, o desenvolvimento moral ocorre de acordo com uma sequência de estádios, independentemente da cultura, do meio social, do continente ou do país a que o indivíduo pertence.

Os estádios relativos ao desenvolvimento moral e à formação dos valores

são semelhantes aos estádios referentes a outros domínios. Cada estágio é qualitativamente distinto. O desenvolvimento processa-se de um nível simples para um outro mais complexo, sendo invariável a sequência dos estádios. A possibilidade de ocorrência deste processo depende da interacção entre o indivíduo e o meio ambiente. Certos contextos e experiências promovem uma formação positiva dos valores; outros, podem impedir o desenvolvimento ou conduzir a uma estabilização prematura dos valores.

O quadro seguinte resume a sequência de seis estádios que Kohlberg utiliza como um enquadramento para o desenvolvimento moral. Estes estádios estão agrupados em três níveis, respectivamente relacionados com a moralidade pré-convencional, convencional e pós-convencional.

Quadro 2 – Os estádios de desenvolvimento moral de Kohlberg

Base do julgamento	Estádios de desenvolvimento	Características
Pré-convencional: os valores morais baseiam-se em acontecimentos externos, quase físicos, nas más acções ou em necessidades praticamente físicas em vez de se basear nas pessoas ou em padrões.	Estádio 1	Orientação pela punição-obediência; deferência egocêntrica para com o poder ou prestígio superior, ou tendência para evitar problemas; responsabilidade objectiva.
	Estádio 2	Orientação calculista e instrumental; as acções correctas são aquelas que satisfazem as próprias necessidades individuais e ocasionalmente a dos outros; consciência de que o significado das coisas depende das necessidades e perspectivas de cada pessoa;
Convencional: os valores morais residem no desempenho de bons ou maus papéis, na manutenção da ordem convencional, e no ir de encontro às expectativas dos outros.	Estádio 3	Orientação para a obtenção de aprovação social e interpessoal; conformidade para com as imagens estereotipadas da maioria ou de comportamento natural ao papel desempenhado, e julgamento consoante as intenções.
	Estádio 4	Orientação para a manutenção da lei, da ordem e do progresso social; consideração pelas expectativas que os outros têm a seu respeito.
Pós-convencional: os valores morais derivam de princípios que podem ser aplicados universalmente.	Estádio 5	Orientação para o contrato social, para o relativismo da lei e recusa geral de violar a vontade e os direitos dos outros, ou os desejos e o bem-estar da maioria.
	Estádio 6	Orientação para os princípios éticos universais e não apenas para as regras sociais impostas. Num conflito entre a lei e tais princípios, é correcto seguir a própria consciência; a consciência é um agente director, juntamente com o respeito e confiança mútuos.

Fonte: Sprinthall e Collins (1999)

É importante referir que estes níveis são sistemas de pensamento, isto é, sistemas que descrevem a forma como os indivíduos raciocinam acerca de questões relativas ao domínio moral e dos valores. No sistema de Kohlberg não existiam respostas certas ou erradas. Tratava-se de níveis de raciocínio que representavam a estrutura subjacente ao processo de pensamento do indivíduo. Foi

esta estrutura, o tipo de raciocínio, que Kohlberg agrupou em seis estádios de desenvolvimento moral.

Embora Kohlberg não se tenha preocupado em fazer corresponder classes etárias precisas para cada um dos estádios postulados, a investigação demonstrou que o raciocínio pré-convencional é o modelo dominante ao longo do período médio da infância e que ainda se observa em muitos adolescentes. Todos estes indivíduos consideram as regras morais corporizadas por uma autoridade exterior, para ser obedecida devido às consequências de as não respeitar. A moralidade convencional surge na fase média da adolescência e mantém-se como norma para a maior parte dos adultos; é um indicio de que o indivíduo interiorizou as regras, considera-as suas e segue-as com convicção. A moralidade pós-convencional, que precede os princípios éticos auto-escolhidos sobre as convenções sociais, é rara, embora exista entre adultos inteligentes; na verdade, existem dúvidas de que o raciocínio do estágio 6 se verifique para além de alguns indivíduos bondosos (Sprinthall e Collins, 1999).

Após ter definido o conteúdo de cada estágio, de acordo com o tipo de pensamento predominante, foi possível a Kohlberg traçar o percurso do desenvolvimento. A análise individual das tendências em cada faixa etária ilustra igualmente uma série de outros factores do esquema desenvolvimental de Kohlberg:

- Ordenamento sequencial. O indivíduo atravessa os vários estádios numa ordem fixa. O raciocínio moral a baixos níveis lança os fundamentos de um raciocínio a altos níveis; os estádios não podem ser ultrapassados, sendo a progressão, por isso, ordenada;
- Relacionamento com o desenvolvimento cognitivo. O nível a que as crianças são capazes de raciocinar sobre questões morais é determinado pelo estágio cognitivo que alcançaram. O raciocínio pré-convencional está enraizado no egocentrismo da criança; o raciocínio pós-convencional apela aos níveis mais elevados do desenvolvimento cognitivo, isto é, à utilização de operações formais;
- Consistência. Se o raciocínio moral tem por base determinadas estruturas cognitivas, então o modo como os indivíduos abordam os diferentes problemas morais deveria revelar tipos de raciocínio semelhantes;
- Universalidade. A relação com o desenvolvimento cognitivo também

deveria significar que os estádios de Kohlberg devem ser idênticos em todas as culturas. Se o desenvolvimento cognitivo é universal, então o desenvolvimento moral também o deveria ser.

#### IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Durante a adolescência, uma parte significativa do raciocínio moral ainda pertence ao nível pré-convencional (estádios 1 e 2). Neste nível o raciocínio é quase exclusivamente concreto: as escolhas são efectuadas ou para evitar as punições físicas, ou para obter ganhos materiais. Existe um declínio global significativo na utilização de avaliações pré-convencionais, por volta dos 13-14 anos. Grande parte das escolhas relacionadas com valores realizadas por adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos, ainda são orientadas por importantes aspectos materialistas que visam a satisfação dos seus interesses pessoais. No entanto, este tipo de pensamento começa a entrar em declínio, e o estágio 3 passa a assumir uma importância crescente.

O estágio 3 caracteriza-se por um método adequado de raciocínio. O sistema é mais complexo do que o pensamento dos estádios 1 e 2. No estágio 3, o pensamento é orientado por questões mais abstractas. Nesta altura o indivíduo consegue assumir a perspectiva social dos outros. Este estágio marca o início da empatia genuína. Neste estágio o indivíduo é capaz de encarar os problemas de acordo com uma perspectiva mais ampla do que o seu limitado campo de interesses pessoais.

Por volta dos 16-18 anos, o tipo de raciocínio característico do estágio 3, torna-se praticamente no único que é utilizado pelo indivíduo. Aproximadamente dois terços de todo o raciocínio acerca de questões relacionadas com a justiça, a honestidade e as principais escolhas em termos de valores, são determinados pela conformidade social com o grupo liderante. Ser adequado, apreciado, respeitado pelos outros e possuir uma boa reputação, são aspectos muito mais importantes neste estágio do que em qualquer dos outros momentos do processo de desenvolvimento.

Pelos 16-18 anos, cerca de 14% de adolescentes podem apresentar alguns dos processos classificados no estágio 4. Isto é, o indivíduo começa a processar cognitivamente as questões relativas aos valores, de acordo com um vasto conjunto de regras e de leis sociais.

A passagem do estágio 3 para o 4 envolve uma alteração no foco de

referência. No estágio 3 o ponto de referência é o grupo social; o pensamento, nesta altura, é dirigido pelas outras pessoas. No estágio 4, o pensamento passa a ser orientado internamente. O indivíduo desenvolve a capacidade para pensar racionalmente nos problemas. Possuir capacidade para conceber, analisar e avaliar questões importantes, são as principais diferenças que tornam os processos de pensamento característicos do estágio 4 distintos dos que pertencem ao estágio 3. Isto é, o estágio mais complexo incorpora aspectos do nível anterior e inclui novas capacidades e juízos morais. Com o novo ponto de referência, as leis sociais, o indivíduo revela uma maior tendência para ponderar e examinar cuidadosamente os assuntos, de uma forma menos inconstante e mais abrangente.

Existem escolhas e decisões que envolvem valores, que não podem ser processadas ao nível do estágio 4, particularmente, quando as leis são incompatíveis. Neste caso torna-se necessário processar as questões de acordo com o estágio 5, o estágio dos princípios democráticos.

### 1.3. SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES E RISCOS

Uma boa saúde física e mental, a base para uma qualidade de vida aceitável, não é uma realidade inerente a todos os adolescentes. O conhecimento adquirido no último quarto do século XX ajudou a dissipar o mito de que o período da adolescência é essencialmente uma fase da vida em que os indivíduos são saudáveis e que não necessitam de cuidados especiais.

Com efeito, embora as medidas tradicionais de morbilidade e de mortalidade utilizadas para apoiar o ponto de vista de que os adolescentes constituem um grupo saudável se encontrem perfeitamente conceptualizadas e avaliadas (Friedman, Ficher e Schonberg, 1992), mascaram a realidade (Frappier, Michaud e Deschamps, 1997; Tursz, Souteyrande e Salmi, 1993; Pomarède, 1993). Estes dados centram-se essencialmente nos registos sobre patologias e na opinião dos adultos, subestimando as medidas funcionais em saúde, tais como os comportamentos iniciados durante a adolescência e que são responsáveis a curto e a longo prazo por consequências negativas a nível físico e psicossocial.

Existe uma representação da "juventude" como sendo, antes de mais, um investimento a médio e a longo prazo. Esta representação tem tido reflexos na área da saúde (Prazeres, 1998a).

Quando em saúde falamos de anos potenciais de vida perdidos a propósito da mortalidade infantil e juvenil, não estamos apenas a referir-nos a expectativas individuais que não serão cumpridas, referimo-nos também, a recursos sociais que não serão utilizados no futuro.

A representação que os adultos possuem sobre a adolescência e a juventude colide com a forma de estar na vida dos mais novos. Na realidade, para os adolescentes as expectativas pessoais não se restringem aos projectos para o futuro. Pelo contrário, as motivações estão centradas, antes de mais, no momento presente. A capacidade de nos projectarmos no futuro, bem como a coragem para se hipotecar o presente à felicidade e ao bem-estar nos anos vindouros, vai sendo adquirida à medida que os traços da maturidade se tornam mais nítidos (Prazeres, 1998).

No campo das preocupações e das expectativas dos profissionais de saúde, as condutas juvenis ganharam o protagonismo central, na medida em que começaram a ser entendidas como as determinantes principais dos padrões de saúde nesta fase da vida.

Por estes motivos, Green e Ottoson (1994), defendem que a definição de saúde na adolescência necessita ser mais abrangente e não considerar apenas a adolescência como um período transitório entre a infância e a idade adulta. Segundo estes autores, a definição de saúde na adolescência para além de incluir aspectos das definições tradicionais, tais como a presença ou ausência de doença física e de incapacidade, deve também fazer referência às mudanças que ocorrem a nível do desenvolvimento, à competência social, aos comportamentos que afectam o estado de saúde, à percepção de qualidade de vida e ao ambiente físico e social em que o indivíduo está inserido.

Tentaremos apontar, em seguida, os problemas de saúde típicos dos adolescentes: abordagens epidemiológicas; adolescência e risco; riscos reais e riscos projectados e os factores que influenciam o envolvimento em comportamentos de risco e perspectivas de prevenção.

#### Os problemas de saúde dos adolescentes: abordagens epidemiológicas

As abordagens clínicas, confirmadas por estudos epidemiológicos, ilustram que, nos Estados Unidos, as taxas de hospitalização e de consultas médicas para os adolescentes são baixas, a maioria dos adolescentes “não tem problemas de saúde” (Ryan e Irwin, 1992, p. 787). Segundo estes autores, apenas cerca de 2 a



4% de todos os adolescentes sofrem de uma doença crónica. Esta inclui a asma, diabetes, fibrose cística, anemia, cegueira, surdez, hemofilia, doença cardíaca congénita, tumores malignos, insuficiência renal e SIDA. Actualmente, aproximadamente 80% das crianças que sofrem de doenças crónicas sobrevivem até à idade adulta.

A primeira causa de doença e de incapacidade nesta faixa etária deve-se ao comportamento. Mais de 50% da morbilidade em adolescentes emerge de três comportamentos: actividade sexual, consumo de substâncias nocivas e utilização de veículos a motor. A aquisição destes comportamentos tem o seu auge na adolescência e a sua manifestação é independente do nível sócio-económico, da raça e da etnia. Estes comportamentos mantêm-se durante a adolescência e são responsáveis pelas patologias mais comuns dos indivíduos até aos 40 anos (Ryan e Irwin, 1992).

A taxa de mortalidade nos adolescentes é a mais baixa, comparativamente com outras classes etárias; no entanto, durante a adolescência sofre um aumento significativo. Os adolescentes, em todas as fases da adolescência, experimentam um aumento da taxa de mortalidade por homicídio, suicídio e acidentes de viação. Existe uma diferença significativa da taxa de mortalidade segundo o sexo e a etnia. Os adolescentes do sexo masculino apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada para todas as causas, excepto para as doenças cardiovasculares. Entre grupos étnicos, os indivíduos de raça negra com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos apresentam uma taxa de mortalidade por homicídio cinco vezes mais elevada que os indivíduos de raça branca da mesma idade; em contraste, os indivíduos de raça branca apresentam uma taxa de mortalidade por suicídio e por acidentes de viação duas vezes e meia superior em relação aos indivíduos de raça negra (Ryan e Irwin, 1992).

Os tumores malignos constituem a primeira causa de morte do foro médico e a quarta entre todas as outras. Neoplasias, principalmente linfomas e tumores cerebrais, são responsáveis por aproximadamente 2500 mortes por ano na população com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos.

Em França, o estado de saúde dos adolescentes ainda é mal conhecido. No entanto, os dados existentes indicam que as taxas de mortalidade e de morbilidade dos adolescentes são baixas (Pomarède, 1993). Neste país, nota-se também um nítido aumento dos problemas de saúde relacionados com o comportamento (Tursz, 1993). Se não se conhece a prevalência exacta do consumo de

substâncias, sabe-se que a experimentação de produtos ilícitos (26% de rapazes e 16% de raparigas no final do ensino secundário), o alcoolismo agudo e o tabagismo nas raparigas aumentam. Paralelamente, se a mortalidade por suicídio é baixa nesta faixa etária, as tentativas de suicídio são frequentes. Assim, um suicida em cinco tem menos de 20 anos e 3% dos estudantes do ensino secundário já realizaram uma tentativa de suicídio. Os acidentes de viação e os que resultam da prática desportiva são os mais frequentes, não sendo possível indicar as respectivas taxas de incidência anual, também não existem dados quanto a sequelas e *handicaps* (Pomarède, 1993).

Os dados de morbilidade hospitalar, referem 11242 hospitalizações de indivíduos com idades entre os 13 e os 19 anos. Os acidentes, a gravidez e a interrupção voluntária da gravidez, as tentativas de suicídio, o uso de substâncias tóxicas e os problemas alimentares estão na origem de 47,6% das hospitalizações (Choquet, Marcelli e Ledoux, 1993).

Em Portugal, também existem poucos dados relativos à saúde dos adolescentes. Para além dos dados referentes à mortalidade, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, são escassos os indicadores de saúde dos jovens.

No que se refere à morbilidade, procura de serviços, tabagismo e consumo de álcool ou de drogas, hábitos de sono ou de prática de exercício físico, existem alguns dados, recolhidos em diversos estudos. Todos estes estudos apresentam limitações no que se refere à dimensão da amostra e à sua selecção. No entanto, existe uma grande sobreposição entre os resultados neles obtidos, e entre estes e os dados obtidos nos trabalhos de investigação realizados noutros países, o que nos permite utilizar esses dados pelo menos para uma orientação inicial e geral.

Assim, segundo o relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), os adolescentes constituem um grupo etário globalmente saudável, e simultaneamente um dos grupos que menos procura os serviços de saúde, ao contrário dos adultos em que se verifica uma utilização acrescida dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 1997). Apesar disso, as transformações físicas e psíquicas que ocorrem na adolescência, para além de eventuais causas orgânicas de doença, podem ser responsáveis por um número relativamente significativo de casos de morbilidade. As situações patológicas têm a sua génese nos seus comportamentos, nomeadamente os comportamentos de risco, tais como os acidentes, os consumos nocivos, a gravidez não programada e não desejada e as infecções sexualmente transmitidas.

O relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), chama ainda atenção para o facto de que a larga maioria dos consumos nocivos e comportamentos negativos em termos de saúde terem o seu início e/ou consolidarem-se na segunda década da vida. Acrescentam ainda que todos estes comportamentos são factores determinantes na génese de doenças do adulto ou do idoso, como a hipertensão, a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças degenerativas e reumáticas. É também nesta perspectiva que a promoção de saúde dos adolescentes deve ser considerada.

Cordeiro (1997), refere que a mortalidade nos jovens não é assustadora em termos numéricos: em 1995 faleceram 845 jovens entre os 10 e os 19 anos e as diversas formas de violência (acidentes, suicídios, homicídios) constituíram a causa em mais de metade dos casos. No entanto, o autor não deixa de salientar que os *“riscos principais que ameaçam a saúde se modificaram, com destaque para a pobreza, para os vários graus de violência familiar ou ambiental, má alimentação, falta de exercício físico, estilos de vida nocivos ou até auto destrutivos, abandono da escolaridade, etc.”* (pp. 13).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2000), faleceram 589 jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. Destas, 424 mortes foram causadas por lesões traumáticas, envenenamentos, acidentes e efeitos adversos.

Os adolescentes vivenciam importantes mudanças numa sociedade que oferece modelos difusos e valoriza a agressividade, o narcisismo, a gratificação imediata em detrimento, por vezes, do respeito mútuo. Estabelecem também novas relações e nem sempre se conformam com as exigências parentais, instalando-se um certo silêncio nas relações entre pais e jovens (Frappier e Gagné, 1997).

É neste clima que os aspectos vulneráveis na infância se instalam na adolescência e, na pós adolescência imediata, o indivíduo apresenta uma série de condutas patogénicas susceptíveis de reorganizar a sua personalidade. É esta capacidade de fixação e de organização, particularmente activa nesta fase etária, a responsável pelos comportamentos de risco (Tursz, Souteyrand e Salmi, 1993).

#### Adolescência e risco

Adolescência e risco são dois termos frequentemente associados (Choquet, Marcelli e Ledoux, 1993; Tursz, 1993; Zucker-Rouvillois, 1993). Esta associação baseia-se, principalmente, em dados de estudos epidemiológicos relativos a certos

problemas de saúde, como por exemplo, a patologia accidental, o abuso de substâncias nocivas e as doenças sexualmente transmissíveis. A adolescência, pelas mudanças que suscita a nível físico e psicológico do indivíduo, é um período de hesitação, de incerteza, que conseqüentemente, comporta um certo risco.

É importante salientar que a disciplinas diferentes correspondem conceitos e abordagens diferentes de risco. A abordagem epidemiológica interessa-se pelos factores determinantes das doenças e lesões nas populações humanas. O risco em epidemiologia e em saúde pública pode ser definido como a probabilidade de um acontecimento surgir, durante um determinado período.

A abordagem sociológica incide a sua atenção nas atitudes dos actores sociais em relação aos riscos predefinidos e a determinados perigos. Existe uma interdependência entre a selecção de riscos e a constituição da ordem social, de tal forma que podemos definir risco como um recurso para a organização das relações entre os diferentes parceiros sociais e na organização de formas de solidariedade social.

A abordagem psicológica define especificamente o risco no quadro da adolescência. Segundo esta perspectiva, o risco é definido como uma exteriorização, uma concretização da angústia anterior à transformação pubertária.

Cada uma destas disciplinas tem uma visão muito particular das conseqüências atribuídas ao risco. A epidemiologia ao fazer referência à saúde, física e mental, aborda as conseqüências a nível médico e descreve-as em termos de mortalidade e de morbilidade.

A sociologia ao referir-se às normas sociais, descreve as conseqüências do risco em termos de marginalização, ou de falta de interesse pelas actividades sociais (desinteresse pela escola identificado nos estudos do âmbito da psicologia como antecedente dos comportamentos de risco mais clássicos, como as toxicomanias e as tentativas de suicídio).

Apesar da noção de risco ser essencial para a análise da socialização na adolescência, a definição de comportamentos de risco não está claramente estabelecida. O conceito de comportamento de risco sofreu uma evolução histórica. Passou do conceito de "falta" (julgamento face a um quadro jurídico-moral), para o conceito de "perigosidade" (julgamento face às normas sociais), para chegar ao conceito actual de "risco" (julgamento face a uma referência médica).

Os comportamentos que conduzem a riscos objectivos para o bem-estar físico ou mental do indivíduo podem ser extremamente variados, em função do

nível e do tipo de risco que tenhamos em consideração. Assim, todos os comportamentos podem comportar riscos, segundo o valor epistemológico que atribuímos aos termos e aos comportamentos.

Muitos autores tentaram definir os comportamentos de risco, incluindo as noções de auto-destruição, de consciência ou de intencionalidade e de aceitação do risco. No entanto a definição de conceitos está longe de obter consenso.

Os comportamentos de risco podem ser classificados segundo numerosos critérios (Choquet, Marcelli e Ledoux, 1993):

- Segundo a natureza do comportamento: é necessário distinguir os comportamentos muito violentos dos menos violentos, para o indivíduo ou outro. A agressão, o homicídio, a violação incluem-se no primeiro grupo, o consumo de drogas inclui-se no segundo;
- Segundo as consequências do comportamento: importa incluir não só os comportamentos que conduzem a riscos médicos (risco de morbilidade e mortalidade), mas também os comportamentos que conduzem a riscos sociais, como a não integração social, a falta de investimento a nível escolar e profissional;
- Segundo o período de tempo que decorre entre o comportamento e a manifestação das consequências: certos comportamentos produzem efeitos imediatos (como por exemplo, a condução automóvel perigosa e a ocorrência de acidente), outros produzem consequências a longo prazo (como por exemplo, o consumo de tabaco e o aparecimento de problemas respiratórios);
- Segundo o modo de expressão do indivíduo: os comportamentos considerados activos diferem dos comportamentos aparentemente mais passivos, sendo os primeiros mais manifestos que os segundos. A negligência das regras de segurança, o desinteresse, a morosidade sob as suas diversas manifestações podem ser considerados comportamentos de risco, tal como, a transgressão de regras estabelecidas.

Assim, Choquet, Marcelli e Ledoux (1993), denominam por comportamento de risco as diversas condutas que, do ponto de vista de um observador, apresentam um risco objectivo para a saúde física do indivíduo que as realiza. O indivíduo que se envolve em comportamentos de risco pode ou não estar

consciente do risco.

Ryan e Irwin (1992), consideram a adopção de comportamentos de risco como a participação em actividades que podem comprometer o estado de saúde do indivíduo sem que este compreenda ou apesar de compreender, as potenciais consequências negativas.

Os comportamentos de risco podem ser considerados um componente crítico do desenvolvimento do adolescente saudável, na medida em que alguns deles podem aumentar a auto-estima, permitir a tomada de iniciativa e promover a compreensão da relação causa-efeito. Assim, no conceito de comportamento de risco está subjacente o conhecimento de que certos comportamentos são exploratórios e podem ter consequências positivas, tais como contribuir para otimizar as competências do indivíduo e o seu crescimento posterior (Ryan e Irwin, 1992).

A patogenicidade destes comportamentos depende da sua frequência, intensidade e associação a outras actividades que comportam um risco elevado. Os recursos pessoais e interpessoais utilizados pelos jovens nas suas estratégias de *coping*, os seus antecedentes comportamentais e a natureza das possíveis consequências necessitam ser ponderadas na determinação do risco. É importante salientar, que o processo de exploração também pode resultar em consequências adversas, especialmente nos indivíduos com baixo nível de desenvolvimento cognitivo, inexperientes e sem capacidade para avaliar os factores ambientais que influenciam o resultado do comportamento e as consequências potenciais de determinados comportamentos.

Tursz (1993), defende que o reconhecimento do risco está ligado ao tipo de instituição social. Cada instituição, face ao seu sistema de valores, selecciona, classifica e define os riscos como ameaçadores, aceitáveis e mesmo valorizáveis. Os riscos raramente são ignorados, pelo contrário, em função da ideologia predominante na sociedade podem ser negados ou considerados negligenciáveis.

Braconnier (1993) acredita que existe uma relação entre os comportamentos de risco na adolescência e uma das suas possíveis funções: o ritual de iniciação. O risco está sempre presente em toda a cerimónia iniciática. Nas sociedades tradicionais, os rituais de passagem e os ritos de iniciação comportavam sempre um certo risco (defrontar um inimigo, um terreno desconhecido, uma prova física,...). Não raro, no decurso destes ritos ocorriam acidentes com vítimas.

Nas sociedades ocidentais, os ritos de iniciação e de passagem são sempre muito mais difusos do que nas sociedades tradicionais (Choquet, Marcelli e Ledoux, 1993). No entanto, alguns autores colocaram a hipótese segundo a qual as condutas de risco dos adolescentes poderiam ter o mesmo significado que os rituais de iniciação das culturas tradicionais.

### Riscos reais e riscos projectados

Todos reconhecem que a noção de risco é um conceito fluido mas necessário. É fluido porque se refere a noções que se situam em níveis de análise extremamente diferentes: probabilidade estatística e representação. Mas a noção de risco é necessária porque permite avaliar o desvio entre probabilidade estatística e representação (Braconnier, 1993).

A probabilidade do indivíduo adoptar comportamentos de risco, quer a nível de saúde, social ou profissional, diminui com a idade. Os jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos distinguem-se dos mais velhos pela sua falta de sensibilidade face aos perigos. Esta tolerância não parece ser consequência de uma falta de informação. Os adolescentes parecem ter uma concepção diferente de perigo, trata-se simplesmente do desejo de realizar experiências. Este desejo é particularmente frequente e intenso no período da adolescência.

Nos mais velhos regista-se um menor envolvimento em comportamentos de risco que se reflecte por quatro atitudes (Braconnier, 1993): os indivíduos têm tendência para seleccionar os comportamentos mais seguros, obter mais informações acerca de um assunto, escolher a melhor ocasião para resolver uma dada situação e procurar apoio para a tomada de decisões. É necessário reconhecer que estas quatro atitudes não caracterizam o comportamento dos jovens. Estas diferenças constituem um dos factores responsáveis pelo que denominamos conflito de gerações, noção evidentemente muito fluida mas suficientemente permanente do ponto de vista do senso comum (Braconnier, 1993).

A representação do risco é influenciada por vários factores, entre os quais, a idade, a experiência anterior, o sentimento de perda, a relação de poder. Habitualmente, o risco de uma conduta é sobreavaliada pelos indivíduos mais velhos, sobretudo se trata de uma conduta que o indivíduo mais velho não pode realizar por razões físicas, morais ou sociais.

As representações do risco encontram-se impregnadas de afectividade e

devolvem a cada indivíduo um sentimento de insegurança e de incerteza. As representações individuais influenciam a capacidade de projecção do risco. Esta diferença individual pode ser explicada por dois motivos. Toda a situação, nomeadamente a situação de risco, pode levar o indivíduo a recordar uma situação semelhante ocorrida no seu passado e activar a sua memória cognitiva e afectiva.

No entanto, esta recordação pode desencadear nos indivíduos reacções diferentes. Uns podem recusar-se terminantemente a vivenciar novamente um determinado acontecimento, outros podem sentir necessidade de o repetir para combater o medo. Para todos estes indivíduos o risco real é o mesmo, o risco projectado pode ser o mesmo, a atitude face ao risco é diferente. A atitude face ao risco projectado evolui no sentido inverso à idade, isto é, quanto mais novo é o indivíduo maior será a sua tendência para seleccionar uma atitude de luta activa.

Este facto conduz-nos a uma segunda explicação relativamente às diferenças individuais. Esta não faz referência à recordação de uma situação idêntica ocorrida anteriormente, mas considera o grau de ansiedade do indivíduo face a uma dada situação. Este grau de ansiedade pode ser determinado pela reacção do indivíduo ou através da presença constante de um determinado comportamento quando o indivíduo enfrenta uma dada situação.

As representações do risco não são apenas individuais, são também colectivas. Estudos realizados junto de importantes grupos sociais confirmam-no: desde os anos 90, os franceses têm sobretudo medo da droga (80%), da SIDA (68%) e do terrorismo (67%). Em compensação, a circulação automóvel mais mortífera que a droga, a SIDA e o terrorismo reunidos, inquieta muito menos os franceses (42%). Assim, os medos intensos são desencadeados pelos riscos mais longínquos e fortemente mediatizados como ameaçadores, mas com uma menor probabilidade de ocorrer.

Pelo contrário, a insegurança real e mesmo quotidianamente vividas assustam muito pouco a população (Tursz, 1993). A exposição a um perigo é um factor determinante no sentimento de insegurança e de risco. Somos obrigados a fazer prevalecer as representações afectivas sobre a análise racional sempre que falamos de riscos.

Tal como as representações individuais, as representações colectivas estão impregnadas de afectividade. Ao longo da história, nem sempre foi possível explicar de uma forma racional os grandes medos colectivos.

Uma das dificuldades encontradas no reconhecimento individual e adequado



dos riscos reside no desvio que existe entre a probabilidade estatística de um acontecimento inesperado ocorrer e a sua representação. As representações afectivas prevalecem sobre a análise racional na maior parte dos casos e é particularmente verdade na adolescência.

Em todas as faixas etárias, incluindo a adolescência, a ignorância e a ausência de informação são raras, os riscos são conhecidos e identificados, mesmo os riscos a longo prazo. Nenhum adolescente ignora as consequências nocivas a longo prazo do tabagismo, mas nesta idade, certas particularidades do desenvolvimento psicológico e afectivo estão na origem de atitudes muito específicas face ao risco:

- Se o risco é efectivamente percebido, a avaliação das suas consequências é diferente da dos adultos. Esta atitude deve-se a um sentimento de megalomania e ao narcisismo que é habitual nos adolescentes. Convencidos da sua invulnerabilidade, têm uma percepção da morte e da sua realidade diferente da dos adultos e não se convencem do seu carácter irreversível;
- Existe nesta fase uma extrema facilidade em agir rapidamente. O comportamento dos jovens não se caracteriza pela tendência para seleccionar os comportamentos mais seguros, para obter mais informações acerca de um assunto, para escolher a melhor ocasião para resolver uma dada situação ou para procurar apoio para tomar decisões.
- Nas suas acções e nas suas decisões, e portanto nas suas condutas de risco por um lado, e nas suas interacções com a sociedade por outro, o adolescente beneficia de uma independência e de uma liberdade relativas. Sobretudo se existe um hiato importante entre a sua autonomia real e a autonomia percebida.

Em matéria de comportamento os problemas que os adolescentes enfrentam exprimem-se de diferente forma segundo se trate de indivíduos do sexo masculino ou feminino. As condutas consideradas desviantes, nomeadamente as violentas e os acidentes são mais frequentes nos rapazes enquanto as perturbações psicossomáticas e de humor são mais típicas nas raparigas. Parecem existir estereótipos sexuais, as condutas violentas sendo melhor aceites, talvez mesmo valorizadas pelos rapazes, para quem a embriaguez, a desordem e os acidentes podem proporcionar uma imagem viril, um carácter heróico

essencialmente masculino.

No entanto, não podemos deixar de referir que assistimos actualmente a uma evolução dos modelos femininos e masculinos, como confirmam o aumento da frequência de acidentes de circulação automóvel nas raparigas em numerosos países industrializados e o aumento do tabagismo feminino que, em 1988, atingiu em França o nível observado nos rapazes em 1971 (Tursz, 1993). O consumo do tabaco é hoje comparável nos dois sexos, contrariamente ao álcool que parece cada vez mais exclusivo dos rapazes (Tursz, 1993).

#### Factores que influenciam o envolvimento em comportamentos de risco

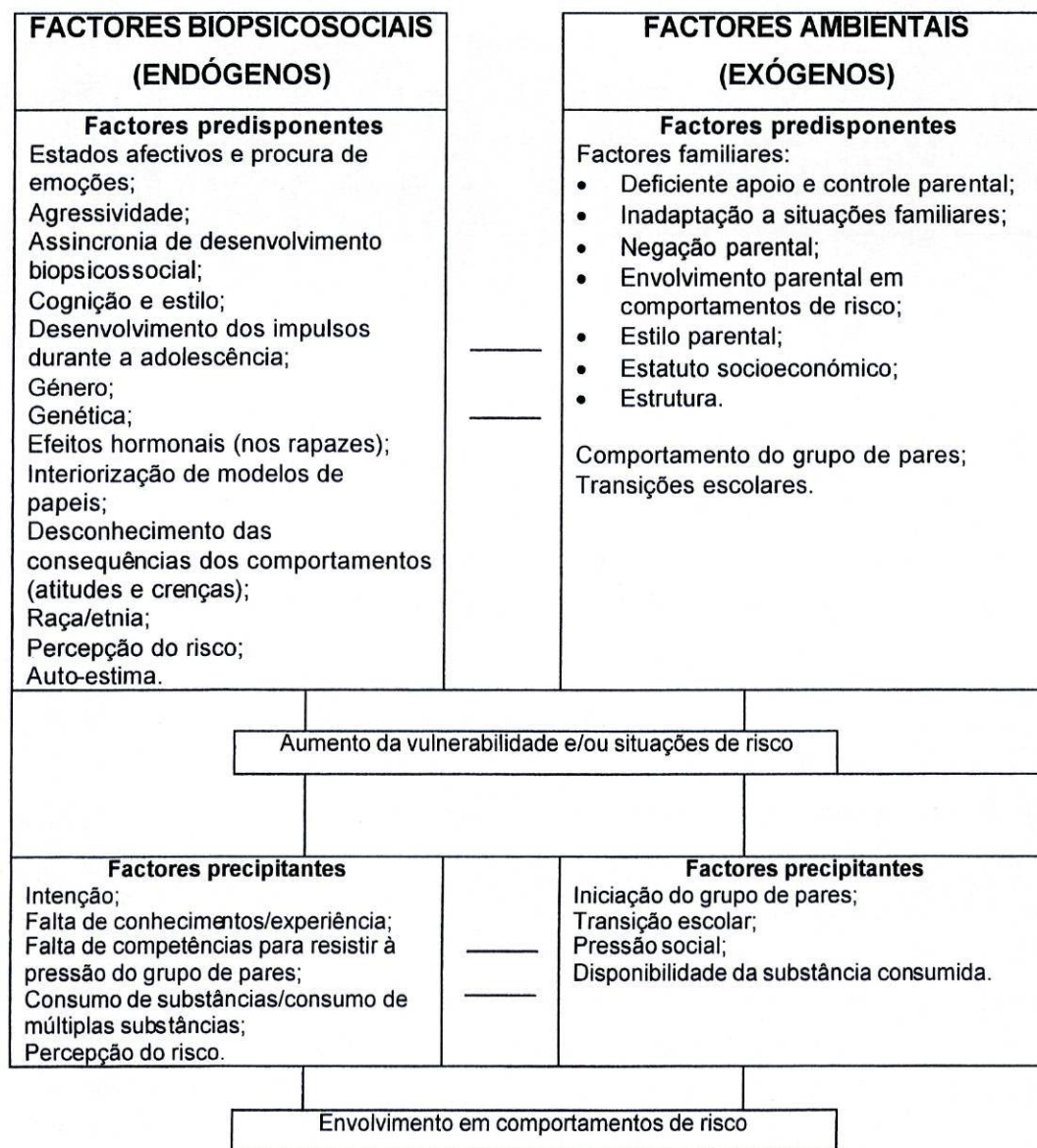
Certos adolescentes, pelo seu potencial, pela sua experiência ou pelo seu estilo de vida correm riscos suplementares. Citamos, nomeadamente, os jovens afectados pelas crises económicas, sociais e pelo desemprego que ocorreram depois dos anos 80, aqueles que sofreram situações de violência familiar, os que habitam em bairros problemáticos, os que pertencem a bandos e aqueles que se desenvolvem em meios onde se consome álcool e drogas (Frappier e Gagné, 1997).

Tursz (1993) descreve também as variáveis sociodemográficas e psicológicas associadas ao aparecimento de comportamentos de risco. Aponta principalmente os problemas conjugais dos pais e as más relações afectivas entre pais e filhos. A separação familiar, o conflito entre os pais ou o seu divórcio foram características frequentemente encontradas nos antecedentes pessoais dos adolescentes que cometeram suicídio e das grávidas adolescentes. Estudos recentes sobre maternidade precoce, revelam como factores associados, o baixo nível de escolaridade, o grande número de irmãos e a precariedade da situação de emprego dos pais.

Os estudos também revelam que a qualidade das relações familiares (medida através da percepção dos adolescentes acerca das manifestações de agressividade e de rejeição dos pais) está fortemente associada com as manifestações somáticas apresentadas tanto por rapazes como por raparigas.

Ryan e Irwin (1992), enfatizam a contribuição de factores predisponentes e de factores precipitantes que aumentam a vulnerabilidade do adolescente e encorajam o início ou a manutenção de comportamentos de risco. Na Figura 1 podemos observar os factores mais importantes que predizem o envolvimento em comportamentos de risco.

Figura 1 – Principais factores que influenciam o envolvimento em comportamentos de risco



Tal como podemos observar na Figura 1, os autores enfatizam a contribuição de factores biopsicossociais (endógenos) e factores ambientais (exógenos). Estes podem ser divididos, posteriormente, em factores predisponentes e factores precipitantes. Para Ryan e Irwin (1992), este modelo deveria ser utilizado pelos profissionais de saúde na avaliação do adolescente de forma a diagnosticar o seu grau de risco.

Frapplier e Gagné (1997) consideram também que alguns dos problemas de saúde dos jovens estão ligados ao estilo de vida. Neste incluem a gravidez e a maternidade.

#### 1.4. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência continua a ser um fenómeno complexo para os jovens, as famílias, os profissionais de saúde, os educadores e para os governantes.

A estrutura da família, as condutas sexuais e a reprodução sempre responderam a normas, as quais sempre se relacionaram com a concepção de mulher e de criança numa dada sociedade e num determinado momento histórico. Assim, a gravidez não parece ser uma realidade biológica imutável, nem uma função natural, mas o resultado de um processo social, cultural, económico e político, próprio de um dado contexto sócio-histórico. A revolução económica, política e cultural dos quatro últimos decénios permitiu a emergência de uma nova imagem de mulher e de criança que contribuiu para alterar a idade socialmente estabelecida para a ocorrência da primeira gravidez (Le Van, 1998).

A escolarização massiva e prolongada e o acesso generalizado das mulheres ao mundo do trabalho, estão relacionados seguramente com o adiamento considerável do nascimento do primeiro filho (Almeida, André e Lalanda, 2002). A imagem social da criança também sofreu modificações: desprovida progressivamente do seu valor económico e social, torna-se cada vez mais uma gratificação para os pais. Actualmente, as mulheres preocupam-se em seleccionar o momento mais propício para exercer o seu papel parental, para que a sua gravidez e maternidade não constituam um obstáculo à sua realização social e simultaneamente proporcionarem às suas crianças melhores condições de vida.

O alongamento temporal da adolescência é outro facto que caracteriza a época actual. Se definirmos esta etapa da vida como o período que decorre entre o início da puberdade e a aquisição de papéis sociais adultos, verificamos que a adolescência sofreu um alongamento notável, face à modificação dos limites estabelecidos para a entrada na idade adulta.

Embora a gravidez na adolescência não constitua um fenómeno inédito em si, as recentes evoluções sociais e culturais contribuíram para a emergência de um novo problema social. Enquanto papel social adulto, a maternidade está excluída das atribuições sociais de uma adolescente. A gravidez na adolescência não pode, por definição, responder às exigências de estabilidade afectiva e material que o nascimento de uma criança pressupõe (Le Van, 1998).

Segundo Lewis (1990), a elevada taxa de gravidezes na adolescência

reflecte uma falha na utilização apropriada de métodos de contracepção que por sua vez indica, em parte, duas outras falhas: a antecipação da actividade sexual e a negação dos riscos envolvidos.

#### Actividade sexual: níveis e tendências

Com o início da puberdade, os adolescentes são confrontados com as transformações físicas e com os impulsos eróticos e sexuais que os levam a questionar a sua identidade e o sentido da sua relação com o outro. O desenvolvimento da sexualidade não se limita apenas à actividade sexual, conduz também à emergência de uma série de questões sobre o corpo, as sensações, as trocas, o amor, a procriação e a filiação. Todos os adolescentes possuem uma vida afectiva e sexual, mas esta toma formas diferentes em função da educação, das circunstâncias e da evolução pessoal (Michaud, 1997a).

Os comportamentos sexuais diferentes da relação sexual, tais como beijos, carícias ou sexo oral, são indicadores dos níveis de sexualidade. As fantasias sexuais e a masturbação são comportamentos pessoais a que uma maioria de adolescentes adere. Supondo um *continuum* de desenvolvimento latente que reflecte a sexualidade geral, cada um destes comportamentos é simplesmente um indicador, que em combinação com outros pode ajudar a identificar a actual posição do adolescente no *continuum*. Tradicionalmente, presume-se que a relação sexual represente o resultado final de uma progressão de comportamentos íntimos no decorrer do tempo (Rodgers, 1992). Embora isso pareça ser verdadeiro entre adolescentes do sexo feminino, de raça branca, um estudo referido por Rodgers (1992) sugere que as jovens de raça negra podem ultrapassar os estádios iniciais.

É necessário distinguir o comportamento sexual explícito das atitudes sexuais ou da disposição biológica porque quer a oportunidade quer as sanções sociais e/ou religiosas podem afectar as respostas comportamentais (Rodgers, 1992).

Assim, numa primeira fase, a descoberta da sexualidade centra-se no próprio jovem: aos 15 anos, 90% de rapazes e 35% de raparigas referem ter-se masturbado. Numa segunda fase, entre os 14 e os 16 anos, tem início a partilha de prazer através de beijos e de carícias. É importante também referir que é durante a adolescência que o indivíduo constitui a sua identidade sexual definitiva (Michaud, 1997a).

Segundo Levy, Romeira e Ribeiro (1996), o início da actividade sexual activa

varia conforme os estudos e depende de múltiplos factores. Em França, a proporção de adolescentes com idade inferior a 15 anos que iniciam a sua actividade sexual é relativamente baixa: menos de um rapaz e de uma rapariga em cinco inicia a actividade sexual antes dos 15 anos de idade. Entre os 17 e os 18 anos, 50% dos jovens referiram já ter tido relações sexuais pelo menos uma vez; aos 20 anos, 80% dos jovens referiram terem pelo menos uma experiência sexual. Estes dados também significam que 50% dos jovens com idades compreendidas entre os 17 e os 18 anos, não tiveram nenhuma experiência sexual. Estes dados sugerem que a primeira relação sexual deverá ocorrer entre os 15 e os 16 anos (Michaud, 1997a).

Segundo a Academia Americana de Pediatria, nomeadamente, a Comissão para a Adolescência (1999a), refere que a percentagem de adolescentes americanos sexualmente activos aumentou significativamente nos últimos anos. Actualmente, 56% das raparigas e 73% dos rapazes têm relações sexuais antes dos 18 anos. A idade média é de 17 anos para as raparigas e 16 para os rapazes. Aproximadamente um quarto dos jovens refere a primeira relação sexual cerca dos 15 anos de idade. Os adolescentes mais jovens são particularmente vulneráveis à prática de sexo coerciva e sem consentimento. A actividade sexual involuntária foi referida em 74% das raparigas sexualmente activas com menos de 14 anos de idade e em 60% com menos de 15 anos. Os jovens sexualmente activos incorrem, geralmente, num comportamento designado monogamia em série, ao longo do tempo, que se caracteriza por relações monogâmicas de curta duração com parceiros sucessivos. As sondagens recentes indicam que 19% dos alunos do ensino secundário sexualmente activos referem ter tido quatro ou mais parceiros sexuais sucessivos.

Em Portugal, o início da vida sexual activa ocorre em média entre os 15 e os 17 anos (Levy, Romeira e Ribeiro, 1996). Num estudo realizado por estas autoras, os adolescentes com idade superior a 16 anos tinham mais tendência para terem iniciado a actividade sexual que os adolescentes de grupos etários mais baixos. Os números citados relativos à vida sexual dos adolescentes ocultam uma realidade complexa. Embora o comportamento sexual seja um pouco mais complexo que o indicado pelas respostas às questões sobre virgindade e idade de início da actividade sexual, estas constituem o mais importante indicador da sexualidade humana (Rodgers, 1992). Primeiro, a relação sexual é, virtualmente, um pré-requisito para a gravidez. Um dos aspectos preditivos da taxa de fertilidade é o espaço de tempo que a mulher está em risco de engravidar, obviamente, quanto

mais cedo tiver início a actividade sexual, maior é o período de risco.

Segundo, inúmeros riscos para a saúde estão relacionados com o início e a frequência da actividade sexual, particularmente o risco de doenças sexualmente transmissíveis. Terceiro, as recentes descobertas sugerem que muitos comportamentos não relacionados com a actividade sexual dos adolescentes, podem apresentar uma relação ténue e subtil mas importante com a actividade sexual.

É importante realçar que as atitudes e os comportamentos variam em função do contexto e do sexo. As raparigas apresentam a tendência de iniciarem a sua actividade sexual mais tarde que os rapazes, mas logo que decidem envolver-se sexualmente, apostam numa relação mais estável e duradoura. Esta diferença entre rapazes e raparigas está ligada a uma descoberta da sexualidade mais experimental e exploratória nos rapazes, mais sentimental e afectiva na rapariga (Michaud, 1997a). Rodgers (1992), refere que uma das causas desta diferença pode estar enraizada no diferencial de custos que a gravidez comporta para o homem e para a mulher.

As diferenças que se registam em termos de vida sexual não dependem apenas do género, mas também da cultura de origem e do meio profissional. Os estudos disponíveis demonstram que os jovens que frequentam o liceu iniciam a actividade sexual mais tarde em relação aos que frequentam cursos de formação profissional (Michaud, 1997a). Esta *décalage* deve-se talvez ao facto destes últimos serem rapidamente colocados na vida activa e no mundo dos adultos. Apresentam também uma grande autonomia financeira e uma maior liberdade para gerir o seu tempo. Esta diferença é ainda mais marcada nos jovens excluídos do mundo do trabalho.

Um estudo referido por Rodgers (1992), revela que, geralmente, o primeiro parceiro sexual de rapazes e raparigas têm uma idade superior à sua. Aproximadamente dois terços dos jovens iniciam a sua actividade sexual com alguém que conhecem bem, como por exemplo, o noivo ou um amigo íntimo. Cerca de um quinto têm a sua primeira relação sexual com alguém que acabaram de conhecer, sendo os homens os que mais referem este tipo de comportamento. Aproximadamente 40% dos respondentes estavam seguros ou pensavam que o seu primeiro parceiro também era virgem; cerca de 35% estavam seguros ou pensava que o seu companheiro não era virgem. Nesta questão verificou-se uma grande diferença entre os sexos: mais mulheres do que homens referiram que o

seu parceiro não era virgem e mais homens do que mulheres pensavam que o seu parceiro era virgem.

As razões citadas para o início da actividade sexual envolvem tipicamente o companheiro: cerca de metade dos homens e metade das mulheres referiram que “assim o meu companheiro gosta mais de mim”. Aproximadamente 20% dos homens e mulheres referiram “que é para agradar ao companheiro” ou “para não magoar o meu companheiro”. Cerca de 15% de homens referiram “eu forcei a minha companheira, a primeira vez que tivemos relações”, comparado com aproximadamente 2% das raparigas. Cerca de 15% de mulheres referiram “o meu companheiro forçou-me”, comparado com 7% dos homens.

Os resultados do estudo também revelaram que é necessário ter em consideração as características dos amigos, pais e irmãos. O comportamento sexual dos respondentes de raça negra, especialmente dos homens, é difícil de prever a partir do comportamento dos amigos e dos irmãos. Os padrões de actividade sexual dos adolescentes de raça branca apresentam mais semelhanças com o dos seus irmãos e amigos. Os jovens de raça branca parecem seleccionar os seus amigos de acordo com a existência de aspectos comuns, enquanto as mulheres influenciavam os amigos a tornarem-se idênticos a si próprias. Estes padrões também se verificam em relação aos irmãos. Os indivíduos de raça branca, especialmente as mulheres, apresentam mais semelhanças com os seus irmãos do que com os seus amigos. Os estudos sobre os comportamentos sexuais de mães e filhas, tanto de raça branca como de raça negra, revelaram que a experiência sexual da filha está relacionada com a experiência sexual da mãe na adolescência. Além disso, os jovens que vivem em famílias monoparentais têm tendência a ser sexualmente activos. Os pais divorciados são indubitavelmente diferentes dos não divorciados em muitos aspectos, algumas destas diferenças podem ser responsáveis pelo aumento da actividade sexual nos seus, do que o divórcio em si.

#### Utilização de contraceptivos

O mundo acelerado do século XXI faz com que os adolescentes adotem fisicamente um estilo de vida adulto antes de alcançarem a maturidade emocional. Segundo Spikes e Drapp (1991), o nível de desenvolvimento cognitivo pode ser responsável pela aparente irracionalidade do adolescente relativamente à tomada de decisão em questões ligadas ao comportamento sexual.

Os adolescentes têm de tomar decisões relativas à sua sexualidade nos



primeiros anos da adolescência. Para uma tomada de decisão consciente, o adolescente necessita de informação factual sobre sexualidade, actividade sexual e papéis parentais.

Apesar dos progressos científicos e tecnológicos, o assunto relações sexuais ainda é um tabu na maioria dos lares portugueses e poucas escolas dispõem de um programa adequado de educação sexual. Consequentemente, muitos jovens têm as suas primeiras lições acerca de sexo fora de casa, sendo as suas atitudes face ao controle da natalidade mais influenciadas pelos colegas desinformados e mal orientados do que pelos padrões dos pais (Slupik, 1996).

A falta de sensibilidade para a questão da educação sexual ainda persiste, apesar de numerosos estudos terem demonstrado que os adolescentes que possuem conhecimentos acerca da biologia da reprodução e dos métodos anticoncepcionais correm um risco menor de se tornarem sexualmente promíscuos, engravidarem ou contraírem doenças sexualmente transmissíveis. Numa família em que o comportamento sexual é discutido aberta e honestamente e onde os pais são receptivos às necessidades especiais dos adolescentes, o jovem corre um menor risco de uma gravidez indesejada fora do casamento.

Os meios de comunicação também propagam uma atitude de promiscuidade sexual, em que os impulsos são popularizados sem uma sensação concomitante de responsabilidade social e de auto-controle. Os adolescentes são induzidos a pensar que podem viver o momento sem consequências para o futuro.

A pressão do grupo de pares para iniciar a actividade sexual é bastante forte na cultura actual. Pode superar a influência dos pais ou dos amigos mais velhos. Frequentemente os adolescentes pensam que uma vez perdida a virgindade, não têm mais nada a perder.

Apesar do aumento da utilização de contraceptivos pelos adolescentes no momento da primeira relação sexual, 50% das gravidezes na adolescência ocorrem nos primeiros 6 meses após o início da actividade sexual. Muitas das adolescentes que utilizam métodos contraceptivos que necessitam de prescrição ou administração por profissionais de saúde só recorrem a uma instituição de saúde para prescrição do método após um ano ou mais do início da actividade sexual (Academia Americana, 1999b; Michaud, 1997a).

Para se compreender a problemática da anticoncepção na adolescência, é necessário ter em consideração toda a gama de dilemas psicossociais que os adolescentes enfrentam na sociedade actual, incluindo os motivos para iniciarem a

actividade sexual, as razões para não desejar, não utilizar ou interromper o uso de métodos anticoncepcionais.

A adolescente é normalmente a responsável pela tomada de decisão relativamente à actividade sexual, ao risco de gravidez e à utilização de métodos contraceptivos (Spikes e Drapp, 1991). Para estas autoras, os factores que influenciam a utilização de contraceptivos na adolescência são:

- Os padrões de actividade sexual: frequência de actividade sexual, número de parceiros e cooperação entre os parceiros da adolescente;
- Os serviços de saúde: acesso, atitude dos profissionais de saúde, horário de atendimento e custo.

Os factores que contribuem para a não utilização de métodos contraceptivos incluem:

- Crenças erradas acerca da concepção e um sentimento de imunidade face aos riscos de gravidez;
- Medo de exposição e a desaprovação do grupo de pares ou da punição dos pais;
- A crença na perigosidade dos anticoncepcionais e o medo exagerado dos efeitos colaterais;
- A falta de apoio dos companheiros ou a sua atitude negativa face aos anticoncepcionais. Alguns adolescentes acreditam que a utilização de contraceptivos diminui a espontaneidade sexual ou que interfere com as crenças religiosas.

Para Michaud (1997a), os obstáculos à utilização regular de métodos anticoncepcionais continuam a ser numerosos. Alguns obstáculos são de natureza prática, tais como a ignorância da existência de determinados meios ou a dificuldade de os obter. Nos países da Europa ocidental e no Quebec são sobretudo as razões de ordem afectiva e psicológica que predominam actualmente: relação sexual não planeada, o desejo de conservar uma certa espontaneidade, dificuldades de comunicação, inexperiência ou timidez e, a nível do inconsciente, negação, desejo inconsciente de gravidez, necessidade de confirmar a sua fertilidade. Isto demonstra a necessidade de integrar os aspectos racionais e irracionais da contracepção durante as consultas e nas actividades de educação sexual e afectiva.

Jorgesen e Sonstegard (In: Sousa, 1994) demonstraram a importância das adolescentes acreditarem que os pais aprovam a sua atitude contraceptiva. Nesse trabalho conclui-se mesmo que os pais são mais importantes que os pares como fonte de apoio na tomada de decisão quanto à selecção e utilização de métodos contraceptivos.

Para além da família, os profissionais de saúde também podem assumir um papel fundamental na educação sexual. O profissional de saúde que aborda a adolescente e o seu estilo de vida de uma forma realista e pragmática consegue melhorar a eficácia do método anticoncepcional.

Segundo Slupik (1996), quando se selecciona um método anticoncepcional para uma adolescente deve-se ter em consideração os seguintes aspectos:

- Aceitação (a adolescente será capaz de utilizar o método regularmente?);
- Eficácia do método e frequência das relações sexuais (o método é útil, é seguro para a relação inesperada, muito frequente nessa faixa etária?);
- Número de parceiros/preocupações com doenças sexualmente transmitidas (existe protecção adequada para a adolescente?);
- Custos/acesso ao tratamento médico (a adolescente tem condições financeiras para manter o método a longo prazo?);
- Motivação/autodisciplina da adolescente e do companheiro (a relutância em interromper as carícias pode resultar em má utilização do método?);
- Segurança/risco (os bons resultados a curto prazo podem provocar inconvenientes a longo prazo?);
- Aspectos pessoais, familiares, religiosos, éticos e filosóficos (podem ter influência na utilização do método?).

Os contraceptivos orais são normalmente os mais utilizados já que a pílula não está directamente relacionada com a actividade sexual como os métodos de barreira. Estes últimos são considerados pelos adolescentes como pouco práticos e perturbadores do prazer. No entanto, as sessões de educação para a saúde ao fomentarem a necessidade de protecção contra as infecções sexualmente transmitidas podem modificar a escolha dos adolescentes.

As campanhas de prevenção da SIDA têm tido um grande impacto em matéria de comportamentos sexuais: a utilização de preservativos parece ter aumentado muito sobretudo entre adolescentes. No grupo etário dos 15 aos 19 anos, a taxa de utilização passou nestes últimos cinco anos de 50 para 80% na primeira relação sexual; ele é igualmente cada mais utilizado nos encontros ocasionais ou nas primeiras relações com um novo parceiro. A utilização da pílula parece diminuir, sobretudo nos mais jovens e podemos questionar se a promoção do preservativo não conduz ao aumento das gravidezes não planificadas (Michaud, 1997a).

Os profissionais de saúde vêem-se assim confrontados com um duplo problema: por um lado evitar a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e do vírus VIH recomendando a utilização do preservativo e por outro lado, prevenir a gravidez não planeada, tradicionalmente evitada pela utilização da pílula (neste aspecto mais eficaz que a utilização do preservativo). Nesta perspectiva cada vez mais os intervenientes propõem actualmente a associação do preservativo com os contraceptivos orais. Esta abordagem permite ao casal envolvido um papel activo na contracepção (Michaud, 1997a).

É muito importante o desenvolvimento de uma atitude de apoio, confiança e confidencialidade; o encorajamento às consultas de vigilância garante a satisfação da adolescente com o método escolhido, a detecção precoce dos efeitos colaterais e complicações e a oportunidade de escolher outro método anticoncepcional quando apropriado.

Os profissionais de saúde devem comunicar adequadamente com o adolescente, principalmente quando o assunto se refere à sexualidade. Entre os princípios gerais estão a ênfase na sexualidade responsável, criando-se um ambiente seguro e confortável para os adolescentes discutirem a sexualidade e compreenderem os mitos e os erros acerca das maneiras de evitar a gravidez e os problemas relacionados com a comunicação com os pais e outros adultos.

Além disso, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de educar os jovens relativamente ao risco de infecções sexualmente transmissíveis e aos índices de fracasso associados a cada método anticoncepcional.

Segundo Stevens-Simon, Beach e Klerman (2001), estritamente do ponto de vista fisiológico, o que mais natural pode acontecer à maioria das adolescentes sexualmente activas é a gravidez, isto é, a menos que as jovens se empenhem para evitar a gravidez, provavelmente irão engravidar. Vários estudos

demonstraram que o desejo de não engravidar deve ser suficientemente forte para motivar as adolescentes a adotarem as medidas necessárias para evitar a concepção. Sabe-se que a motivação para evitar a gravidez flutua com a mudança de sentimentos acerca dos custos/benefícios entre a utilização e a não utilização de contraceptivos. Mesmo as adolescentes que não tencionam engravidar podem diminuir os seus cuidados face à contracepção por breves períodos. Durante estes, muitas engravidam.

#### Gravidez e maternidade na adolescência: níveis e tendências

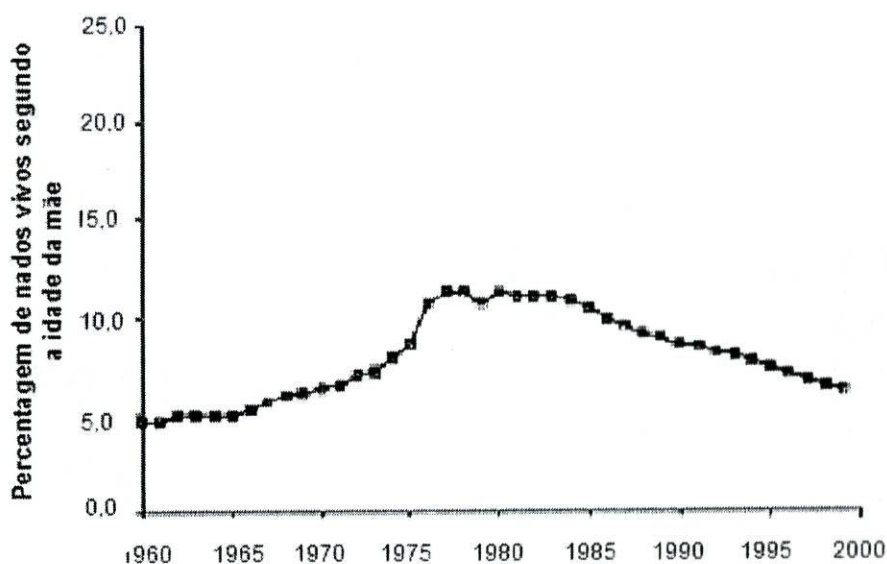
A utilização pelos *mass media* de anúncios subtis e/ou explícitos que enfatizam a actividade sexual sem que a escola e outras instituições forneçam informação adequada acerca da sexualidade e do controlo de nascimentos, as alterações nos padrões e nos comportamentos sexuais, associados à utilização inconsistente de contraceptivos, resultou numa taxa elevada de gravidez na adolescência (Emans, Laufer e Goldstein, 1997).

Os Estados Unidos possuem a taxa de natalidade na adolescência mais elevada de todos os países desenvolvidos, apesar da taxa de actividade sexual dos adolescentes do ocidente europeu ser semelhante ou superior à dos adolescentes americanos. Nos Estados Unidos, engravidam anualmente cerca de um milhão de adolescentes. A maioria destas gravidezes ocorre entre adolescentes mais velhas, isto é, com 18 ou 19 anos de idade. Aproximadamente 51% das gravidezes na adolescência dão origem a nado-vivos, 35% a interrupção voluntária e 14% a abortos espontâneos ou nado mortos (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

Em 1992, por cada 1000 raparigas com idade compreendida entre os 15 e os 19 anos, 4 deram à luz no Japão, 8 na Holanda, 33 no Reino Unido, 41 no Canadá e 61 nos Estados Unidos (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

Em Portugal, como se pode verificar na Figura 2, a maternidade precoce apresenta um ritmo de evolução em que se individualizaram três etapas distintas: valores bastante reduzidos até ao início dos anos 70; a partir de 1975, o número de jovens mães sofreu um aumento acentuado, diminuindo a partir do final dos anos 80.

Figura 2 - Maternidade precoce em Portugal, 1960-1999



A dinâmica da maternidade precoce foi sem dúvida marcada por um controle social intenso até ao 25 de Abril de 1974 e, depois desta data, pelo clima bastante permissivo que se instalou no país e pela subida generalizada da nupcialidade que acompanhou esses anos. Mais recentemente, o prolongamento da escolaridade e as campanhas de informação sobre os comportamentos sexuais de risco dirigidos aos jovens emergem como factores decisivos para o decréscimo actual da maternidade na adolescência (Almeida, André e Laland, 2002).

Apesar deste decréscimo, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 1999 foram mães mais de sete mil jovens com idade igual ou inferior a 19 anos (Estatísticas Demográficas, 1999).

Alguns autores acreditam que a taxa de natalidade mais elevada nas adolescentes americanas, em comparação com a de outros países, é atribuível apenas à elevada taxa de natalidade registada entre as minorias americanas. No entanto, entre as adolescentes caucasianas não hispânicas nos Estados Unidos a taxa de natalidade é mais elevada que a das adolescentes de qualquer outro país desenvolvido. As razões para esta contradição não são claras, mas as adolescentes europeias poderão ter acesso mais fácil e aceitarem melhor a contracepção. A contradição também pode relacionar-se com a educação sexual universal que existe em alguns países europeus. Os benefícios da segurança social

tendem a ser mais generosos na Europa que nos Estados Unidos, o que afasta a possibilidade que o sistema de segurança social actual motive as adolescentes americanas a ter filhos (Academia Americana de Pediatria, 1999a; Gilchrist e Schinke, 1987).

#### A vivência da gravidez na adolescência

O impacto da gravidez depende, frequentemente, da idade cronológica e do estágio de desenvolvimento da adolescente. No entanto, o diagnóstico de gravidez, normalmente, precipita uma crise pessoal e familiar (Davidson e Felice, 1992).

É frequente a gravidez de uma adolescente ser descoberta tardiamente por desconhecimento, receio da reacção dos pais, ausência de confidentes, ansiedade provocada pela necessidade de vigilância médica e, para algumas, a negação de uma realidade desejada mas receada logo que diagnosticada.

Por vezes as adolescentes desejam ter um bebé mas a sua aceitação, não apenas para satisfazer um projecto pessoal mas para que a criança possa elaborar o seu próprio projecto, constitui uma tarefa bastante exigente.

As razões para o desejo da gravidez são variadas. A adolescente que se sente só ou abandonada pela família ou pelos amigos pode considerar a criança um meio para obter amor e atenção. A adolescente pode pretender imitar o comportamento de uma irmã ou amiga. Pode ser pressionada pelo namorado.

A família e os amigos podem reagir à gravidez de várias formas. Algumas famílias podem sentir-se feridas ou zangadas, outras reagem com contentamento. Os amigos podem apoiar a adolescente ou afastar-se neste momento crucial.

O papel do pai da criança não pode ser esquecido. Infelizmente, existem alguns companheiros da adolescente que não se responsabilizam pela gravidez e abandonam a adolescente. No entanto, muitos pais optam pelo envolvimento na gravidez. Alguns casais decidem casar como resultado da gravidez (Davidson e Felice, 1992)

Quando uma adolescente engravida, o seu processo de crescimento físico e psíquico é abruptamente interrompido. A maturação da adolescente começa a desempenhar um papel secundário enquanto que o processo de gestação se torna predominante (Trad, 1999). Excepto, se a gravidez representar um meio inconsciente de afirmar autonomia, a oportunidade da adolescente manifestar independência face aos pais vai ser confrontada com uma série de

constrangimentos à medida que a gravidez progride. Um desses constrangimentos envolve a rápida transformação da adolescente em mãe. A gravidez, mesmo em ótimas circunstâncias, gera uma modificação maturacional dramática para a mulher. Quando a mulher grávida é uma adolescente, as tarefas desenvolvimentais da maternidade sobrepõem-se às tarefas desenvolvimentais da adolescência. O resultado é, frequentemente, confusão, interferindo com o processo de desenvolvimento da grávida adolescente e com a sua competência para estabelecer um relacionamento com a sua criança não nascida.

As tarefas desenvolvimentais atribuídas à maternidade são (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2000a; Spikes e Drapp, 1991):

- Aceitar a gravidez. A primeira tarefa a cumprir é aceitar a realidade da gravidez, isto é, acreditar que está realmente grávida. Este processo de aceitação da gravidez é fundamental para que a adolescente possa progredir nas tarefas posteriores.
- Aceitar a realidade do feto. Nesta fase, a representação do bebé torna-se progressivamente mais autónoma e realista. Esta representação é construída sobretudo através da percepção dos movimentos fetais, mas também pela visualização dos registos ecográficos.
- Reavaliar a relação com os pais. Esta tarefa está relacionada com a reavaliação da relação passada e presente com os seus próprios pais, no sentido de estabelecer um novo equilíbrio.
- Reavaliar a relação com o cônjuge. Durante a gravidez o casal prepara-se para integrar o novo ser na sua relação. Trata-se de reconceptualizar a díade, restabelecer a relação enquanto casal de forma a satisfazer as necessidades da criança e formar uma nova aliança emocional. Esta aliança deve permitir a partilha e a articulação de diferentes tarefas.
- Aceitar o bebé como uma pessoa separada. Nesta fase, a adolescente deve aceitar o bebé como entidade independente de si e com necessidades próprias. Enquanto a criança se desenvolve no útero materno, existe a tendência de fusão da identidade a nível físico e psíquico. Este sentimento de fusão necessita ser resolvido (Trad, 1999).



- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade. Nesta fase, a adolescente deve reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade implica, aceitar as mudanças inerentes a este estágio e adaptar-se a esta nova situação, de acordo com a sua identidade anterior.
- Reavaliar e reestruturar a relação com o (s) outro (s) filhos. Quando a adolescente está grávida pela segunda ou terceira vez, é importante que integre a ideia de mais um filho, enfrente as suas preocupações e ajude o (s) outro (s) filho (s) a preparar (em)-se para o nascimento do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel de família.

Segundo Trad (1999), as adolescentes têm tendência a construir uma representação errada do feto. Num estudo apresentado por este autor, as adolescentes consideravam o feto como uma “coisa”. Quando convidadas a desenhar o feto dentro do útero, tendiam a desenhar imagens não realistas. As grávidas adolescentes, na fase média da adolescência, possuíam uma representação ligeiramente mais realista, mas continuavam a desenhar o feto como tendo um tamanho anormalmente grande, uma descrição que correspondia aos seus sentimentos pela criança. Estas ideias sugerem que a adolescente tem uma percepção errada acerca da gravidez e do seu significado.

A percepção errada do desenvolvimento fetal pode ser responsável pela falta de vigilância da gravidez, pela não adesão à dieta prescrita e pelo consumo de álcool e tabaco durante a gravidez. Revela também que a adolescente provavelmente não terá capacidade para prever determinados acontecimentos durante a gravidez e terá repercussões nocivas após o parto (Trad, 1999).

#### Evolução da gravidez

Apesar da necessidade de vigilância pré-natal precoce e exaustiva, muitas adolescentes recebem cuidados pré-natais escassos ou tardios. Esta situação provavelmente deve-se ao adiamento da confirmação do diagnóstico. Embora a gravidez na adolescência seja, normalmente, considerada de alto risco (André-Michaud, 1997), os estudos recentes revelaram que as grávidas adolescentes cujo diagnóstico foi realizado precocemente e que receberam cuidados imediatos e consistentes de acordo com as suas necessidades não apresentam risco de complicações mais elevados que as grávidas adultas da mesma raça ou do mesmo

nível sócio-económico. Outros factores além da idade influenciam a elevada morbilidade registada entre as adolescentes grávidas.

Comparativamente com as grávidas adultas, as adolescentes apresentam uma elevada percentagem de hipertensão induzida pela gravidez, anemia, deficiência nutricional e parto prematuro. As adolescentes são responsáveis pelo aumento de 25% dos partos prematuros nos Estados Unidos. Além disso, existe uma elevada percentagem de baixo peso ao nascer das crianças filhas de mães adolescentes em relação às crianças filhas de mulheres adultas. Este baixo peso ao nascer contribui para que a taxa de mortalidade neonatal entre algumas populações de adolescentes seja elevada face à média nacional. É importante realçar, a idade não é considerado o único factor responsável por estas diferenças.

Mesmo nas adolescentes com idade inferior a 15 anos, as complicações não se devem à idade em si, mas ao contexto em que estão inseridas: más condições económicas e sociais, falta de apoio afectivo, ausência frequente de vigilância médica. Um acompanhamento de boa qualidade, apoio afectivo e social e vigilância médica adequada da gravidez permite geralmente uma gravidez e um parto sem complicações.

Os cuidados pré-natais exaustivos para as grávidas adolescentes são essenciais para a obtenção de bons resultados. Tem sido claramente demonstrado que as adolescentes que recebem cuidados pré-natais numa instituição em que existe uma equipa interdisciplinar apresenta um melhor resultado médico e psicossocial durante e após a gravidez. A equipa interdisciplinar normalmente inclui um obstetra, um pediatra, um nutricionista, uma assistente social e uma enfermeira.

Os cuidados pré-natais exaustivos podem ser oferecidos em diferentes tipos de instituições. Devido à natureza complexa da gravidez na adolescência, todos os membros da equipa devem ser sensíveis às necessidades especiais da grávida. É particularmente importante ter um serviço de apoio disponível para ajudar a adolescente e a sua família a adaptar-se às reacções emocionais, psicossociais, físico e económicas associadas à gravidez. Sempre que possível este apoio deve ser extensível ao companheiro da adolescente.

A avaliação nutricional e o respectivo acompanhamento são essenciais na gravidez na adolescência. As grávidas adolescentes apresentam, frequentemente, maus hábitos nutricionais que contribuem para o aumento dos problemas nutricionais durante a gravidez. O consumo adequado de calorias, proteínas, vitaminas e minerais é importante para a saúde da adolescente e para o

desenvolvimento fetal. Um pequeno aumento de peso durante a gravidez contribui para o nascimento de uma criança com baixo peso.

Como parte integrante dos cuidados pré-natais, o contacto com outras adolescentes com uma experiência similar revela-se frequentemente tranquilizadora para a adolescente. Nestes encontros, os profissionais de saúde também podem fornecer informação sobre nutrição, desenvolvimento fetal, trabalho de parto, contracepção e doenças sexualmente transmissíveis.

O número de consultas pré-natais varia, dependendo dos problemas e necessidades da adolescente, mas normalmente as adolescentes necessitam de mais consultas que uma grávida adulta. Um esquema típico inclui visitas de quatro em quatro semanas até às 36 semanas e depois de duas em duas semanas até às 40 semanas (Direcção-Geral de Saúde, 1993). Estas consultas destinam-se à vigilância pré-natal e à realização de sessões de educação para a saúde individuais e em grupo. Os assuntos a serem discutidos incluem o processo de gravidez, nutrição, exercício físico, sinais de alarme que podem indicar a existência de complicações, consumo de medicamentos e outras drogas, cuidados ao recém nascido, preparação para o parto, adaptação psicológica e familiar à gravidez e à contracepção.

#### Consequências psicossociais da gravidez na adolescência

Mais de 90% das jovens entre os 15 e os 19 anos referiram que a sua gravidez não foi programada e mais de 50% dessas gravidezes terminaram em aborto (Academia Americana de Pediatria, 1999a). A gravidez na adolescência pode ter consequências a curto e a longo prazo e afecta as adolescentes, as crianças, as famílias e os companheiros (Juszczak, 1992). As consequências para a adolescente manifestam-se a nível educacional, vocacional, psicossocial, marital e consequentemente no seu futuro.

#### IMPACTO EDUCACIONAL, VOCACIONAL E ECONÓMICO

A consequência mais imediata e óbvia da gravidez é a interrupção da escolaridade. A gravidez é uma das razões mais frequentes que as raparigas apontam para não completarem a escolaridade. As dificuldades académicas anteriores e as baixas expectativas vocacionais podem desempenhar um importante papel na decisão da adolescente em abandonar a escola.

Depois do parto, muitas jovens mães expressam o desejo de continuar os estudos, mas dificuldades várias impedem-nas de regressar à escola. Embora se tenha vindo a verificar um aumento do número de jovens mães que completaram o ensino secundário na última década, o pertencer à raça negra e quanto mais nova for na altura da primeira gravidez continuam a ser factores de risco para o abandono escolar. Geralmente, o número de anos de escolaridade é menor nas jovens que foram mães na adolescência comparativamente com as jovens que adiam a gravidez e a maternidade para a idade adulta.

Intimamente relacionada com a interrupção da escolaridade está, frequentemente, a diminuição de oportunidades de emprego para as jovens mães. Com a diminuição do nível educacional advêm os empregos que exigem menos competências, menor satisfação profissional e más perspectivas em relação ao mercado de trabalho. As mães adolescentes oriundas de famílias de baixo nível sócio-económico também têm tendência para se manterem nesse nível. O ciclo perpetua-se e voltam a recorrer à assistência social, que não constituindo um incentivo económico à maternidade significa um meio de subsistência.

Muitas grávidas adolescentes são solteiras e dependentes da sua família. Em alguns casos as famílias também apresentam dificuldades financeiras. O companheiro embora mantenha contacto social com a adolescente, raramente é uma fonte de apoio económico significativo.

#### RELACIONAMENTO FAMILIAR E IMPACTO PSICOLÓGICO

A maternidade na adolescência está associada com a interrupção do crescimento social e emocional. As jovens mães estão vulneráveis não só a problemas a nível educacional e económico mas também a dificuldades a nível familiar, do relacionamento social e de competências parentais. Numa altura da sua vida em que o estabelecimento da independência, a formação da identidade, o desenvolvimento de planos para o futuro e o estabelecimento de relações sociais são tarefas que tentam realizar, as exigências da gravidez e da maternidade vêm complexificar todo este processo.

As grávidas adolescentes que se mantêm na sua família apresentam uma maior probabilidade de não sofrerem as consequências negativas da maternidade precoce. Apresentam maior probabilidade de continuarem os seus estudos e melhorarem a sua situação económica em relação aquelas que decidem abandonar a sua família ou aquelas que são obrigadas a fazê-lo. A família pode fornecer um

importante apoio à jovem oferecendo modelos de papéis parentais, ajuda na prestação de cuidados à criança e apoio emocional e económico.

No entanto, a permanência no seio da família pode ser problemática. Para as adolescentes que se debatiam com a tarefa de estabelecer a sua independência face à família, a gravidez pode aumentar a dependência devido às suas necessidades e às necessidades da criança. Também as tentativas da adolescente para controlar as tomadas de decisão em relação à criança podem sofrer a interferência da família. A decisão da jovem para pôr termo ou para manter o relacionamento com o companheiro pode também ser sugeridas pela família.

Embora existam poucos estudos que apoiem a elevada incidência de problemas de saúde mental entre mães adolescentes, as necessidades nesta área merecem um enorme interesse. As jovens mães estão identificadas como apresentando um alto risco de problemas de saúde mental, incluindo a depressão, a ansiedade, os sintomas psicossomáticos, o consumo de substâncias e os problemas a nível familiar.

#### ESTABILIDADE MARITAL E RELACIONAMENTO COM A CRIANÇA

É pouco frequente as adolescentes elegerem o casamento para legitimar a gravidez. Esta tendência está associada a uma deterioração significativa no bem-estar das jovens mães e das suas crianças. Os casamentos de adolescentes estão geralmente identificados como muito instáveis e, frequentemente, terminam em separação e divórcio. Muitos dos que se mantêm casados referem apresentar problemas matrimoniais graves. As adolescentes que optam pelo casamento apresentam menor probabilidade de continuar os seus estudos e uma maior probabilidade de num curto espaço de tempo engravidar novamente comparativamente com as jovens que se mantêm solteiras.

As gravidezes posteriores de mães adolescentes são objecto de grande interesse. 20% das mães adolescentes com idade entre os 15 e os 17 anos engravidam novamente dois anos após a primeira gravidez; 41%, após três anos. As taxas são menos elevadas para as mães adolescentes com idade inferior a 15 anos. A suposição de que a experiência de gravidez e maternidade e os seus efeitos actuam como dissuasores para a não utilização de métodos contraceptivos é errada. As jovens mães, tal como o seu grupo de pares sem filhos, necessitam de informações acerca de métodos contraceptivos, da consulta de planeamento familiar e outros serviços de apoio que a possam ajudar a adiar uma nova gravidez

até atingir a idade adulta.

O baixo nível de escolaridade, o aumento das taxas de instabilidade matrimonial e de fertilidade expõem estas jovens a um alto risco de pobreza. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde mantenham uma avaliação constante do impacto da maternidade na jovem mãe, incluindo o progresso escolar, o nível sócio-económico, o relacionamento familiar, a relação com o pai da criança, a sensibilidade em relação às necessidades da criança, a saúde mental, o risco de novas gravidezes e as necessidades de ensino face aos cuidados a prestar à criança.

As intervenções planeadas para reduzir o impacto da maternidade precoce devem ser exaustivas e interdisciplinares, oferecendo uma variedade de serviços médicos, sociais, psicológicos e educativos.

Segundo Deschamps e Alvin (1997), para uma jovem mãe não é fácil encontrar o equilíbrio entre o exercício da função parental e a realização das tarefas da adolescência. De uma forma geral, é desejável que as adolescentes retomem a sua escolaridade após o nascimento, já que esta favorece o prognóstico familiar e social. Numerosos estudos mostram também que com uma boa rede de suporte, a mãe adolescente ou a jovem família manifestam uma boa atitude parental. A falta de apoio afectivo e social são factores de muito mau prognóstico.

## 2. ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA: ENQUADRAMENTOS

*"Pour que le temps passe sans trop de casse"*

(Huerre, 2001, p.10)

A família, sob a forma tradicional ou sob as novas formas emergentes, constitui um nível essencial da vida social e, embora com os seus defeitos, o melhor meio para o indivíduo nascer e se desenvolver. A família oferece a segurança, material e afectiva, necessária a todos os indivíduos (Décoret, 1998).

Em condições "normais" de desenvolvimento, durante a adolescência ocorre uma mudança radical nas relações do indivíduo com a sua família. Da infância ao início da maturidade, um processo evolutivo, marcado por numerosas transformações que resultam de crises mais ou menos reparáveis, conduz o sujeito de uma relação de dependência a uma relação de autonomia em relação à família de origem (Schmit, 1997).

Enquanto a criança constrói a sua identidade apoiando-se no seu sentimento de pertença a uma família, o adulto deve distanciar-se desta para conduzir a sua vida pessoal, encontrar o seu lugar na sociedade e, eventualmente, fundar uma nova família. O adulto mantém laços afectivos fortes com os seus pais, mas estes são de natureza diferente dos anteriores, resultam de uma diferenciação entre as imagens parentais construídas na infância e as interacções actuais com os pais, sendo estas também diferentes. Esta passagem, fonte de nostalgia e por vezes de mágoa, fortalecidas tanto pelas crianças como pelos pais, inscritas numa lógica de separação psíquica não só entre os seres mas também entre as etapas sucessivas do ciclo de vida (Schmit, 1997).

Existem testemunhos ao longo da História que demonstram que sempre foi difícil desempenhar o papel parental no período de adolescência dos filhos. Platão e Heródoto referiam-se à falta de respeito dos jovens em relação aos seus pais; o início do século XX foi marcado pelas representações de medo dos jovens e actualmente é frequente a alusão a perturbação parental (Huerre e Renard, 2001).

Segundo Huerre e Renard (2001), existem conflitos de gerações inevitáveis durante a adolescência. Conflitos de interesses, culturais, de experiência, ...que marcam as diferenças e determinam a pertença a uma geração. Para estes autores, este sentimento de pertença cada vez menos será adquirido pela vivência

de grandes momentos históricos, tal como aconteceu com as gerações precedentes, e mais se deverá ancorar nas "pequenas histórias".

Durante a adolescência dos filhos, os pais necessitam negociar novas formas de laços, permitindo a separação sem que estes se percam ou rompam. Esta negociação foi até ao século XIX pré-organizada por ritos sociais, que libertavam os pais em grande parte da carga agressiva que o processo de aquisição de autonomia comporta (Huerre e Renard, 2001).

A maioria dos pais sentem-se satisfeitos por ver o adolescente a adquirir autonomia e aceder ao estatuto de adulto com as vantagens e as desvantagens que este processo implica. No entanto, subjacente a esta satisfação, percebem-se com frequência sentimentos mais ambíguos responsáveis pela chamada crise parental (Huerre e Renard, 2001; Braconnier e Marcelli, 2000).

A crise parental é suscitada simultaneamente por numerosas perdas, que os pais devem aceitar, e pela tensão relacional susceptível de se instalar entre dois adultos de gerações diferentes, quando o pai/mãe não quer reconhecer o estatuto ao qual o outro (filho/filha) quer aceder. Assim face ao adolescente que evolui para o estado de adulto, o progenitor pode sentir-se abandonado, esquecido ou manifestar uma rivalidade agressiva, invejosa e possessiva (Braconnier e Marcelli, 2000).

Para falarmos de família como contexto para o desenvolvimento durante a adolescência, é importante neste capítulo apresentar a família: conceitos, teorias e processos; a evolução do papel da família; as dinâmicas de socialização e adolescência, família e sociedade.

## 2.1 . A FAMÍLIA: CONCEITOS, TEORIAS E PROCESSOS

O Ano Internacional da Família em 1994 colocou a família no centro das atenções. Durante aquele evento foi vivamente demonstrada a diversidade das formas familiares e reafirmada a importância da família em todas as partes do mundo, mesmo definida de forma muito variável.

De facto, actualmente, a influência da família no destino pessoal não pode ser questionada. Quer seja percebida como uma instituição ou como um sistema de relações, a família constitui o primeiro espaço social onde os recursos mobilizáveis são percebidos pelos indivíduos (Bawin-Legros, 1996).



Para Bawin-Legros (1996, 1988), o termo família é simultaneamente comum e ambíguo. Comum ao nível dos laços que pressupõe: antes de ser "eu", o indivíduo nasce numa família, tem o nome de família. Ambíguo, porque embora apareça como biológica, é também social pelas suas funções e pela geometria dos laços que estabelece, pelo sistema de representações que constrói e sobre o qual existe. Com efeito, os laços verticais asseguram a continuidade das gerações, a transmissão da filiação, dos bens e do nome; os laços horizontais permitem a dois indivíduos deixarem a sua família e constituírem uma nova.

Segundo Bawin-Legros (1988), a dificuldade em definir o termo família advém desta estar universalmente presente pela realidade biológica que pressupõe, pela organização e pelo sistema de representações que constitui a sua base, face à estrutura demográfica de cada sociedade, do seu modo de produção económica, das suas crenças religiosas e das suas normas. Esta autora, refere ainda que para reconhecer a diversidade da família e os seus laços íntimos, é necessário possuir definições que incluam simultaneamente as dinâmicas da família e as suas relações de intimidade. É notório em muitos trabalhos de pesquisa sobre família, que o que a define é o processo e não a forma.

Assim, compreender as práticas familiares é abordar imediatamente a especificidade dos laços que observamos em relação a todos os outros laços sociais, compreender as dinâmicas nas quais as práticas se inscrevem à medida da complexidade das transacções entre cônjuges e/ou entre pais e filhos; é também objectivar os constrangimentos ligados às desigualdades de partida (sexo, classe) e dos encadeamentos, das sucessões de acontecimentos (doença, perda ou aumento de recursos) que, pouco a pouco, constroem as relações nas quais o quadro normativo se modifica com os acontecimentos que fazem e desfazem a trama da vida. Somos produto da nossa história mas também a produzimos diariamente, o encadeamento de escolhas e de constrangimentos que se chocam, que se acomodam, se modificam, se descobrem sob o traço da desconfiança, do ajuste, do amor ou da sexualidade (Bawin-Legros, 1996).

Espaço simultaneamente físico, relacional e simbólico aparentemente mais conhecido e comum a ponto de ser utilizado como metáfora para todas as situações relacionadas com naturalidade, espontaneidade e com reconhecimento sem necessidade de mediação, a família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais (Saraceno, 1997).

É dentro das relações familiares, tal como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida do indivíduo que mais parecem pertencer à natureza, recebem o seu significado e através deste são entregues à experiência individual: o nascer e o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade e a procriação (Saraceno, 1997).

Segundo McDaniel e Tepperman (2000) a família é um grupo de pessoas com regras e papéis estáveis e com características padrão, que cooperam para se apoiarem mutuamente a nível emocional, material e outro. Comunicam frequentemente, conhecem-se bem uns aos outros, reconhecendo que os seus destinos estão ligados. Para estas autoras, o termo família traduz a noção de vínculo, sentimento e intensidade emocional. Para muitos, a família constitui o círculo de relações mais importante, o primeiro elo de ligação ao mundo social e algo muito importante ao longo da vida.

McDaniel e Tepperman (2000), referem ainda que a família, como grupo social, partilha numerosas características, tais como:

- Dependência e intimidade. Em todos os relacionamentos íntimos existe um vínculo e uma certa dependência ou interdependência. Muitas relações de trabalho e de amizade incluem um certo grau de dependência emocional, baseada na familiaridade e na expectativa de reciprocidade. No entanto, é importante salientar que os membros adultos da família possuem normalmente uma relação a longo prazo e de exclusividade. Para muitos o essencial da qualidade de vida familiar é o forte investimento emocional. Supõe-se que as boas famílias promovem a intimidade (relacionamento satisfatório), o crescimento e o desenvolvimento das crianças, o bem-estar material e de saúde dos seus membros, a auto-estima e a adaptação mental. A afectividade ou o amor é um dos laços cruciais entre os membros da família. A família é considerada um local de refúgio e o local onde o indivíduo será sempre amado independentemente do que quer que aconteça. Estas condições ideais nem sempre se verificam na prática.
- Sexualidade. Na família o relacionamento sexual é permitido e esperado entre determinados membros, mas socialmente proibidas entre outros. A actividade sexual das mulheres e a sua sexualidade sempre foi mais controlada que a dos homens. Esta situação deve-

se ao facto das famílias, nas sociedades dominadas pelos homens, sentirem que possuem direitos de propriedade relacionados com as capacidades reprodutivas e sexuais da mulher. A mulher é definida por lei como sendo propriedade sexual do marido e não pode, em termos legais, ser violada por ele, uma vez que a actividade sexual é um direito do marido. A transmissão de propriedades também depende da fidelidade sexual da mulher podendo o homem assegurar-se que os filhos que herdaram as propriedades são de facto seus;

- Protecção. Existe uma clara expectativa cultural de que as famílias protegerão os seus membros de toda a espécie de perigos. Supõe-se que os pais e os avós protejam as crianças de acidentes, os afastem de drogas, álcool e outras formas de perigo. Supõe-se ainda que os cônjuges se protejam mutuamente; que os pais protejam os filhos e que estes quando adultos protejam e ajudem os pais. Na realidade, os membros da família falham frequentemente nestes aspectos e apesar dos seus melhores esforços o mal acontece aos membros da família. Pior, muitos negligenciam, exploram e abusam dos membros da família;
- Risco e poder. O risco emerge no seio da família, por vezes, um considerável risco pessoal. Recordemos que as famílias são pequenos grupos sociais cujos membros despendem um grande período de tempo juntos e dependem uns dos outros para satisfazer necessidades económicas e outras. Existem diferenças substanciais a nível de poder, força, idade, recursos sociais entre os seus membros. São estas diferenças que conduzem ao poder patriarcal, um facto central na história da vida familiar nas mais conhecidas sociedades. O homem domina porque possui e controla mais os recursos e ainda porque a sociedade lhe conferiu privilégios.

No entanto, McDaniel e Tepperman (2000) salientam que é importante ter em consideração que as famílias são extraordinariamente diversas tornando-se difícil estabelecer regras gerais acerca dela e que devemos, progressivamente, alargar e rever as noções de relações íntimas em geral e de relações familiares em particular. Normalmente, as famílias, como sistemas sociais, são constituídas por indivíduos que vivem conjuntamente durante um longo período de tempo ou que tencionam fazê-lo, estão ligados por um contrato legal ou por investimento

emocional ou por ambos e podem prestar cuidados a um ou mais membros.

As Nações Unidas em 1991 definem família através das suas importantes funções sócio-económicas, tais como o apoio emocional, financeiro e material dos seus membros, a prestação de cuidados, a preservação e a transmissão de valores culturais e como promotora do desenvolvimento pessoal.

Décoret (1998) também considera ser difícil definir o termo família. Este autor apresenta cinco referências a ter em atenção para definir a família elementar: (1) a genética (a família é constituída por um homem e uma mulher casados e seus descendentes); (2) a residência (a família é constituída por indivíduos adultos e por crianças que vivem sob o mesmo tecto); (3) a ligação afectiva e educativa (a família é constituída por adultos de sexos diferentes e pelas crianças que nascem da sua união); (4) o estatuto económico (a família é uma unidade de produção e de consumo); (5) o estatuto jurídico (a família é constituída por pais e crianças unidos por direitos e obrigações).

Segundo este autor, o problema é que apenas a família clássica responde a estes cinco critérios. Então como designar as configurações híbridas? Como definir as famílias adoptivas, as famílias monoparentais, as famílias reconstituídas onde um dos ex-cônjuges não tem a intenção de deixar o novo cônjuge desempenhar o seu papel parental? Observa-se a emergência de uma nova configuração familiar sob a pressão do trabalho feminino cada vez mais qualificado e das dificuldades de emprego (as famílias formadas em torno de um casamento onde os esposos exercem a sua profissão em duas cidades diferentes, vivendo nesses locais com um(a) amigo (a). Acrescentemos os recasamentos múltiplos, os casais homossexuais, as mães de aluguer e verificamos a existência de numerosas realidades que não podem deixar de ser consideradas famílias.

Sendo verdade que a família moderna é a família conjugal ou nuclear, desde à alguns anos tornou-se patente que não existe um modelo único de família moderna. A questão das tipologias familiares tornou-se extremamente complexa. A pluralidade de modelos familiares, isto é, de variantes da família conjugal é um problema antigo (Bandeira, 1996).

É importante recordar que durante muitos séculos a família não só garantiu a continuidade das gerações mas também constituiu uma verdadeira empresa. A estrutura e a amplitude da família dependia dos recursos materiais, legais e culturais que no decurso das épocas e nas diversas classes sociais existiam para fazer face aqueles deveres (Saraceno, 1997).

Demógrafos e historiadores sociais que investigaram a estrutura da família predominante na Europa Ocidental, revelaram que a partir de meados do século XV a estrutura conjugal nuclear era o modelo de estrutura familiar predominante em diversos países da Europa do Norte, particularmente em Inglaterra. A este tipo de família parecia contrapor-se não só um suposto "modelo de família oriental", de estrutura múltipla descendente, mas também um "modelo de família meridional", onde prevaleciam famílias múltiplas de vários tipos: da horizontal própria de algumas zonas da França meridional, à família múltipla descendente dos rendeiros toscanos, à família com descendência de certas zonas da Áustria meridional e do Tirol (Saraceno, 1997).

A família do passado parece ser muito mais instável e sujeita a desagregação do que a família contemporânea. Viuvez, novos casamentos, novos pais davam lugar, sobretudo aos homens a uma forma de poligamia sucessiva, embora a religião e os costumes impusessem a indissolubilidade do casamento. Relativamente à estrutura da família, proporcionavam situações complicadas, semelhantes em certo sentido às actuais famílias reconstruídas: filhos de "várias camas" podiam conviver sob o mesmo tecto de maneira análoga ao que acontece hoje nas famílias que têm origem no casamento entre divorciados. Outro factor de instabilidade da família no passado era constituído pelos fenómenos migratórios. Estes envolviam principalmente, as famílias camponesas que faziam emigrar alguns dos seus membros.

Pelo contrário, a diminuição da mortalidade, o aumento e diversidade dos recursos disponíveis para os indivíduos e para as famílias, fenómenos desenvolvidos em pleno no último século, teriam favorecido a estabilidade da família ao longo do ciclo vital (Saraceno, 1997).

Desde o fim da segunda Guerra Mundial até hoje assistiu-se a um aumento do número de famílias, superior ao aumento da população, a uma redução da dimensão das próprias famílias e finalmente a uma diferente distribuição percentual dos vários tipos de estrutura familiar. Estes fenómenos são a consequência tanto de comportamentos individuais e familiares como de processos demográficos diversos (Saraceno, 1997).

Segundo Durkheim, a família contemporânea foi construída progressivamente como um espaço privado onde os seus membros gradualmente manifestaram interesse em estar juntos, em partilhar uma intimidade e sensibilidade acerca da qualidade das suas relações. Esta separação progressiva dos espaços

público e privado caminha paralelamente ao aumento da importância da afectividade na regulação das relações intrafamiliares (Singly, 1993).

Singly (1993), divide a história da família contemporânea em dois períodos. O primeiro, do século XIX até aos anos 60 em que se constata a coincidência entre a instituição do casamento e a centração nas relações interpessoais. O modelo de referência é constituído por três elementos: o amor no casamento, a divisão estrita do trabalho entre o homem e a mulher e a atenção prestada à criança (saúde e educação). O segundo período, a partir dos anos 60, em que o modelo de mulher no lar é criticado, particularmente pelas feministas. A estabilidade do casamento diminui e a coabitação sem casamento aumenta. A instituição matrimonial e os papéis sexuais não desaparecem mas perdem uma grande parte da sua legitimidade.

A afectividade, durante muito tempo afastada da família e do casamento, conseguiu entrar na instituição do casamento. Durante o primeiro período da família contemporânea, acreditou-se que a fusão destes elementos seria durável. A passagem do primeiro para o segundo período traduz uma acentuação de uma característica do primeiro período: a centração nas relações. O que muda é o facto das relações não serem valorizadas a não ser para a satisfação do desejo individual de cada um dos membros da família.

Para Singly (1993), o individualismo contemporâneo destabiliza a família, sem a tornar inútil. O casamento permite, a cada um dos elementos do casal, o reconhecimento social de uma competência específica: o facto de viver a dois é valorizado por testemunhar que a identidade do indivíduo não está reduzida à dimensão social, que compreende outros valores mais profundos. O celibato demonstra, em parte, um *handicap* uma vez que a ausência de vida conjugal conhecida pode significar uma falta de humanidade ou um forte investimento no sucesso social.

Do ponto de vista das relações entre os sexos, a segunda fase da família contemporânea caracteriza-se por um triplo movimento: a diminuição da dependência objectiva da mulher; a manutenção dos investimentos profissionais e domésticos diferenciados segundo o sexo e um aumento do sentimento de escapar aos papéis sexuais, emergentes dos compromissos conjugais. Após a década de 60, os indivíduos tendem a estabelecer um compromisso condicional face à família construída. Aproximadamente um terço dos casais que contraíram matrimónio nos anos 80 divorciaram-se ou estão em vias de divórcio e fazem-no cada vez mais

cedo (a frequência máxima de duração do casamento é de 4 anos).

A instabilidade conjugal tem efeitos desiguais nos indivíduos de ambos os sexos. A vida conjugal altera a posição profissional dos capitais sociais e culturais das mulheres. Durante o casamento, esta desigualdade é mascarada pela partilha dos rendimentos entre os cônjuges e pelo acesso das mulheres a um nível ou a um estilo de vida equivalente ao do seu companheiro. O divórcio provoca um empobrecimento para a maioria das mulheres.

Os trabalhos de investigação sobre as relações de parentesco na família contemporânea, revelam uma família nuclear que vive no interior de uma densa rede de relações e trocas entre parentes. As mulheres que usufruem desta rede de apoio apresentam uma menor probabilidade de estarem expostas aos riscos de pobreza (Saraceno, 1997).

Para compreender a complexidade da vida familiar contemporânea podem ser utilizadas várias teorias (Friedman, 1992). Cada teoria tem a sua própria concepção de bem-estar da família e analisa as soluções para resolver os problemas familiares, quando existentes (Zimmerman, 2001; Gruhn e Rebach, 1996). O conhecimento das teorias, permite seleccionar a que parece mais adequada a uma determinada família (Zimmerman, 2001).

As teorias cujo objecto é a família, inscrevem-se num quadro ideológico relacionado com as condições históricas que permitiram a sua emergência (Bawin-Legros, 1996, 1988). O termo ideologia refere-se a um particular sistema de crenças em vigor numa dada sociedade, num dado momento histórico e em que a sua natureza é *a priori* alheia à actividade científica (Bawin-Legros, 1988).

Friedman (1992), destaca essencialmente três grandes teorias: a estruturo-funcional, a desenvolvimental e a dos sistemas gerais. As teorias estruturo-funcional e a dos sistemas não são mutuamente exclusivas, a teoria estruturo-funcional pode ser considerada a primeira forma da teoria dos sistemas.

Das três teorias acima mencionadas, a teoria dos sistemas é claramente a mais abrangente e poderosa, como demonstra a sua aplicação em numerosas áreas, tais como, a educacional, a engenharia, a informática e a comunicação. Nos últimos 30 anos registou-se um aumento da utilização da teoria dos sistemas a nível dos cuidados de saúde, nomeadamente em enfermagem, como alicerce da sua organização estrutural (Friedman, 1992).

### Teoria estruturo-funcional

A teoria estruturo-funcional da família foi desenvolvida por Talcott Parsons e Robert Bales, tendo sido publicada em 1955. Esta teoria inscreve-se no paradigma determinista e estático do estruturo-funcionalismo que dominou a sociologia americana e europeia no pós-guerra (Bawin-Legros, 1988).

Naquela época, na Europa valorizava-se o determinismo social, a reprodução dos papéis sociais no interior das famílias e em todos os campos sociais; nos Estados Unidos evidenciava-se o conceito de função, que traduzia finalidade, valor e uma certa dinâmica social.

Embora pareça existir contradição na utilização diferencial dos conceitos estruturo-funcionalistas de um lado e de outro do Atlântico, as duas correntes, determinista e funcionalista, reenviam para a mesma lógica social: aquela que remete cada objecto ao seu lugar com a finalidade que é imposta pela natureza e pela estrutura dos objectos (Bawin-Legros, 1988).

Adaptada à família, esta teoria apresenta a vantagem de reforçar o modelo de família conjugal e de se associar aos acontecimentos que tiveram lugar nos anos 50-60, caracterizados por um certo triunfalismo familiar.

Na teoria estruturo-funcionalista, a família não é considerada como um pequeno grupo isolado ou como um subsistema independente da sociedade global mas como um subsistema interdependente que estabelece múltiplos laços com outros subsistemas e com o sistema social total. A teoria da família de Parsons, compreende três aspectos: uma teoria das funções da família, uma teoria da estrutura da família americana e uma teoria dos papéis femininos e masculinos. Estes três aspectos não constituem partes isoladas de uma teoria mas formam a teoria na sua totalidade, apenas para a sua análise se considera estes aspectos separadamente.

### TEORIA DAS FUNÇÕES DA FAMÍLIA

Para podermos compreender a teoria de Parsons é necessário conhecer a sua percepção de mudança social, dominada pelo conceito de diferenciação. Segundo Parsons (a diferenciação correspondia a uma especialização progressiva que conduzia as sociedades modernas a desenvolver novas instâncias que se apoderavam de funções anteriormente exercidas por instâncias não especializadas.

O exemplo típico desta mudança foi a diferenciação das tarefas domésticas



que sobreviveram após a família alargada ter abandonado a função de agente de produção económica e a responsabilidade financeira e educativa ter sido transferida para outros grupos sociais (serviços sociais, escola, média, hospitais).

No entanto, Parsons não considerou esta diferenciação de tarefas uma perda para a família mas um ganho. Na sua perspectiva, logo que uma unidade abandonava determinadas funções ficava livre para exercer melhor aquelas que se mantinham e para desenvolver novas. Assim, a família permanecia uma unidade vital, altamente especializada no apoio afectivo e emocional dos seus membros e esta função exigia competências complexas.

Para Parsons, a família dos anos 50, longe de ser desorganizada, possuía na sua estrutura e nas suas funções elementos que permaneciam associados à procriação e à socialização das crianças.

A família vai exercer duas funções fundamentais e irredutíveis: a socialização primária das crianças para que, posteriormente, possam vir a ser membros da sociedade e a estabilização da personalidade dos adultos, estando estas duas funções ligadas.

O processo de socialização primária tem como objectivo principal a interiorização pela criança da cultura da sociedade em que está inserida. O determinante mais importante da estabilidade desta cultura reside na manutenção dos valores. Para exercer esta função, a família devia estar integrada no seu sistema social e partilhar as ideias centrais da cultura desse sistema.

Relativamente à estabilização do adulto, esta função era assegurada principalmente pelo casamento, em que os membros do casal se uniam e os laços com a família de orientação, particularmente com os pais e os irmãos, enfraqueciam. Esta hipótese restringia a solidariedade familiar unicamente ao cônjuge.

## TEORIA DA ESTRUTURA DA FAMÍLIA

Segundo Parsons, a família contemporânea possui os seguintes traços estruturais: trata-se de uma família nuclear relativamente isolada da família alargada com residência neolocal; funda-se sobre o sistema bilateral de parentesco e tem por base o casamento; os seus valores são orientados para a racionalidade. Para Parsons, este tipo de família adapta-se melhor à sociedade moderna e industrial, que exige dos seus membros uma mobilidade geográfica e social

permanente.

De uma forma geral, Parsons acredita que a família alargada e a sociedade industrial se apoiam em sistemas opostos. As relações baseadas no parentesco dependem das qualidades inerentes ao nascimento e não das qualidades adquiridas. A família alargada veicula valores particularistas em oposição aos da sociedade moderna que veicula valores universalistas.

Todos os indivíduos, independentemente da sua origem social, podem teoricamente ser promovidos em função da sua competência e não das suas relações familiares. Assim, o indivíduo que é simultaneamente membro de uma família e de uma empresa moderna vivencia um conflito emergente da tensão entre duas categorias de valores antagonistas (universalismo e sociedade, de um lado, particularidade e família, de outro). Este conflito é mínimo quando a família é nuclear: os membros da família nuclear não exercem papéis económicos opostos, apenas o marido está autorizado a integrar o sistema económico. Desta forma a influência dos valores familiares no sistema de trabalho é evitado e os valores do trabalho não perturbam a solidariedade familiar.

Esta família, por sua vez, tem a obrigação de transmitir à criança todos os valores, mesmo os opostos aos seus e só o pode fazer se um dos seus membros participar na actividade económica, geralmente o pai.

A residência da família nuclear é neolocal, o que significa que a partir do casamento, a nova família se vai instalar numa residência independente dos parentes de ambos os cônjuges. Por outro lado, a família conjugal americana está inserida num sistema de parentesco bilateral, isto é, as crianças estão ligadas da mesma forma aos parentes da mãe e do pai. Esta situação garante uma certa imparcialidade em relação à descendência, não existindo nenhuma regra que exija que um ou outro familiar transmita uma propriedade a uma criança em função do seu lugar na fratria, todas as crianças usufruirão de uma parte igual.

A família americana tem por base o casamento, na medida em que o indivíduo deve lealdade ao cônjuge e às crianças e não aos seus parentes. Significa ainda que o indivíduo é livre de escolher o seu cônjuge sem intervenção dos seus pais.

Parsons insistiu na irracionalidade dos valores particulares, próprios dos sistemas familiares alargados e na dependência do estatuto em função do nascimento em determinado sistema e realça a tendência da família conjugal americana para se orientar pelos valores da racionalidade e da eficiência.

## TEORIA DOS PAPÉIS FEMININOS E MASCULINOS NA FAMÍLIA

Tal como o sistema social na sua totalidade tende a diferenciar-se e a especializar-se, o subsistema familiar tende a diferenciar os papéis masculinos e os femininos na base da complementaridade funcional do homem e da mulher adulta.

Parsons ficou particularmente conhecido pela sua concepção dos papéis familiares ligados ao sexo. A especialização de papéis femininos e masculinos tinha como objectivo contribuir para a manutenção do subsistema familiar e fornecer uma base para a socialização da criança. Requeria a diferenciação dos papéis da mãe e do pai: o pai seria responsável pelo papel instrumental de ligação com a sociedade e, em primeiro lugar, fornecia os bens materiais; à mãe cabia o papel expressivo no interior da família.

Baseado na teoria de Freud e em aspectos teóricos da psicologia social, Parsons referiu que a estrutura bipolar dos papéis em função do sexo desempenharia um papel determinante na personalidade da criança.

Esta perspectiva da família ao basear a sua estrutura e funcionamento na diferenciação rígida de papéis masculinos e femininos conduziu à realização de numerosos estudos. Alguns destes estudos ajudaram a solidificar a teoria ao colocar em evidência os problemas familiares ou sociais originados pelo disfuncionamento do sistema (trabalho feminino, aumento do número de divórcios, abandono escolar). Outros dedicaram-se a estudar, indirectamente através da utilização da teoria da aprendizagem, da identificação, do desenvolvimento cognitivo e da maturação, como se poderia desenvolver o processo de socialização relativamente à integração das normas e dos valores face à diferenciação dos papéis sexuais.

A estratégia de Parsons protegida por uma semântica relativamente neutra, instalando uma oposição cómoda entre funções "instrumentais" e "expressivas", desenvolveu uma série de estereótipos, como por exemplo, associou ao sexo masculino os traços de agressividade, originalidade e criatividade; os traços de emotividade, gentileza, afecto aparecem relacionados com o sexo feminino.

A dicotomia privado/público, fundada sobre os critérios de funções, serviu durante muito tempo para legitimar uma ordem social que relegou as mulheres para uma esfera invisível e insignificante.

### Teoria desenvolvimental

Esta teoria foi desenvolvida por Freud, Erikson, Piaget e Havighurst. Segundo estes autores a vida decorre, não de uma forma invariável, mas através de estádios.

Idade, tempo e circunstâncias constituem os aspectos mais importantes no estudo do desenvolvimento do indivíduo (Gruhn e Rebach, 1996). Pesquisadores e teóricos podem classificar os períodos de tempo de forma diferente, podem realçar diferentes tipos de acontecimentos ou podem acreditar que a influência de um pode ser mais significativo que outro. No entanto, muitos concordam que ao longo da vida os indivíduos atravessam vários estádios desenvolvimentais e vivenciam acontecimentos críticos que requerem adaptação. O estudo do ciclo de vida significa o estudo do desenvolvimento, que tem início com o nascimento e termina com a morte.

Apesar de cada indivíduo ser uno e único, de estar inserido em diferentes culturas e em diferentes contextos, todos apresentam vários aspectos em comum (Gruhn e Rebach, 1996):

- Um período de vida limitado;
- Necessidades biológicas semelhantes;
- Atravessam um ciclo de maturação, maturidade, declínio e morte;
- Necessidade de adaptação e de integração;
- São dependentes de outros para construir o ambiente e a sociedade em que vivem;
- Necessitam experienciar transformações.

Na verdade, desenvolvimento significa mudança. Quando o indivíduo progride de um estágio desenvolvimental para outro, necessita de adaptar-se às mudanças, às exigências de cada estágio e de integrar essas modificações.

### O CICLO VITAL DA FAMÍLIA

O ciclo vital da família expressa e integra uma perspectiva desenvolvimentalista (Relvas, 2000), isto é, as famílias progridem ao longo de estádios de desenvolvimento e vivenciam experiências críticas (Gruhn e Rebach, 1996).

O carácter desenvolvimentalista desta abordagem reside concretamente na

identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. A essa sequência atribui-se o nome de ciclo vital e as tarefas caracterizam as suas etapas (Relvas, 2000).

Para Saraceno (1997), falar de ciclo de vida familiar implica adoptar uma visão processual da família: do ponto de vista da sua estrutura, de quem vive com quem; do ponto de vista das posições de vez em quando nela assumidas pelos seus membros e do ponto de vista do conteúdo das relações familiares. Ciclos de vida individuais e ciclo de vida familiar entrelaçam-se e são interdependentes.

O modelo mais utilizado relativamente aos estádios de desenvolvimento da família foi desenvolvido por Evelyn Duvall na década de 50. Duvall identificou oito estádios e introduziu a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar. Esta estudiosa americana, refere ainda que o sucesso em cada um dos estádios determina o sucesso nos estádios posteriores.

No quadro seguinte identificamos os estádios de desenvolvimento da família e respectivas tarefas, preconizados por Duvall (Relvas, 2000):

Quadro 3 - Estádios de desenvolvimento da família e respectivas tarefas

ESTÁDIO	TAREFA
I Casais sem filhos (do casamento até ao nascimento do primeiro filho)	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade.
II Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento-30 meses)	Adaptação às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente.
III Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2,5-6 anos)	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento)
IV Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6-13 anos)	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar, relacionamento com outras famílias na mesma fase.
V Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho: 13-20 anos)	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais.
VI Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho-saída do último filho)	Permitir a separação e o "lançamento" dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
VII Casal na meia-idade ("ninho vazio"-reforma)	Reconstrução da relação de casal: redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
VIII Envelhecimento (reforma-morte de um ou de ambos os cônjuges)	Adaptação à reforma: aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

Fonte: Adaptado de Relvas, 2000

Como se pode observar no Quadro 3, o casamento, o nascimento do primeiro filho e depois do último, a entrada na escola do primeiro e depois do último filho e a sua entrada no mundo do trabalho, a saída dos filhos da convivência familiar a seguir ao casamento e, finalmente, a dissolução da família marcam as etapas da vida familiar, em que se redefinem as expectativas recíprocas e a organização da vida quotidiana.

#### Teoria sistémica

A teoria dos sistemas foi introduzida pelo biólogo australiano Von Bertalanffy em 1950, como um método de pensamento sobre a ordem dos acontecimentos (Stanhope, 1999; Friedman, 1992). Esta teoria não se refere a uma teoria

específica sobre o comportamento humano. Trata-se de uma estrutura, um ponto de vista acerca das estruturas sociais (Gruhn e Rebach, 1996).

O conceito básico desta teoria é o de sistema. Gruhn e Rebach (1996), definem sistema como um conjunto de objectos que apresentam uma relação entre si e entre os seus atributos. Os sistemas existem dentro de um determinado ambiente, o que permite caracterizar os sistemas como abertos ou fechados. Os sistemas abertos interagem com o seu ambiente, trocando material, energia e informação. Os sistemas fechados não o fazem.

Os princípios básicos desta abordagem, realçam as seguintes características (Gruhn e Rebach, 1996; Friedman, 1992):

- Globalidade. Um sistema é um todo organizado que é maior do que a soma das suas partes. Logo, as suas propriedades não podem ser compreendidas através do simples estudo do funcionamento das componentes individuais, deverá também ser dada atenção à totalidade.
- Integridade de subsistemas. Os sistemas complexos são compostos por subsistemas que estão relacionados reciprocamente. Cada um destes relacionamentos pode também ser considerado um subsistema e estudado por direito próprio.
- Circularidade de influência. No interior de um sistema, o padrão de influência é circular e não linear. Todas as componentes são mutuamente interdependentes; a alteração numa delas tem implicações para todas as outras.
- Estabilidade e mudança. Considerando que para muitos profissionais os sistemas que mais interessam são os abertos, isto é, são afectados por todos os tipos de influências externas. Na medida em que cada sistema tenta manter uma posição de estabilidade, a mudança tende a ser contrariada. Se isto não for possível, o sistema como um todo terá de mudar, ainda que em primeiro lugar a influência externa afecte apenas um dos componentes.

#### A FAMÍLIA COMO SISTEMA SOCIAL

Os conceitos de sistema podem ser aplicados aos sistemas sociais. Estes podem ser conceptualizados a nível micro ou macro social. Face ao nível de

análise, os elementos de um sistema social podem ser indivíduos, organizações, comunidades, instituições sociais, sociedades ou culturas (Gruhn e Rebach, 1996). Independentemente do nível de análise, os elementos interagem e influenciam-se mutuamente, ou seja, os elementos estão funcionalmente interrelacionados se a acção de qualquer um deles afecta todos os outros e o sistema como um todo.

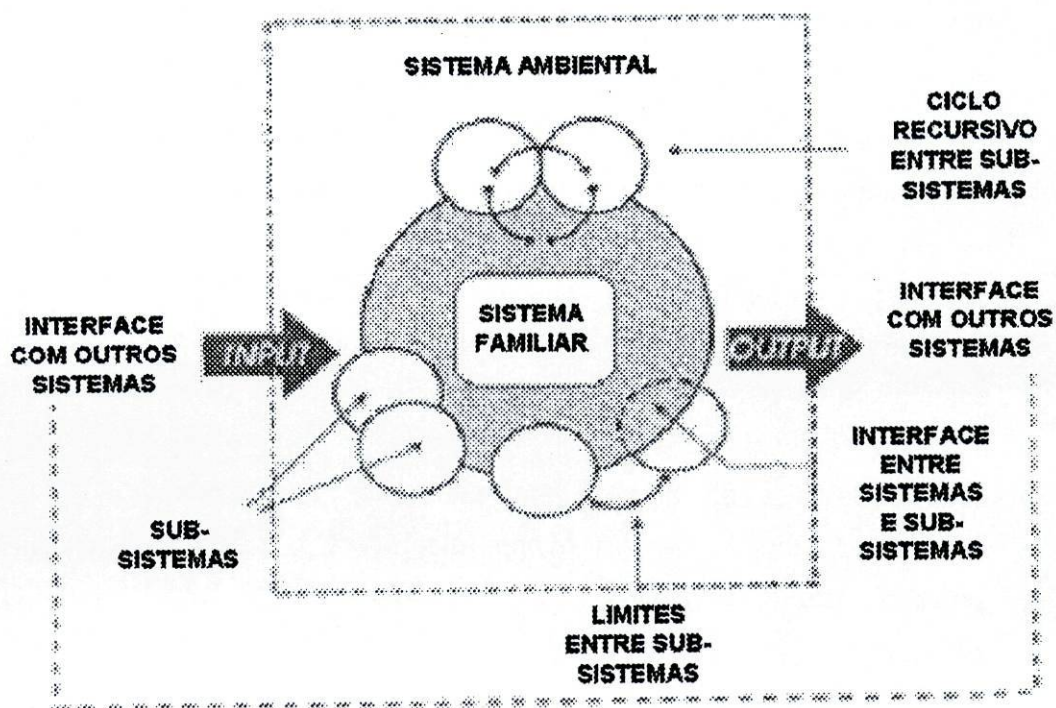
A acção (energia) e a organização da acção são as características principais dos sistemas sociais. Em todos os sistemas sociais existe troca de actividade entre os indivíduos ou grupos de indivíduos. A acção recíproca dos indivíduos no casamento, na família ou no trabalho envolve o envio e a recepção de actividade e/ou informação, quer dentro do sistema quer entre o sistema e o seu ambiente. A capacidade do sistema para agir refere-se ao seu poder de auto-manutenção e de mudança (adaptação). A sua energia deriva de numerosas fontes, tais como, a capacidade física, os valores e a lealdade entre os seus membros e dos recursos externos. Quando a energia reforça e fortalece o sistema, diz-se que este é sinérgico, isto é, os indivíduos, o grupo ou a organização interagem suave e eficientemente para atingir objectivos comuns (Gruhn e Rebach, 1996).

Um sistema viável precisa de energia e que esta esteja organizada de tal modo que permita satisfazer os objectivos do sistema. A organização refere-se à ordenação da energia das partes componentes, resultando um todo. Os sistemas diferem no grau de formalidade da sua organização. Quando o sistema não é suficientemente organizado e os seus componentes não se relacionam ou interagem eficientemente para manterem a energia do sistema resulta a desorganização.

Consideremos a família como um sistema social. As famílias, tal como outros sistemas sociais são sistemas abertos. Num sistema aberto a troca é um factor essencial para a viabilidade do sistema, para a sua reprodução ou continuidade e para o estabelecimento de uma comunicação bi-direccional com o ambiente mais alargado (Kantor e Lehr, 1976). A Figura 3 representa o sistema graficamente.



Figura 3 – O modelo de sistema social



Fonte: Gruhn e Rebach (1996)

A família existe num meio físico e social. A família, como sistema aberto, obtém *inputs* de informação, material e actividade (energia) do seu ambiente para a manutenção da sua estabilidade. Estes recursos são utilizados (processados) dentro da família induzindo actividade (*output* para o ambiente) na tentativa de manter o fluxo de recursos. O comportamento de qualquer indivíduo dentro da família está relacionado e dependente do comportamento de todos os outros membros. Devido a esta característica Kantor e Lehr (1976), classificam o sistema familiar como organizadamente complexo. Estes autores partem do pressuposto que a família desenvolve uma rede de relações complexas e interdependentes conduzidas primariamente por mecanismos de feedback, isto é, os elementos constituintes do sistema familiar nunca são fixos e inalteráveis nem caoticamente organizados. Frequentemente, as relações entre os elementos constituintes do sistema familiar são reciprocamente influenciáveis (circulares). Os elementos constituintes por sua vez, embora identificáveis pelo carácter e determinados numericamente, podem emergir em resposta a forças do ambiente.

A família é constituída por subsistemas. O relacionamento entre os pais constitui um subsistema, o relacionamento entre os irmãos constitui outro

subsistema, o relacionamento entre os pais e cada um dos filhos constitui outro subsistema, ... (Saraceno, 1997; Gruhn e Rebach, 1996).

As famílias independentemente dos laços que as unem tentam manter a sua estabilidade. Os membros da família podem estar unidos por fortes laços, instrumentais e sócio-económicos. A estabilidade refere-se à manutenção da unidade familiar, ao empenhamento da família em satisfazer os seus objectivos e as necessidades dos seus membros individualmente assim como as do sistema familiar como um todo. Um acontecimento *stressante*, tal como, a morte ou a partida de um dos pais, uma doença grave de um dos elementos da família, obriga a uma reorganização visando a adaptação e a manutenção dos limites da família. Esta reorganização pode resultar em sucesso (em grau variável) ou em caos e dissolução. Para Kantor e Lehr (1976), o esforço e a tensão são inevitáveis, mas os sistemas abertos não se dissolvem necessariamente, são capazes de fazer trocas e responder positivamente ao stress provocado por forças internas ou externas (adaptação do sistema aberto).

Segundo Kantor e Lehr (1976), o sistema familiar é ainda um sistema de processamento de informação. Esta característica permite-lhe elaborar e/ou modificar os seus padrões de acção e a sua estrutura. As trocas de informação são selectivamente delineadas e codificadas, quer nas famílias quer em outros sistemas sociais complexos. Um princípio fundamental para a análise de qualquer sistema é a deslocação da ênfase do fluxo de energia requerido pelas diferentes partes componentes do sistema para a transmissão de informação. A informação transmitida não é uma substância ou entidade concreta, trata-se, frequentemente, do relacionamento entre vários conjuntos estruturados. Esta mudança do fluxo de energia para o fluxo de informação significa que uma pequena quantidade de energia ou de matéria de uma das partes componentes do sistema pode originar uma grande quantidade de actividade ou comportamento nos outros componentes. Este efeito parece dominar as limitações de proximidade temporal e espacial assim como a possibilidade de utilização de energia).

Saraceno (1997), distingue no sistema familiar duas dimensões que são, respectivamente, o acesso e o alvo/ objectivo.

A dimensão de acesso subdivide-se em energia, espaço e tempo. Estes constituem os recursos que os membros da família desenvolvem no seu quotidiano (Saraceno, 1997). A importância atribuída ao tempo e ao espaço é preciosa na medida em que se estabelece uma cartografia das actividades quotidianas dos

membros de uma família. Da mesma forma, o espaço é uma dimensão abordada nas mais pequenas frases e nas mais simples actividades de vida diária. O tipo de recurso mais complexo a estudar é a energia, que nos envia para o modo de funcionamento das famílias e a forma como elas se apresentam ao mundo. A energia observa-se com mais dificuldade em relação ao espaço e ao tempo pelo que o que parece falta de energia numa família pode ter uma diferente interpretação numa outra (Saraceno, 1997).

A dimensão alvo/objectivo, pode ser encarada como um conjunto de objectivos que permitem classificar as famílias em um dos três subsistemas (familiar, interpessoal e pessoal). Esta dimensão é ainda subdividida em afectividade, autoridade e significado (Saraceno, 1997). Para esta autora, a vida de uma família desenvolve-se num sistema extremamente complexo de interacções.

Para Kantor e Lehr (1976), a dimensão alvo/objectivo inclui e descreve os aspectos físicos dos membros da família. Trata-se de um processo quantitativo através do qual as necessidades de segurança e de participação dos membros da família são actualizados. A dimensão alvo descreve e inclui os aspectos conceptuais dos membros da família. Trata-se de um processo qualitativo através do qual as necessidades dos seus membros em termos de objectivos de vida são tematicamente actualizadas. Neste modelo de sistema familiar, as dimensões são campos físicos e conceptuais de actividade interaccional. Dentro destes campos físicos e/ou conceptuais, as famílias regulam as actividades dos indivíduos, os objectos e os acontecimentos.

Todas as interacções familiares envolvem ganhos e perdas de acesso a alguns alvos, quer sejam pessoa, objecto ou acontecimento. Todos os indivíduos pretendem atingir determinados objectivos: (1) afecto, intimidade e alimento – um sentimento de amar e ser amado; (2) poder, liberdade para tomar decisões e a capacidade para conseguir algo; (3) significado, estrutura filosófica que explica a realidade e ajuda a definir a identidade. Os conceitos de afecto, poder e significado são dimensões alvo e categorizam conceptualmente todas ou quase todas as interacções entre os membros da família enquanto se dirigem aos seus destinos alvo. Os conceitos da dimensão alvo não são os únicos factores do processo familiar. As dimensões de acesso – espaço, tempo e energia – são os meios através dos quais a família traça o caminho para alcançar os seus objectivos. É através destas dimensões que o acesso ao alvo é regulado. Os membros de uma família têm acesso aos alvos afecto, poder e significado através de meios que os indivíduos e respectivas famílias regulam o espaço, tempo e energia.

Toda a experiência familiar decorre dentro destas seis dimensões do espaço social da família, isto é, está associado ao campo físico-conceptual da actividade interaccional.

O conceito de regulação da distância pode ser utilizado para explicar o complexo sistema familiar e os vários arranjos de associação e dissociação, entre os indivíduos, os objectos e acontecimentos dentro das seis dimensões do processo familiar. O conceito de regulação da distância estabelece a substância da organização do sistema familiar.

## 2.2. EVOLUÇÃO DO PAPEL DA FAMÍLIA

O termo “papel” tem sentido quando se refere a um fenómeno relativo a um grupo, isto é, define-se pelas relações entre indivíduos. O papel social designa a conduta correspondente ao status social do indivíduo. O indivíduo, em cada grupo em que está inserido, tem um status social e desempenha o papel correspondente (Castro, 2000). A função refere-se ao significado do papel quando integrado num determinado sistema ou à relação entre o papel social e o respectivo sistema (Castro, 2000).

Para este autor, as funções da família são a procriadora, a educativa e a económica. A função procriadora garante a persistência e a expansão do grupo e ainda o equilíbrio emocional. A função educativa promove a integração dos novos membros na vida social. A família é, portanto, responsável pela transmissão da herança biológica e sociocultural. A função económica compreende a garantia de meios de sobrevivência para os seus membros.

Segundo Castro (2000), actualmente, a família tende a restringir-se à função procriadora, passando a função educativa para a escola e reduzindo a função económica ao consumo, circunscrevendo-se a produção a actividades fora do lar.

Spradley (1990) define os papéis familiares como os deveres destinados ou assumidos pelos membros da família no dia-a-dia da vida familiar. Salaria ainda que os papéis são concebidos e definidos pela família, isto é, a família determina quem desempenha determinados papéis (prescrição de papéis). Em qualquer família, a selecção de papéis a desempenhar depende da estrutura, das necessidades e dos padrões de funcionalidade da família. Através da atribuição de papéis as famílias distribuem todas as responsabilidades e tarefas necessárias ao

desenvolvimento da vida familiar (Spradley, 1990).

Os membros de uma família desempenham frequentemente vários papéis em simultâneo. A exigência a determinados membros para que desempenhem vários papéis, por vezes simultaneamente, pode resultar em confusão e conflito, excepto se os papéis forem clarificados (Spradley, 1990).

McDaniel e Tepperman (2000) corroboram esta opinião. Consideram que a definição de papéis, de regras claras, de responsabilidades, o exercício legítimo de autoridade, a aceitação de procedimentos para a resolução de conflitos, a partilha de tarefas e o respeito pelas necessidades e diferenças individuais, aspectos fundamentais para a coesão familiar. Estes elementos compreendem e podem ser considerados a estrutura e a sub-cultura de sucesso da vida familiar.

Funcionalistas e interaccionistas consideram que os papéis são inseparáveis das normas, dos valores e das configurações culturais. Mas, enquanto que os interaccionistas enfatizam o papel sem uma referência precisa às funções que ele comporta, os funcionalistas estudam os papéis tendo em consideração a sua função no seio de um sistema ou de um subsistema (Michel, 1986).

Esta última perspectiva é particularmente evidente quando Parsons e Bales (1955) descrevem a estrutura dos papéis femininos e masculinos no seu grupo familiar: os papéis referem-se não apenas aos valores e às normas mas também às funções no subsistema familiar. O papel instrumental do marido no casal está ligado à sua função na vida familiar: ao ter uma ocupação e um rendimento aceitável, o marido/pai desempenha uma função ou um conjunto de funções, essenciais para a sua família enquanto sistema. Ainda que desempenhe outras funções importantes na família é, essencialmente, em virtude da sua importância a nível profissional, que na nossa sociedade, podemos designar o marido/pai como o líder instrumental da família enquanto sistema.

Da mesma forma, a esposa/mãe deve manter a integração do grupo familiar. A este nível, desempenha um papel bastante "expressivo": o papel feminino nunca deixou de estar primeiramente ancorado nas tarefas domésticas enquanto esposa, mãe e dona de casa. Quando a mulher casada também exerce um papel instrumental, arisca-se a entrar em competição com o marido e a dificultar a integração familiar.

Para Parson e Bales (1955), esta repartição bipolar de papéis masculinos e femininos no grupo familiar, conduziria a um certo número de consequências: o pai exerceria a autoridade no seio do casal e a mulher apenas compensaria a sua

exclusão da vida profissional através da dedicação à vida social, contribuindo com o trabalho voluntário em organizações existentes na comunidade em que estava inserida.

Na sociedade contemporânea, o papel da família evoluiu na direcção oposta à referida por Parsons e Bales particularmente a repartição dos papéis entre homem e mulher. O trabalho feminino sofreu uma diminuição no início do século XX aumentou depois dos anos sessenta. As mulheres trabalham cada vez mais e não interrompem a sua actividade profissional face à maternidade. A visão do trabalho feminino evoluiu rapidamente, sendo encarado com um sentimento de normalidade, exprimido tanto pelas mulheres como pelos homens (Décoret, 1998). A mulher ganhou os seus direitos a nível económico, político, social e educativo. O seu primeiro dever não é mais, como na família tradicional, ser submissa ao seu marido. Conduz o seu destino, como se mantém capaz de controlar os nascimentos (Bawin-Legros, 1996).

As mulheres investem ainda em novos sectores de actividade, constituindo mesmo a maioria dos trabalhadores de determinadas empresas em certos ramos profissionais. Paralelamente, vimos emergir uma geração de homens que desenvolvem com os seus filhos uma relação mais próxima, desempenhando o papel "expressivo" citado por Parsons e Bales (1955).

Para Singly (1993) a família moderna perdeu bastantes das suas funções anteriores, em favor de outras instituições. Resta-lhe principalmente assumir a construção da personalidade das crianças e a estabilização da personalidade dos adultos. A família define-se pela sua função de apoio emocional aos seus membros. Esta concepção é coerente com a visão durkheimiana segundo a qual a família moderna está centrada nas relações.

Numa sociedade onde os valores de referência são os seus, a família conserva a função de ajudar os seus membros a tornarem-se autónomos. O enunciado desta função da família revela-nos contradições internas: é através da mediação de outro que o indivíduo pode ser ele próprio. Os laços de dependência são simultaneamente necessários e negados (Singly, 1993).

As sociedades contemporâneas glorificam o mito do indivíduo que se auto-construiu e se auto-constrói, obrigando os actores sociais, menos estruturados por pontos de referência e por um repertório de papéis estáveis, a ter necessidade de outros significativos para construir uma identidade unificada. Esta oscilação entre necessidade de laços de interdependência e a negação desta necessidade cria

uma tensão no seio das famílias contemporâneas (entre os cônjuges).

Outra função da família é a de contribuir para a reprodução biológica e social da sociedade, tentando ao longo das gerações manter e, se possível, melhorar a posição da família no espaço social. No entanto, a permanência desta função está mascarada pelas transformações da sociedade e dos modos de transmissão. A família moderna está menos centrada nos bens materiais e no património económico (este último desempenha um papel menor no funcionamento das sociedades contemporâneas). Actualmente, o capital dominante é o capital escolar (Singly, 1993).

Segundo Singly (1993), a família contemporânea caracteriza-se, do ponto de vista das relações entre os sexos, por um triplo movimento: uma diminuição sensível da dependência objectiva da mulher; a manutenção dos investimentos profissionais e domésticos diferenciados segundo o sexo; um aumento da tentativa de escapar aos papéis sexuais, emergentes dos compromissos conjugais (Singly, 1993).

Para Décoret (1998), o desenvolvimento de redes pessoais, independentes do casamento, varia segundo o meio social. Quanto maior é o nível de instrução e social, maior é a probabilidade dos membros do casal encararem a possibilidade de actividades separadas

A autonomização do indivíduo em relação à sua família conduz directamente as relações da família com o seu meio e, particularmente, com o Estado. Este ajudou e ajuda a diminuir os laços de dependência: da família em relação à solidariedade de parentes e de vizinhos, da mulher em relação ao homem, da criança em relação aos seus pais (Décoret, 1998; Saraceno, 1997).

As transformações dos laços de dependência têm um reverso: uma menor autonomia da família e dos seus membros face aos representantes do Estado (juizes, psicólogos, professores, sociólogos, etc.). De facto, o aumento da independência em relação à família corresponde a um aumento da dependência de várias instituições, tais como a escola, os serviços de saúde e de justiça em caso de divórcio ou de delinquência infantil. Todos estes actores sociais adquirem um lugar cada vez mais importante na vida familiar, substituindo os pais ou o marido. Segue-se uma perda do poder decisional da família, em particular do pai (Décoret, 1998).

A intervenção do Estado na família data do nascimento do próprio Estado Moderno (Saraceno, 1997). Para historiadores como Ariès a formação do Estado

Moderno constitui a pré-condição para o aparecimento da família moderna, como espaço do particular e dos afectos. No entanto, o estado não constitui apenas o contexto que permite a autonomia da família, é ainda uma fonte de controle e de normas relativas à família como instituição e às relações familiares.

A questão, simultaneamente teórica e política, da relação família-Estado coincide com o processo em que o Estado afirma o seu papel e o seu poder: como detentor do monopólio da força e simultaneamente como centro de elaboração de normas. Trata-se de um processo que põe em conflito o Estado e outras instituições que detêm a responsabilidade pela elaboração de normas, o poder e o controle (Saraceno, 1997).

Estes conflitos emergiram, por exemplo, quando foi definida a idade mínima em que os indivíduos podiam decidir livremente contrair matrimónio; quando o matrimónio passou a basear-se mais no contrato do que no sacramento, ou ainda quando se definiram as obrigações escolares, os deveres e responsabilidades dos pais, dos deveres e dos direitos dos indivíduos de ambos os sexos. O aparecimento de legislação sobre o trabalho infantil, o trabalho das mulheres, a vacinação obrigatória, a escolaridade obrigatória, a embriaguez e a vagabundagem, são iniciativas que tendiam a eliminar o pauperismo e a normalizar a família proletária.

Outra forma de intervenção do Estado na família são as políticas demográficas, quer na forma de incentivo à criação de famílias numerosas, como aconteceu nos anos vinte e trinta em todos os países europeus, e que se recomeça a discutir actualmente, quer na forma de desencorajamento à procriação, como acontece hoje em alguns países em vias de desenvolvimento (Saraceno, 1997).

Face à relação Estado - família, alguns autores consideram que a família se encontra ameaçada, predominantemente na defensiva ou num processo de adaptação passiva. Esta interpretação privilegia a linguagem de "perda", de funções e de sentido principalmente quando a imagem veiculada de família ideal é a de uma unidade homogénea a nível de interesses e valores, garantida por uma sólida divisão de papéis por sexo e idade, e quase idêntica nas suas dimensões essenciais de tempo e de espaço sociais. Assim, a intrusão do Estado, muitas vezes ligada à difusão do trabalho remunerado da mulher-mãe, constitui uma ameaça para a família, nomeadamente, a nível da autoridade e do relacionamento afectivo (Saraceno, 1997).

Os autores que possuem uma visão menos homogénea da família, quer relativamente à classe social quer aos membros da própria família, interpretam a



relação Estado – família como uma diminuição da sobrecarga da família e não de esvaziamento de funções. A análise dos laços de dependência parece conduzir a duas interpretações: uma considera a família obrigada a adaptar-se a regras e a imposições externas, e outra fornecendo uma visão da família como o produto e ao mesmo tempo objecto de intercâmbios e de estratégias complexas, entre a família e o Estado (e a sociedade em geral) e entre os membros da família (Saraceno, 1997).

### 2.3. AS DINÂMICAS DE SOCIALIZAÇÃO

Ao longo da história das ciências sociais, o termo socialização foi utilizado em diversos sentidos e adquiriu conotações consideradas hoje, por vezes, negativas ou ultrapassadas: inculcação das crianças, endoutrinação dos indivíduos, imposição de normas sociais, constrangimentos impostos pelos poderes tanto ameaçadores quanto anódinos (Dubar, 1997).

Aplicado à criança, o termo socialização designa um dos objectos essenciais da psicologia genética. A literatura referente ao desenvolvimento da criança é numerosa e constitui um importante conjunto de resultados e de análises empíricas imprescindível a qualquer teorização dos processos de socialização. No entanto é raro encontrar nesses trabalhos reflexões epistemológicas sobre as condições de uma abordagem científica e sobre os problemas colocados pela confrontação de pontos de vista disciplinares (biologia, psicologia, sociologia).

Piaget aborda frontalmente a problemática das relações entre a explicação sociológica e as explicações psicológicas e biológicas e desenvolve, face à socialização, argumentos sugestivos. Estes argumentos constituem a primeira tentativa de superar as oposições entre os pontos de vista psicológico e sociológico e a primeira tentativa de proceder a uma definição de uma abordagem sociológica da socialização que fosse complementar e não antagónica das perspectivas psicogenéticas, nomeadamente daquela que Piaget construiu e aperfeiçoou ao longo da sua obra.

Como já foi referido anteriormente, Piaget interessou-se principalmente pelo desenvolvimento mental da criança e definiu-o como uma construção contínua mas não linear. Este desenvolvimento mental tem sempre uma dimensão individual e social: as estruturas através das quais circulam normalmente todas as crianças são simultaneamente cognitivas (internas ao organismo) e afectivas, isto é, relacionais (orientadas para o exterior). Segundo Piaget, estas estruturas evolutivas que lhe

servem para definir os estádios de desenvolvimento da criança são indissociáveis das condutas, entendidas como respostas às necessidades resultantes da interacção entre o organismo e o seu meio físico e social.

Assim, qualquer acção (gesto, pensamento, sentimento, ...) é concebida como uma tentativa para reduzir a tensão, o desequilíbrio entre as necessidades do organismo e os recursos do meio: a acção finaliza em torno de um objectivo a atingir (restabelecer o equilíbrio) e é definida pelos instrumentos accionados para a realizar. Esta acção consuma-se quando a necessidade é satisfeita, isto é, quando o equilíbrio é (re)encontrado. Este modelo homeostático conduz Piaget a conceber o desenvolvimento da criança e, portanto, a sua socialização (considerada um elemento importante daquele) como um processo activo de adaptação descontínua a formas mentais e sociais cada vez mais complexas.

Para cada estágio, esta adaptação é descrita por Piaget como resultante da articulação de dois movimentos complementares ainda que de natureza diferente: a assimilação e a acomodação, já referidos anteriormente.

Estas estruturas mentais são inseparáveis das formas relacionais pelas quais elas se exprimem em relação ao outro. Assim, a cada um dos estádios definidos por Piaget, podemos fazer corresponder formas típicas de socialização que constituem modalidades de relação da criança com outros seres humanos. Segundo Piaget, passa-se do egocentrismo do recém-nascido caracterizado por uma "indistinção do Eu e do mundo" à inserção do adolescente escolarizado no mundo profissional e na vida social do adulto. Entre estes dois estádios extremos, a criança aprende, em primeiro lugar, a exprimir sentimentos diferenciados graças à estruturação de percepções organizadas e à solicitação do meio envolvente; em segundo lugar, aprende a imitar os seus semelhantes, diferenciando nitidamente o Eu do objecto; em terceiro lugar, através da palavra, aprende a praticar trocas interindividuais, descobrindo e respeitando as relações de constrangimento exercidas pelo adulto; finalmente aprende a passar do constrangimento à cooperação, graças ao domínio conjunto da "reflexão como discussão interiorizada consigo mesmo" e da discussão como "reflexão socializada com o outro", o que lhe permite, simultaneamente, adquirir o sentido da justificação lógica e da autonomia moral.

A psicologia genética esclarece alguns mecanismos fundamentais que tornam o recém-nascido num adulto, membro cooperativo e relativamente autónomo da sociedade. No entanto, ignora ou minimiza as enormes variações que

se podem observar nos “produtos” da socialização segundo as épocas, os tipos de sociedade, os meios sociais, os grupos ou as classes sociais (Dubar, 1997). Descobrimo e analisando o funcionamento de sociedades diferentes, os etnólogos e os antropólogos mostraram a diversidade das formas de socialização.

Assim, os defensores da abordagem “culturalista” da socialização acreditam que a personalidade dos indivíduos é o produto da cultura onde nasceram, isto é, as instituições com as quais o indivíduo está em contacto no decurso da sua formação produzem nele um tipo de condicionamento que, a longo prazo, acaba por criar um certo tipo de personalidade.

A abordagem da antropologia cultural consiste, fundamentalmente, na descrição das personalidades individuais entendida como uma incorporação progressiva da cultura da sociedade de pertença.

Será que a socialização, considerada como o processo que comanda a formação e o equilíbrio da personalidade, pode ser decomposta num conjunto de mecanismos gerais que asseguram a incorporação da cultura nas personalidades individuais dos membros de uma sociedade? Será que se pode sustentar a hipótese da existência de uma estrutura comum a todas estas personalidades que partilham a mesma cultura?

Linton (1936) tentou elaborar categorias aplicáveis às sociedades modernas. Resume o contributo essencial da perspectiva culturalista numa fórmula geral: as sociedades são constituídas de tal forma que só podem exprimir a sua cultura por intermédio dos indivíduos. No entanto, contrariamente às sociedades tradicionais que possuem uma forte unidade cultural, as sociedades modernas são definidas por Linton como agregados de subculturas e de elementos gerais que resultam da sua interacção. Refere ainda quatro tipos de características culturais que intervêm na modelação das personalidades individuais:

- As características gerais (núcleo da cultura de uma sociedade) que são comuns a todos os membros: a linguagem, os valores de base, os modelos essenciais de relações sociais, os costumes comuns, ...;
- As características especializadas, comuns a certas categorias socialmente reconhecidas que partilham o mesmo *status* social: o sexo, o grupo etário, a classe social, o grupo profissional, ...;
- As características alternativas que relevam das opções de reacção perante as mesmas situações, ...;

- As particularidades individuais que dizem respeito às escolhas pessoais e que são essenciais aos processos de inovação cultural, ...;

Linton refere ainda em linhas gerais a dinâmica das sociedades modernas:

- O número de características culturais que constituem o “núcleo da cultura de uma sociedade” tem tendência a diminuir com a complexificação social;
- Quando a importância do “núcleo” se torna demasiado reduzida, a cultura tende a tornar-se num “leque de opções” e já não propõe um modelo de vida coerente a todos os indivíduos de uma mesma sociedade global, correndo-se o risco de desintegração cultural;
- O risco de desintegração cultural pode ser evitado pela emergência de um novo tipo de cultura resultante da necessidade de um conjunto de ideias e de valores mutuamente compatíveis aos quais todos os membros possam aderir para justificar a sua pertença comum. A emergência desta nova cultura implica a reconstituição de um novo núcleo cultural a partir da reorganização de elementos antigos e novos provenientes de inovadores culturais; pressupõe ainda a reconstituição de uma nova estrutura do Eu (personalidade de base) assegurada através de uma socialização comum.

Do ponto de vista da abordagem culturalista, a socialização da criança é essencialmente analisada como um processo de incorporação de tratados gerais característicos da cultura do grupo de origem, que supostamente define a sua pertença social de base. Sendo a socialização do indivíduo fruto da aquisição das características particulares dos seus futuros grupos estatutários e a preparação para as opções dos seus elementos culturais singulares, ela é fundamentalmente concebida como um treino para assimilar os elementos de base da cultura de pertença, incorporados ao longo da primeira infância. Esta fidelidade às raízes constitui a condição essencial para a manutenção e a transmissão entre as gerações dos núcleos culturais específicos de cada sociedade.

Para Parsons, a socialização da criança e do jovem é antes de mais a internalização da cultura no seio da qual a criança nasceu. De modo complementar, a socialização foi definida como o processo de aquisição das atitudes e das

habilidades necessárias para o desempenho de um determinado papel social. Esta definição é mais precisa que a de Parsons já que se situa no patamar mais concreto da aprendizagem das atitudes e dos papéis. No entanto, estas duas definições de socialização apresentam mais aspectos comuns do que dissonantes: as atitudes e os papéis definem-se primeiramente em relação a normas e a valores, que de modo dialéctico se exprimem, em parte, nas atitudes e nos papéis.

Embora o processo de socialização tendo em vista a integração destes valores e destas normas seja objecto de estudo de diferentes teorias, nenhuma nega a influência da família, em particular a interiorização pela criança e pelo jovem dos valores, atitudes e papéis inculcados pelos pais.

Parsons assume que a família transmite às crianças e aos jovens os valores da sociedade global, particularmente os valores da realização que caracterizam a sociedade industrial avançada. Segundo este autor, estes valores são inculcados às crianças graças aos papéis desempenhados pelos pais no grupo familiar e na sociedade (Bawin-Legros, 1996; Michel, 1986).

Para McDaniel e Tepperman (2000) os pais, como os primeiros responsáveis pela socialização das crianças, exercem uma enorme influência na vida dos indivíduos. Os pais ao ajudarem as crianças a estabelecer os seus valores, as suas aspirações e de certa forma a sua personalidade, moldam a forma como os indivíduos observam os fenómenos, pensam e interagem com o mundo exterior. Embora a família não seja a única instituição responsável pelo processo de socialização é seguramente a mais importante, especialmente durante a infância: é na família que a criança é pela primeira vez recompensada por cumprir determinadas tarefas, estabelece negociações para a definição de regras e é exposta a desigualdades sociais. São ainda os pais que ao valorizarem as suas crianças como seres humanos as ensinam a valorizar os outros.

Muitas crianças apresentam um vínculo à sua família ou a outros cuidadores e aptidão para ocupar o seu lugar na sociedade. É neste contexto de segurança familiar que aprendem os papéis sociais, entre os quais o primeiro é o do género. O processo de socialização liga o género à identidade pessoal, na forma de identidade do género, e distintas actividades, na forma de papel do género. Os principais agentes de socialização (família, grupo de pares, escola e *mass media*) reforçam as definições culturais e convencionais de masculinidade e de feminilidade (McDaniel e Tepperman, 2000).

Os comportamentos parentais diferem de sociedade para sociedade e

dentro desta segundo os subgrupos: alguns pais valorizam a obediência e outros a independência; uns pais pretendem que os seus filhos desenvolvam um sentido de cooperação e de adaptação e outros de competição e de ambição (McDaniel e Tepperman, 2000).

O papel parental envolve muito mais do que a satisfação das necessidades básicas da criança. Significa ajudar a transformar a criança num membro activo da sociedade e, conseqüentemente, o estabelecimento de condições para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. Estas condições incluem o estabelecimento de um vínculo e de amor; estabilidade emocional; protecção e controle; justiça e disciplina moderada.

VÍNCULO E AMOR. Os estudos sugerem que um sentimento de vinculação em relação aos pais é muito importante. Este sentimento é influenciado pelo controle e supervisão (grau com que os pais monitorizam o comportamento da criança); apoio no processo de formação da identidade (respeito, aceitação e apoio emocional dos pais em relação ao adolescente); comunicação instrumental (frequência com que um adolescente fala com os seus pais acerca de problemas na escola, planos a nível profissional e a nível de amigos).

A maioria dos pais provavelmente gosta dos filhos, exactamente como eles esperam. Os problemas podem ocorrer quando os pais não sabem expressar esse amor e quando as crianças que se sentem não amadas sofrem perturbações emocionais. Vários estudos comparativos entre jovens delinquentes e não delinquentes revelam que os jovens delinquentes, frequentemente, se sentem privados de atenção e afeição parental. O envolvimento parental é outra forma de amor. Os pais que se encontram mais envolvidos com os seus filhos despendem mais tempo e falam mais com eles e pensam e falam mais acerca deles. As crianças cujos pais manifestam maior envolvimento sentem-se mais amadas e, conseqüentemente, empenham-se mais nas suas actividades, usufruindo de maiores benefícios. Estas crianças não quebram as regras porque não as consideram adversas e repressivas. Vinculação e envolvimento não constituem os únicos aspectos que conduzem ao amor parental. Um estilo parental afectuoso aumenta na criança o sentimento de efectividade, competência e trabalho. Os pais afectuosos e apoiantes permitem uma boa adaptação a nível social, psicológico e escolar. Mesmo durante a adolescência, um período em que ocorrem grandes mudanças e incertezas, as crianças cujos pais fornecem apoio fazem o melhor. Os adolescentes cujos pais não são atenciosos apresentam um menor rendimento escolar e uma tendência a manifestarem maiores problemas no futuro, excepto se

adquirirem outros vínculos. Também as crianças que apresentam um auto-conceito mais positivo têm um melhor relacionamento com o grupo de pares. Quer indique não conformidade, comportamento de risco ou auto-destruição, os adolescentes cujos pais não lhes prestam apoio são diferentes. Esta diferença talvez se deva à grande influência do grupo de pares.

**ESTABILIDADE EMOCIONAL E COESÃO FAMILIAR.** A seguir ao amor, a estabilidade emocional é outro importante factor que influencia o desenvolvimento saudável da criança. Qualquer problema, tal como o conflito conjugal, os comportamentos aditivos, a depressão ou a doença física, que reduza a capacidade parental para fornecer apoio consistente e estável pode conduzir a problemas escolares, à delinquência ou à depressão na criança. As crianças cujos pais apresentam instabilidade emocional são mais ansiosas, menos seguras e têm tendência a não agirem em conformidade com as regras, em relação às crianças cujos pais são emocionalmente estáveis. Da mesma forma, as crianças cujos pais discutem e disputam com frequência apresentam uma menor auto-estima do que aquelas cujos pais não o fazem.

Em algumas famílias, os pais raramente despendem tempo um com o outro, raramente falam um com o outro, não existem refeições familiares regulares porque os membros da família, especialmente os pais, têm dificuldade em estar na presença um do outro. Este padrão familiar pode ser prejudicial para a criança. Os jantares de família são um sinal de coesão familiar, de estabilidade e contribuem para o desenvolvimento emocional saudável da criança. Da mesma forma, as famílias que partilham actividades recreativas apresentam uma menor probabilidade de produzirem crianças delinquentes em relação às famílias cujos membros não o fazem.

Cada ritual e rotina familiar são importantes não pelas actividades em si mas como símbolos de partilha. Através dos rituais e das rotinas, a família declara a sua importância para si, para os seus membros e eventualmente para os outros. A ausência de rituais familiares é prejudicial para a criança na medida em que implica que a família e os seus membros não são importantes e ainda pode reforçar a sua crença de que não é valorizada pelos outros. O conflito altera o ritual familiar, incrementa o stress, tendo como consequência a dificuldade em desempenhar o papel parental. O conflito conjugal pode ter várias causas, como por exemplo, comportamentos aditivos de um ou de ambos os pais, depressão crónica ou doença física.

PROTECÇÃO E CONTROLE. Outro aspecto importante no processo de socialização é o controle parental, isto é, a firmeza, a consistência e a imparcialidade com que os pais elaboram e reforçam as regras para a criança. As “boas” regras orientam e protegem a criança, reduzem a incerteza e demonstram o afecto e o interesse dos pais. No entanto, demasiadas regras associadas à frieza e à parcialidade podem ter efeitos tão negativos como a inexistência de regras. Shucksmith, Hendry, Glendinning (1995) identificaram quatro estilos parentais, segundo o grau de aceitação e controle do comportamento do adolescente: (1) permissivos (elevado nível de aceitação, baixo nível de controle); (2) descomprometidos (baixo nível de aceitação, baixo nível de controle); (3) autoritários (baixo nível de aceitação, elevado nível de controle); (4) autorizados (elevado nível de aceitação, elevado nível de controle). É importante referir que os pais podem posicionar-se em diferentes pontos ao longo do espectro relativamente à aceitação e controle e os mesmos pais podem variar o seu estilo ao longo do tempo.

As crianças cujos pais adoptam um estilo parental autorizado apresentam um elevado nível de sucesso académico e de bem-estar mental. No período da adolescência apresentam uma forte orientação comunitária, menor centração em si própria e menor probabilidade de adoptar comportamentos desviantes. Em casa, a autoridade parental está positivamente correlacionada com coesão, organização, realização e orientação intelectual. As outras formas de exercício parental produzem resultados menos desejáveis. Os filhos cujos pais são autoritários, descomprometidos ou permissivos têm uma maior probabilidade de apresentarem problemas de adaptação, baixo nível de realização académica ou abuso de substâncias.

JUSTIÇA E DISCIPLINA MODERADA. Disciplina e controle são dois aspectos interrelacionados: o desejo de controle conduz à elaboração de regras, a disciplina reforça essas regras. Uma rigorosa disciplina pode anular os benefícios do controle e pode tornar-se assim uma disciplina desatenta. A prática de disciplina tem sido descrita em três categorias gerais: (1) afirmação de poder (punição física, gritos, tentativa de inibição do comportamento, abolição ou ameaça de abolição de privilégios ou recursos); (2) ausência de afecto (expressão de desapontamento ou desaprovação, recusa de comunicação ou afastamento); (3) indução (explica porque o comportamento está errado, quais as consequências para os outros e apela ao sentido de honestidade ou de empatia da criança para a modificação do comportamento). Todas estas formas de disciplina são utilizadas para que as



crianças façam aquilo que os adultos pretendem. A interiorização moral é promovida pela manifestação de afectividade pelos pais e pela implementação de uma disciplina indutiva e é prejudicada pela afirmação de poder. A identificação com os pais contribui para determinados atributos morais visíveis. À medida que a criança cresce, a influência dos pais diminui e a interacção com o grupo de pares tende a destruir o que os pais ensinaram. Esta situação é particularmente verdadeira para os rapazes; as raparigas apresentam uma maior interiorização moral em relação aos rapazes, provavelmente resultante da socialização do género. A adesão precoce à socialização materna que a auto-regulação desenvolve, conduz a uma maior tomada de consciência, isto é, a uma orientação moral geral e sentimento de culpa. Os estudos longitudinais mostraram que as crianças que experienciaram mais uma disciplina materna de afirmação de poder apresentam uma menor probabilidade de imaginar a resolução de dilemas morais de uma forma socialmente responsável e uma maior probabilidade de manifestar um comportamento anti-social. As técnicas indutivas oferecem mais benefícios: normalmente, obrigam os pais a explicar e a demonstrar um bom comportamento. Uma série de estudos também demonstram que a utilização de técnicas de disciplina rígidas durante a infância tem consequências negativas para os indivíduos de ambos os sexos na idade adulta. Entre elas destaca-se a depressão, o alcoolismo, a baixa auto-estima, o comportamento agressivo, a incerteza moral, o suicídio e a tendência para o abuso físico das mulheres e crianças. A punição física reduz a auto-confiança.

#### 2.4. ADOLESCÊNCIA FAMÍLIA E SOCIEDADE

Na nossa sociedade, a família transformou-se na instância social a quem é confiada, essencialmente, a tarefa de acompanhar o indivíduo na passagem da infância para a idade adulta. Esta tarefa induz alguns desafios especiais. A rapidez com que ocorrem as transformações a nível físico, cognitivo e social, coloca exigências à família, sendo estas por vezes intensamente sentidas pelo adolescente (Sprinthal e Collins, 1999; Schmit, 1997).

As transformações físicas que ocorrem na puberdade provocam uma exacerbação das pulsões, quer se trate de pulsões de agressividade quer de amor. No início da adolescência, esta exacerbação pulsional tem normalmente como alvo os pais, o que explica a transformação repentina das relações entre os

adolescentes e os pais. Enquanto durante a infância a presença destes é para a criança fonte de conforto, de calma e de segurança, na adolescência, esta mesma presença pode tornar-se fonte de tensão, excitação e mal-estar (Braconnier e Marcelli, 2000).

Estas alterações, provavelmente, são o reflexo de novas experiências sociais e das exigências sentidas pelos adolescentes fora da família, nas interações com os colegas e com outros adultos (Sprinthal e Collins, 1999). Esta mudança de perspectiva é fundamental na adolescência. Ela explica em grande parte a necessidade de reorganização das relações pais – adolescentes e a necessidade de separação que se fará sentir posteriormente (Braconnier e Marcelli, 2000).

Para Braconnier e Marcelli (2000), tornar-se adolescente é aceder progressivamente ao estatuto de sujeito, isto é, a uma definição de si, a um reconhecimento das suas próprias identificações, dos seus desejos e dos seus ideais. Este trabalho de subjectivação coloca adolescentes e pais num paradoxo: o adolescente precisa de se diferenciar dos pais, mas as suas identificações de futuro adulto só podem adquirir um sentido existencial duradouro se se inscreverem na linhagem familiar.

Simultaneamente às alterações físicas, cognitivas e sociais vivenciadas pelos adolescentes, os pais também sofrem mudanças. Este facto, leva a salientar que na adolescência, como em outros períodos da vida, se deve pensar em termos de desenvolvimento da família, uma vez que as relações familiares na adolescência se referem às alterações que ocorrem como consequência das transformações do adolescente, mas também das interações, expectativas e tarefas com que a família é confrontada, durante este período.

Em muitas famílias os filhos atingem a adolescência na mesma altura em que os pais passam por certas alterações a nível da sua vida profissional, dos seus objectivos pessoais ou das suas expectativas quanto ao futuro. É o momento em que os pais atravessam “a crise da meia – idade”. Cada um deles faz nessa altura o balanço das suas escolhas, das suas realizações, não só no que se refere à vida profissional mas também quanto à vida familiar e conjugal (Gammer e Cabié, 1999). Trata-se de um momento na vida dos pais, em que estes se sentem bastante tensos, especialmente os que exercem uma actividade profissional e que pretendem ascender na sua carreira profissional. A grande exigência, em tempo e energia, a nível da actividade profissional, pode aumentar a dificuldade em lidar com os problemas dos adolescentes. As mulheres que optaram por não exercer

uma actividade profissional durante a infância dos filhos, quando estes se tornam adolescentes e independentes têm necessidade de pensar numa forma de ocupação (Sprinthal e Collins, 1999).

Os autores que se dedicam ao estudo do desenvolvimento familiar, salientam ser necessário pensar não apenas na forma como a família influencia os adolescentes, mas também no modo como consegue lidar com as alterações características deste período da vida. Se os pais enfrentarem problemas económicos, tensões ligadas à actividade profissional e fortes dúvidas quanto ao futuro, possivelmente não conseguem reagir às mudanças dos filhos de uma forma flexível e positiva. Por outro lado, o facto dos adolescentes sentirem que os pais estão a passar por um período de grande tensão pode dificultar as suas modificações a nível físico e social (Sprinthal e Collins, 1999).

Todos estes factores contribuem para dificultar o diálogo entre pais e adolescentes. Este diálogo é necessário mas raramente satisfatório: para o adolescente o conflito constitui uma forma privilegiada de entrar em contacto com os pais e deste modo encontrar os seus próprios limites. Ao mesmo tempo que o adolescente procura ser ouvido e compreendido, receia expor-se; daí as oscilações rápidas, por vezes incompreensíveis, dos adolescentes e das opiniões que defendem. Esta situação pode provocar nos adultos confusão ou perplexidade (Braconnier e Marcelli, 2000).

Segundo Gammer e Cabié (1999) os adolescentes têm necessidade de um ambiente que lhes permita exprimir um certo nível de conflito e a família deve estar preparada para lidar as manifestações repentinas de amor e ódio, racionalidade e irracionalidade, medo e cólera. O medo de ser abandonado está particularmente presente nesta altura. Durante este período de diferenciação, os limites exigidos pelos pais podem ajudar os adolescentes a sentirem-se seguros e a manterem um certo auto-controle. O conflito contínuo com os pais pode revelar-se uma protecção para o adolescente se for acompanhado de um estímulo para a independência. Durante a adolescência, os conflitos emergem com muita intensidade. Trata-se, para os pais e para os adolescentes de um período de incerteza, de indecisão: para o adolescente, trata-se de fazer uma escolha entre muitas que se lhe oferecem; para os pais trata-se de saber quando e como intervir e de saber distinguir um comportamento perigoso de outro “um pouco louco”.

Embora os pais constituam o primeiro alvo das pulsões agressivas do adolescente, têm uma função positiva: a de segurança e a de protecção. O

adolescente é um ser vulnerável pelo facto de não ter consciência dos seus próprios limites e a procura destes pode conduzi-lo a experiências perigosas. O papel dos pais é precisamente o de vigiar o meio em que o adolescente se desenvolve, para evitar que este seja uma fonte de experiências traumatizantes. Os pais permanecem o refúgio privilegiado, principalmente no início da adolescência (Braconnier e Marcelli, 2000). A ausência de um tal refúgio pode levar o adolescente a aderir a um bando de jovens que erram à aventura, à procura por vezes até da subsistência, sem que nenhum adulto, progenitor ou outros, se ocupem deles. Alguns pais, por várias razões, abandonam as crianças logo que estas parecem capazes de satisfazer as suas próprias necessidades. Assim, vêem-se jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos organizarem-se à volta de um chefe e “desenvencilharem-se” sem que nenhum adulto assuma qualquer responsabilidade (Braconnier e Marcelli, 2000).

No entanto, uma das características essenciais das sociedades industriais é a tendência de prolongar a dependência, ficando o adolescente cada vez mais tempo no seio da família. Trata-se de uma realidade social cada vez mais frequente na quase totalidade dos países ocidentais. Segundo Braconnier e Marcelli (2000), este facto deve-se a três factores:

- Factores culturais. A liberalização dos costumes e a maior tolerância dos adultos face à emergência da sexualidade e, posteriormente, à vida sexual dos adolescentes;
- Factores sociais. A duração e a complexidade crescente dos estudos impõem a numerosos jovens uma dependência material e financeira prolongada;
- Factores económicos. A recessão económica e o desemprego, que atingem particularmente os jovens, desempenham um papel importante na permanência de certos adolescentes e jovens adultos em casa dos pais. Até para os jovens que não enfrentam directamente o desemprego, este período é o de “pequenos trabalhos”, o de uma relativa precariedade do emprego e o das mudanças profissionais frequentes, que nem sempre asseguram a autonomia total do jovem.

Assim, ao mesmo tempo que o adolescente manifesta a necessidade de independência e exprime o seu sentimento de auto-suficiência, tem necessidade de sentir o apoio da família (Braconnier e Marcelli, 2000). Para Renard (2001) é necessário que os pais resistam às provocações dos adolescentes e não

renunciem às suas funções. Esta posição permite ao adolescente e aos seus pais preservarem o contacto e estabelecerem limites e diferenciação.

Newman e Newman (1986) referem que as funções exercidas pela família e o equilíbrio entre estas se devem manter durante a adolescência, independentemente da configuração familiar, com algumas modificações inerentes à maturação da criança e ao desenvolvimento de novas áreas de competência pelos pais. Segundo estes autores, para os adolescentes, a função de protecção e de prestação de cuidados é alterada: os pais passam da prestação de cuidados directos para a estimulação do auto-cuidado. Os pais podem deixar de proteger os adolescentes directamente, mas apresentam uma maior preocupação com a sua segurança, em relação a quando estes eram crianças. Relativamente à função parental de modelo, esta continua a ser importante durante a adolescência, embora outros adultos e o grupo de pares também se tornem modelos significativos nesta fase. O conteúdo do modelo parental pode ainda sofrer modificações: os adolescentes podem manifestar maior interesse pelos comportamentos e valores dos pais acerca de trabalho, dinheiro, sexo e política. O papel de agente de socialização continua de forma formal e informal durante a adolescência. Os pais tentam orientar o comportamento dos filhos tendo em consideração as normas e os valores socialmente aceites. No decurso das interacções informais, os pais influenciam os interesses dos adolescentes. Em algumas famílias, as práticas disciplinares podem modificar-se à medida que o adolescente adquire capacidade de tomada de decisão; em outras famílias, as práticas pouco se alteram.

Espera-se que a família prepare as crianças para se tornarem independentes e construïrem uma família com características semelhantes à sua. Para Newman e Newman (1986) este é um objectivo difícil, uma vez que não é partilhado por outras instituições sociais. As famílias devem estabelecer laços, coesão e interdependência entre os seus membros e, simultaneamente, facilitar a autonomia e a separação. A adolescência é o período em que tem início o processo de separação. Idealmente, no final da adolescência, pais e filhos devem manifestar respeito mútuo, adquirindo o processo de autonomia um sentido de realização familiar e não de rejeição ou abandono.

Para Gammer e Cabié (1999) este processo de separação permite aos pais e ao adolescente atenuar ou romper os laços intergeracionais. Estes laços situam-se a três níveis: emocional, financeiro e funcional. Os laços que se desenvolvem a nível emocional são os mais fortes, são sempre uma realidade mais ou menos intensa. Muitas vezes os indivíduos edificam a sua vida elegendo os pais como

modelo, seja para os imitarem seja para adotarem uma atitude radicalmente oposta. Assim, a vida de um indivíduo pode ser inteiramente determinada pela ligação emocional que manteve com os pais, embora não tenha consciência da influência da família sobre as suas escolhas. Esta influência pode ser observada em muitas áreas, como por exemplo, no estilo de vida, na escolha da profissão e do cônjuge, nas atitudes políticas, etc. É evidente que a família não regula todas as suas decisões, tudo depende da intensidade dos laços emocionais e da importância que esta ou aquela área tem para a família.

A nível financeiro, os laços que os unem correspondem ao apoio que os pais dão aos filhos nesse domínio e varia em função das famílias, dos seus valores e das suas possibilidades financeiras. Todos os modelos são possíveis: o adolescente pode deixar a família e ficar sem qualquer apoio, pode beneficiar de apoio durante os estudos, por vezes mesmo depois.

Os laços a nível funcional representam os serviços que os pais prestam aos filhos e que lhes permitem funcionar. Também neste âmbito existe uma grande variabilidade: é o jovem que entrega a roupa para lavar todas as semanas, é a mãe que vai tratar da casa dos filhos. Estes laços são aceitáveis se possibilitarem ao jovem desempenhar progressivamente essas diferentes tarefas e tornarem-se completamente independentes.

O processo de separação supõe que o adolescente e pais negociem uma autonomia a estes três níveis. O processo não é linear, supõe conflitos, regressões. Para a família trata-se de evitar as armadilhas de uma partida demasiado precoce ou demasiado tardia (Gammer e Cabié, 1999).

Para Schmit (1997) a evolução das relações do adolescente com os seus pais exprime-se através das modificações do comportamento. Inicialmente, prevalecem as modificações subtis: uma procura de autonomia, um distanciamento face aos pais, uma menor convivência com os pais, uma tendência para se exprimirem por actos mais ou menos assumidos e por manifestações emocionais. Posteriormente, o jovem afirma a sua vontade e os seus desejos. Os conflitos podem surgir devido aos limites impostos pelas regras familiares ou devido a situações que comprometem o futuro do adolescente.

Segundo este autor, é de mau prognóstico a ausência de modificações comportamentais reais ou a manutenção de determinados comportamentos, tais como problemas alimentares, condutas de adição, etc., durante um longo período de tempo traindo uma fixação sobre o *status quo* pouco evolutivo da angústia

suscitada por conflitos de desenvolvimento relacional pessoal.

Alguns adolescentes ultrapassam este período de uma forma calma, tranquila, outros de uma forma tumultuosa. Os conflitos são inevitáveis mesmo na ausência de qualquer patologia. Não os devemos ignorar nem dramatizar, devemos considerá-los com a seriedade requerida pelo seu significado profundo, isto é, pela reorganização psíquica subjacente do indivíduo (Schmit, 1997).

Longe de se reduzir a uma ressonância intersubjectiva entre o adolescente e cada um dos pais, as mudanças relacionais induzidas pela adolescência diz respeito a todos os membros da família. O contexto familiar, as delimitações e interacções entre os elementos da família, o grau de diferenciação destes, as relações com a família de origem de cada um dos pais, assim como outros elementos, definem a especificidade de cada família e influenciam as modalidades resolutivas da adolescência. Da mesma forma, as separações parentais, as recomposições familiares, os traumatismos e os lutos anteriores são habitualmente reelaborados por cada um dos membros da família na altura da passagem da infância para a adolescência.

Assim, para além dos pais, outros membros da família podem desempenhar um papel importante no diálogo com o adolescente. Trata-se especialmente dos avós, tios (as) e irmãos (ãs) (Schmit, 1997). Os (as) irmãos (ãs) representam figuras de um possível deslocamento das relações pais-adolescentes. Geralmente, a presença de irmãos (ãs) é um elemento de riqueza. Verificam-se, frequentemente, modificações nas interacções entre irmãos durante a adolescência (Braconnier e Marcelli, 2000). Distanciando-se das relações fraternais na conquista de autonomia, identificam-se acentuadamente com os pais, do ponto de vista dos mais novos; aumentam a rivalidade, segundo os mais velhos. Em certas relações fraternas aumenta a cumplicidade. Geralmente, o adolescente no processo de construção da identidade, procura novas diferenciações susceptíveis de determinar as orientações no futuro. É importante que os papéis e funções reconhecidas ao adolescente na sua família encerrem a flexibilidade necessária para permitir esta pesquisa (Schmit, 1997).

Os (as) tios (as), figuras naturais de deslocamento em relação às imagens parentais, podem permitir ao adolescente estabelecer relações com vários membros da família. Existem famílias, em que os adolescentes em conflito com os pais são acolhidos pelos tios (as). Actualmente, a sociedade tem tendência a reduzir a família ao seu núcleo, pais e filhos, fazendo desaparecer a terceira

geração e uma parte dos colaterais. Muitas vezes a pobreza das relações familiares, no seu sentido mais lato, a ausência de relações com os avós, tios (as) e primos (as), acentuam a conflituosidade das relações pais adolescentes. De um modo geral, os pais não devem manifestar ressentimento com o relativo bom entendimento existente entre os filhos e os seus próprios pais, ou entre os filhos e os próprios irmãos, mesmo quando o entendimento entre eles e os filhos é difícil. Pelo contrário devem admitir que, desta forma, o adolescente procura no seio da família uma identificação e um possível papel (Braconnier e Marcelli, 2000).

Os avós, embora não estando no primeiro plano das interações com o adolescente, desempenham um papel essencial. Os avós permitem que o adolescente se inscreva no tempo e na história, especialmente na da família. Os avós depositários da memória familiar, têm a vantagem de serem adultos menos implicados que os pais nos conflitos dos adolescentes, podendo oferecer apoio ao jovem, enquanto, o lugar na família se define. Por vezes, a adolescência reactiva velhos conflitos e actualiza certas obrigações intergeracionais. Próximos ou afastados, por vezes desaparecidos, os avós têm um papel importante na elaboração fantasmagórica que o adolescente constrói das suas relações familiares (Schmit, 1997).



### 3. IDENTIDADE E PROCESSOS IDENTITÁRIOS

A identidade é uma entidade complexa. Nos últimos cinquenta anos, muitos teóricos e pesquisadores, a nível internacional e a nível multidisciplinar, manifestaram interesse em compreender o seu significado e o seu processo de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

No âmbito dos estudos sobre a identidade, são utilizados vários termos: *Self*, *Ego*, *Identidade* e *Eu*. Muitos autores atribuem um significado especial a cada termo, outros utilizam-no indistintamente. No entanto, o termo *Identidade* é um dos mais utilizados em ciências sociais, podendo ser definido de várias formas e abordado sob várias perspectivas.

O interesse dos especialistas pelas questões da identidade deve-se ao facto destas desempenharem uma tarefa central na vida de muitos indivíduos, especialmente para os que se encontram na fase de transição entre a infância e a idade adulta (Schwartz, 2001; Levine, Carey e outros 1983). As modificações físicas e biológicas que o adolescente vivencia obrigam-no a questionar de novo a noção que tem de si próprio, a sua identidade (Braconnier e Marcelli, 2000; Gammer e Cabié, 1999). O adolescente preocupa-se com a definição de si: o que é, o que quer fazer, quais são os seus valores e objectivos, quais são os seus projectos de vida, o que é que o torna diferente do outro (Schwartz, 2001; Kroger, 2000; Costa, 1990). O adolescente tenta dar um significado coerente à sua vida, integrando as suas experiências passadas e presentes e procurando um sentido para o futuro.

A formação da identidade tem uma dupla função (Costa, 1990):

- Psicológica: a construção da identidade surge da necessidade do indivíduo organizar e compreender a sua individualidade de uma forma consistente e sem contradições;
- Social: surge de pressões externas para que o indivíduo escolha e invista em papéis, familiares, profissionais e sociais que lhe conferem um estatuto e uma posição social.

Uma vez que a identidade possui estas duas funções, a tarefa do adolescente é duplamente complexa: por um lado tem de apresentar um desenvolvimento psicológico adequado à realização desta tarefa e, por outro, a construção da sua identidade tem de ser realista e adaptada à sociedade em que está inserido, em constante mudança.

Se em determinadas épocas, o casamento e a gravidez na adolescência eram frequentes e considerados um fenómeno socialmente aceitável, actualmente, suscitam reprovação. A gravidez precoce é considerada um verdadeiro anacronismo (Le Van, 1998). A expressão *gravidez na adolescência* sublinha o seu carácter paradoxal: se a gravidez pressupõe um papel social adulto, a adolescência traduz imaturidade, período de crise que parece incompatível com a representação social do papel de *mãe* ou de *pai*. Principalmente numa época em que, como os homens, as mulheres estudam e acedem ao mercado de trabalho. A par de uma nova imagem de mulher surge o estabelecimento de uma idade socialmente aceite para a ocorrência de gravidez.

A gravidez e a maternidade representam um período de transição crucial para a mulher. A adolescente grávida não vivencia esta transição de forma semelhante a uma mulher adulta. Para a mãe adulta, a gravidez corresponde à ocorrência de um facto social normal, em geral planeado, em redor do qual se mobilizam um conjunto de recursos pessoais, familiares e comunitários. Pelo contrário, a gravidez na adolescência não é em geral planeada nem desejada (Spear, 2001), mas sim um acontecimento com o qual a adolescente vai ter que lidar. Esta transição no ciclo vital poderá resultar num período de múltiplas dificuldades.

No decurso deste capítulo tentaremos construir algumas reflexões em torno do conceito de identidade e do seu processo de construção, abordaremos, no que se refere a estas temáticas, diversas perspectivas teóricas que forneceram importantes subsídios para o seu estudo. Abordaremos igualmente os estatutos da identidade: o modelo de Marcia; o desenvolvimento identitário na adolescência e adolescência e maternidade: que desenvolvimentos identitários?

### 3.1. IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL: CONCEITOS E PERSPECTIVAS

Existem diversos conceitos de identidade. Estes dependem da perspectiva disciplinar adoptada e, em última instância, do actor social enquanto indivíduo que materializa o sentimento de identidade, mesmo que este seja dependente do "outro" e não exista senão graças ao olhar do "outro". Talvez seja esta interacção "eu/outro" que torna difícil uma definição (Vasquez, 1999).

Para ajudar a clarificar o termo apresentamos as perspectivas que constituíram um marco na elaboração e na crítica do conceito de identidade.

### Perspectiva psicanalítica

Erikson foi o primeiro psicanalista a debruçar-se seriamente sobre as questões da formação da identidade. Grande parte da sua teoria surge do seu trabalho como clínico durante a II Guerra Mundial, ocasião em que propôs, pela primeira vez, o conceito de "crise de identidade" para explicar os problemas que afectavam os veteranos desta guerra. Posteriormente, alargou o conceito de identidade para interpretar a problemática dos adolescentes e das minorias de origem estrangeira.

O seu trabalho baseou-se, embora divergindo em pontos importantes, na perspectiva de Freud sobre o desenvolvimento da personalidade. Erikson fundamentou-se nos conceitos de energia libidinal e do *id* da psicanálise clássica, valorizando as capacidades de adaptação do ego ao meio. Este afastamento dos objectivos de Freud, permitiu a Erikson traçar um quadro mais optimista das capacidades humanas e enfatizar o processo de crescimento saudável. Finalmente, Erikson reconheceu que o desenvolvimento da personalidade não terminava na adolescência, continuava a sua evolução ao longo do ciclo vital. Por esta razão o seu esquema de desenvolvimento compreende oito estádios, incluindo, além dos cinco propostos por Freud até à adolescência, mais três estádios: idade adulta jovem, idade adulta e maturidade.

Erikson (1968), conceptualizou e definiu a identidade de uma forma interdisciplinar em que a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo. Situou o desenvolvimento do indivíduo num contexto social dando ênfase ao facto de ocorrer na interacção com os pais, a família, as instituições sociais e culturais num dado momento histórico.

Erikson (1969), também referiu que a noção de identidade parecia remeter simultaneamente a um sentimento consciente da especificidade individual, a um esforço inconsciente tendente a estabelecer a continuidade da experiência vivida e à participação do indivíduo nos ideais e nos modelos culturais do grupo, considerados positivos. O autor ainda utilizou o termo identidade para se referir ao produto da actividade da síntese do ego e a um sentimento de solidariedade interna com os ideais e os valores do grupo social de pertença.

Face à variedade de significados que um mesmo autor atribuiu ao termo identidade, facilmente se constata a complexidade do conceito. No entanto, Erikson justificou que estes múltiplos significados ajudavam a tornar o tema mais explícito.

Para Erikson, o desenvolvimento óptimo da identidade envolvia a descoberta de papéis sociais que satisfizessem as expectativas do indivíduo. Como já referimos anteriormente, a resolução inicial desta tarefa ocorre normalmente na fase média e tardia da adolescência quando o indivíduo define a sua vocação e a estrutura interpessoal para a vida adulta. No entanto, a reformulação da identidade continuará ao longo do ciclo de vida sempre que as circunstâncias biológicas, psicológicas e sociais se modifiquem.

### Perspectiva da psicologia social

A psicologia social de orientação cognitivista, utilizando uma terminologia diferente mas adoptando uma concepção próxima das relações indivíduo/grupo e indivíduo/sociedade, desenvolveu pesquisas experimentais para o estudo dos laços interpessoais e das representações de si e do outro.

George Mead foi um dos primeiros investigadores a considerar a consciência de si, o *Self*, como uma entidade em estreita relação com os processos sociais em que o indivíduo está envolvido. Segundo Mead (1963), o indivíduo toma consciência da sua identidade não directamente, mas ao adoptar o ponto de vista dominante no grupo social a que pertence, face à vivência e partilha de dinâmicas e espaços sociais comuns.

Ainda numa perspectiva cognitivista muitos trabalhos fizeram emergir a forma de construção da identidade pessoal, expressa em termos de self ou de apreensão de si. Festinger (1954), referiu que o indivíduo era levado a comparar-se com o "outro", na procura de semelhanças e diferenças de forma a situar-se e a avaliar-se em relação às normas aceites pelo grupo social a que pertence. A teoria de Festinger pretendia esclarecer a dinâmica dos grupos maioritários e minoritários, sendo os grupos concebidos num quadro social mais alargado cujos parâmetros pareciam invariáveis.

Henri Tajfel, outro autor que partilha esta perspectiva, considerava a identidade ligada à categorização social. A identidade social estaria ligada ao conhecimento que o indivíduo possui da sua pertença a determinados grupos sociais e ao significado emocional e valorativo resultante desta pertença. O processo de categorização social permitiria ao indivíduo organizar a informação recebida do seu ambiente, privilegiando certas características e subestimando outras. O estabelecimento de uma categoria exigia, em contrapartida, a constituição de uma categoria inversa (por exemplo, homens e mulheres, estrangeiros e

nacionais, etc.).

A abordagem de Tajfel tinha em consideração a influência do "outro" na elaboração das percepções do indivíduo. Este autor sublinhou que os dois principais determinantes da selecção e organização social eram os valores sociais e o consenso social. Os valores referiam-se aos interesses, prazeres, gostos, preferências, desejos, necessidades, rejeições e atracções; o consenso social influenciaria a actividade cognitiva ao determinar as modalidades da percepção social. Para Tajfel uma das consequências de um indivíduo pertencer a um grupo é que desenvolveria todos os esforços para conservar a sua pertença ao grupo e tentaria aderir a outros grupos se estes contribuíssem para reforçar os aspectos positivos da sua identidade social.

Turner (1975), que desenvolveu as ideias de Tajfel, demonstrou que o favoritismo pelo grupo próprio e a discriminação intergrupos apareciam em situações de categorização; no caso de ausência de categorização, o auto-favoritismo substituiria o favoritismo pelo grupo próprio e a discriminação interindividual substituiria a discriminação intergrupos. Estes resultados salientaram o efeito de competição social por uma identidade pessoal positiva.

A teoria do papel, mais recente, retomou o estudo da influência social na percepção e na definição do eu. Aborda a identidade numa perspectiva situacional, na medida em que a noção de eu resulta do conhecimento das normas e valores associados às posições ocupadas num determinado contexto e este conhecimento corresponde também a uma forma de adaptação da acção individual ao contexto.

Goffman contribuiu particularmente para a conceptualização da noção de representação de si (*Self*) e de identidade a partir da teoria do papel. Este autor, ao estudar as modalidades que permitiam ao indivíduo assumir um determinado papel em relação aos outros, realçou os aspectos exteriores (a que chamou *face*), por permitirem verificar a adesão do indivíduo ao papel.

Goffman (1963) salientou que estas apresentações de si têm tendência a institucionalizar-se sob a forma de um conjunto de expectativas do público acerca do actor social. Para Goffman o mundo era um teatro e a vida social constituía uma vasta cena onde os actores deviam respeitar os rituais, as linhas de conduta instituídas para preservar as suas faces.

Os trabalhos deste autor reconheceram a relatividade das normas e a mudança das identidades, mas ao focalizarem-se nas identidades estigmatizadas ou negativas, sublinharam o poder, que o actor dispunha, para se ver no

desempenho de um dado papel (ou de uma identidade), isto é, sublinhou a distância existente entre o Eu e a identidade. Este facto fez com que os seus trabalhos colocassem, indirectamente um problema central no estudo da identidade – o eu. Esta abordagem supõe uma certa distância entre as identidades que o actor social dá a conhecer e a essência do seu eu, isto é, supõe a existência de duas espécies de identidade, a identidade existencial e a profunda que permitia a continuidade da pessoa, e o conjunto das diferentes identidades que o indivíduo constrói ao longo da vida.

### Perspectiva sociológica

A perspectiva sociológica desenvolveu-se a partir de estudos sobre a identidade social concebida como uma representação de si – enquanto indivíduo mas sobretudo enquanto grupo – estruturada pela ideologia dominante numa determinada sociedade. Os estudos realizados com operários e grupos minoritários (étnicos e sexuais) permitiram verificar que estes grupos sociais interiorizavam o lugar que ocupavam nas relações de produção e nas relações de poder sem perceberem a influência do determinismo social sobre os seus destinos individuais. Pelo contrário, justificavam a discriminação e a exploração de que eram vítimas como consequência da sua falta de capacidade ou de sorte. Neste caso, a identidade imposta significava uma espécie de alienação de si, uma vez que estes grupos sociais não construíam a sua identidade a partir do que possuíam, mas a partir do que estavam privados. A identidade alienada ao traduzir marginalidade, não percepção de contradições e relações de poder, constitui uma ilusão de identidade.

Algumas pesquisas na área da sociologia provaram que quando existia uma identidade (e não uma alienação da identidade), os indivíduos tinham consciência das contradições, já que a consciência activa da identidade emergia a partir dos conflitos existentes em todas as sociedades dotadas de historicidade. Desta forma, para que um indivíduo ou um grupo se torne actor da história da sociedade em que está inserido, deve deixar de aceitar a identidade que lhe é atribuída pelo seu sistema social (Lipiansky, Taboada-Leonetti e Vasquez, 1999).

Estes primeiros trabalhos, ao sublinharem a importância dos determinantes sociais, não valorizaram as possibilidades de acção dos grupos dominados, nomeadamente a sua capacidade de recusar esta identidade social prescrita ou de produzir uma nova identidade (Lipiansky, Taboada-Leonetti e Vasquez, 1999).

Dubar (1991), situado nesta perspectiva (embora nos seus estudos se identifiquem contributos das perspectivas psicanalítica e fenomenológica), definiu identidade como o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização, que conjuntamente constroem os indivíduos e definem as instituições.

Dubar (1991), referiu que a identidade social compreendia uma articulação constante entre a identidade individual e a identidade colectiva, segundo um processo de dupla transacção: interna (interior ao indivíduo) e externa (entre o indivíduo e as instituições sociais com as quais interactua).

A partir da reflexão destas perspectivas surgiu uma perspectiva interdisciplinar, que ilustra a evolução do conceito de identidade para uma abordagem menos substancialista e mais dinâmica, interaccionista e social (Lipiansky, Taboada-Leonetti e Vasquez, 1999). Os autores que defendem esta perspectiva, situados em campos disciplinares diferentes, partilham as seguintes bases epistemológicas e teóricas:

- O carácter dinâmico da identidade. A concepção de uma identidade elaborada no decurso dos primeiros anos de vida até se fixar num determinado ponto e ser considerada terminada e estável, foi definitivamente abandonada. A identidade é, pelo contrário, considerada o produto de um processo que integra as diferentes experiências do indivíduo ao longo da vida;
- A importância da interacção sobre a génese e a dinâmica da identidade: interacção entre o sujeito e o mundo que o rodeia (indivíduos, grupos e estruturas sociais). Desde o início da vida que o olhar do "outro" devolve a cada indivíduo uma imagem, uma personalidade, modelos culturais e papéis sociais que o indivíduo pode aceitar ou rejeitar, mas nunca evitar;
- O aspecto multidimensional e estruturado da identidade. As situações de interacção em que os indivíduos estão implicados são diversas e múltiplas e conduzem a respostas identitárias igualmente diversas, mas integradas num todo estruturado, mais ou menos coerente e funcional;
- Aceitação do paradoxo aparente de unidade diacrónica de um processo evolutivo. Apesar da identidade sofrer modificações ao longo do ciclo de vida, o indivíduo tem consciência da sua unicidade e continuidade, da mesma forma que é reconhecido pelos outros como sendo ele mesmo.

No entanto, a existência de uma base teórica consensual não implica que os autores que partilham esta perspectiva constituam uma escola de pensamento. A diversidade relativa e de domínios que representam explicam a presença de algumas divergências.

Uma das defensoras desta perspectiva é Taboada-Leonetti (1999). Para esta autora a identidade é, essencialmente, “um sentimento de ser” através do qual o indivíduo prova que é um “eu”, diferente dos “outros”. Segundo esta autora, esta simples definição exprime a dupla pertença teórica da identidade: trata-se de um facto consciente, subjectivo, logo individual e relevante a nível da psicologia, mas situa-se também em relação ao outro, na interacção, logo no campo da sociologia.

Taboada-Leonetti (1999), tenta integrar este duplo estatuto psicológico e sociológico na definição de identidade. Considera a identidade como o produto de um processo dinâmico. Defende que ao longo do ciclo vital, no seio das redes de interacção, familiares e sociais, se constrói e reconstrói um conjunto de traços que definem o indivíduo e através dos quais este se define face aos outros. Assim, define a identidade como um conjunto estruturado de elementos que permitem ao indivíduo definir-se numa situação de interacção e de agir enquanto actor social. Taboada-Leonetti (1999), clarifica alguns termos desta definição:

- Os elementos identitários: são considerados por alguns autores como os “marcadores da identidade” e emergem de duas categorias: de um lado os atributos que definem a identidade pessoal de um indivíduo, isto é, o que o indivíduo tem de único enquanto ser humano (trata-se frequentemente de adjectivos atribuídos às qualidades e aos defeitos - ambiciosos ou idealistas); de outro os que definem a sua identidade social, isto é, os estatutos que o indivíduo partilha com os outros membros de um grupo social (quase sempre substantivos que designam as categorias sociais: nacionalidade, sexo, profissão, religião, raça, etc.);
- A estrutura da identidade: aquela organização dos diferentes elementos identitários (profissão, sexo, qualidades, nacionalidade, idade, referências ideológicas, etc.), cuja combinação define um ser único, não é uma simples soma desse conjunto de elementos. Trata-se de uma estrutura, relativamente estável no tempo, mas dotada de uma certa plasticidade que lhe permite modificar uma parte dos elementos que a compõe ou de integrar outros após a ocorrência de mudanças objectivas, mas permite sobretudo organizar esses elementos em função da situação;



- As situações de interacção: a identidade constrói-se, não só através da observação do outro, mas também pelo movimento dialéctico de interiorização e de contestação da situação de interacção que define as posições dos actores sociais no sistema de inter-relação;
- As estratégias identitárias: resultam de uma construção individual e colectiva dos actores e exprimem os ajustamentos realizados, no dia a dia, em função das situações, isto é, das finalidades expressas pelos actores, e dos recursos destes.

Malewska-Peyre (1999), abordou a problemática da positividade e negatividade da identidade e a auto-imagem. Definiu identidade pessoal como o conjunto organizado (estruturado) de sentimentos, de representações, de experiências e de projectos para o futuro. A auto-imagem seria a representação consciente e verbalizada desta estrutura. A identidade psicossocial surge como o resultado da troca de mensagens entre o indivíduo e os outros, como o produto das relações entre o indivíduo, o grupo e a sociedade. Mas o indivíduo com o seu corpo, o seu passado e o seu sistema de valores não constitui um produto puro das interacções imediatas. Admite que a identidade é um processo dinâmico, que implica uma gestão da mudança e uma negociação constante da continuidade.

Malewska-Peyre (1999), referiu que o indivíduo constrói uma identidade positiva quando acredita ter qualidades, poder influenciar os outros seres, dominar (pelo menos parcialmente) o ambiente e ter mais representações favoráveis de si do que desfavoráveis. Considera a identidade positiva um sinal de saúde mental, de adaptação social. No entanto, não exclui a existência de flutuações nos sentimentos e nas representações do indivíduo. Estas flutuações e as estruturações dependeriam das experiências dos indivíduos e, particularmente, das suas interacções, da sua pertença a grupos e a categorias sociais.

A identidade negativa, pelo contrário, caracterizar-se-ia por um sentimento de mal-estar, de impotência, de ser mal visto pelos outros, de possuir más representações das suas actividades e de si. O sentimento de identidade negativa provoca sofrimento, sobretudo quando a imagem do indivíduo não depende dos seus actos.

Para Lipiansky (1999), a noção de identidade tem dois significados. O primeiro, estaria relacionado com uma apreensão objectiva, designaria um conjunto de características pertinentes que definiam um indivíduo e permitiam identificar o seu "exterior". Neste sentido, a identidade resultaria da posição que o indivíduo

ocupa na cultura, na sociedade e ainda do seu estado civil, sexo, idade, grupo étnico, nacionalidade, classe, profissão, etc.. Tem valor taxinómico e corresponde à identidade social. O segundo, está ligado à percepção subjectiva que o indivíduo possui da sua individualidade, inclui noções como consciência de si, definição de si... e traduz a identidade pessoal.

Lipiansky (1999), embora considere estas duas faces da identidade distintas não as encara como dissociadas. A identidade pessoal constitui a apropriação subjectiva da identidade social (a consciência que o indivíduo tem de si próprio está necessariamente marcada pelos grupos a que pertence e pela sua relação com o outro). Simultaneamente, as múltiplas dimensões da identidade social sofrem menor ou maior investimento e têm menor ou maior sentido segundo a personalidade do indivíduo.

A identidade resulta assim das relações complexas que se estabelecem entre a definição exterior de si e a percepção interior, entre o objectivo e o subjectivo, o eu e o outro, entre o social e o pessoal. No entanto, segundo o ponto de vista adoptado, pode-se privilegiar uma ou outra abordagem (Lipiansky, 1999).

### 3.2. ESTATUTOS DA IDENTIDADE: O MODELO DE MARCIA

James Marcia (1980), procurou aprofundar os conceitos de Erikson relativos ao problema da identidade no período da adolescência. Utilizando duas variáveis expressas por Erikson (crise ou exploração e investimento) Marcia construiu o modelo dos "estatutos de identidade". Este modelo surge como uma tentativa de validação do conceito de identidade (o quinto estágio do desenvolvimento psicossocial de Erikson) (Marcia, 1988).

Segundo Marcia (1988), a identidade é o único conceito verdadeiramente estrutural no desenvolvimento psicossocial proposto por Erikson. Enquanto a resolução dos outros estádios é definida como "um sentido de, uma capacidade para" (sentido de indústria e capacidade de intimidade), a resolução da identidade refere-se à síntese de elementos numa estrutura que é reorganizada e reexperimentada nos estádios subsequentes do ciclo vital. Todos os estádios anteriores ressurgem neste, embora de maneira diferente, de acordo com o conteúdo da crise experimentada pelo sujeito. No entanto, o produto dos estádios precedentes refere-se mais ao aspecto da experiência, enquanto o da identidade se refere a uma estrutura.

Marcia definiu essa estrutura do eu como uma organização dinâmica dos impulsos, habilidades, crenças e história do indivíduo. Para este autor, a melhor forma de desenvolver esta estrutura implica que os indivíduos tenham consciência de si como seres únicos, como semelhantes aos outros e também das suas forças e fraquezas. Aponta ainda a pior forma de desenvolver esta estrutura: quanto mais confuso o indivíduo estiver acerca dos aspectos que o distinguem dos outros e quanto mais contar com as fontes externas para se avaliar, mais dificuldade apresenta em desenvolver a sua identidade (Marcia, 1980). Considera que a estrutura da identidade é uma estrutura dinâmica: existem períodos na vida do indivíduo mais cruciais que outros para a mudança da forma estrutural. A adolescência é um desses períodos importantes. Trata-se de um período de transição na abordagem de tarefas cognitivas, de aspectos morais e de assuntos psicossociais.

Para tratar as questões da identidade na adolescência, Marcia (1986) considera dois períodos: o inicial (da puberdade aos 16 anos) e o tardio (dos 17 aos 22 anos). Sublinha que o período inicial da adolescência é o período em que ocorrem mais mudanças estruturais. As mudanças físicas, o desenvolvimento cognitivo e as exigências sociais combinam-se para provocarem uma ruptura mais ou menos acentuada com a infância. O período tardio da adolescência é um período de reestruturação, no qual o adolescente aprende a moldar os aspectos libidinais, cognitivos e psicossociais - todos presentes pela primeira vez no ciclo vital - num todo mais ou menos organizado: a identidade.

A formação da identidade ocorre de uma forma gradual, não ordenada, não totalmente consciente nem de uma forma simples. As decisões não são tomadas de uma só vez nem são válidas para sempre, precisam ser tomadas continuamente. Na altura as decisões parecem triviais: com quem namorar, terminar ou não terminar o namoro, iniciar ou não a actividade sexual, consumir drogas, continuar os estudos ou ingressar na vida profissional, ser politicamente activo, ... Contudo, cada uma destas decisões tem implicações a nível da formação da identidade.

Existem outras formas que influenciam o processo de tomada de decisão: os indivíduos podem incorporar previamente os valores parentais, podem ceder a pressões externas ou podem permanecer num estado de indecisão.

Marcia postulou a existência de quatro estatutos da identidade que representam diferentes estilos de lidar com esta tarefa psicossocial e elaborou uma entrevista semi-estruturada para a sua avaliação. Os estatutos da identidade são

modos de lidar com as questões da identidade, características do período final da adolescência. Os estatutos são quatro:

- Identidade realizada
- Identidade outorgada
- Difusão da identidade
- Moratória

Esta classificação tem por base a conjugação de duas dimensões - exploração e investimento. Tem como referência a presença ou ausência de exploração e investimento nas áreas profissional, ideológica (política e religiosa) e interpessoal/sexual.

Segundo Bosma (1985), a exploração ou crise, o investimento e a área constituem as principais variáveis do modelo dos estatutos de identidade. Os estatutos da identidade são o resultado do processo de desenvolvimento da identidade na adolescência.

Antes de definir e caracterizar cada um dos estatutos é importante analisar os conceitos de "exploração" (crise) e de "investimento", dado que são essenciais para a sua compreensão.

#### Dimensão exploração (crise)

A dimensão exploração refere-se a um período de questionamento intenso e activo que o indivíduo atravessa para tomar decisões e atingir objectivos. Um indivíduo, no período de exploração, manifesta uma actividade dirigida para a recolha de informação acerca das alternativas possíveis, necessárias à tomada de decisão.

Neste período podem referir-se três momentos: exploração, pós-exploração e ausência de exploração (Costa, 1991, 1990).

Um indivíduo encontra-se em exploração quando sente necessidade de trabalhar questões referentes à sua identidade com o objectivo de tomar decisões; empenha-se na análise das várias alternativas, tomando gradualmente consciência do conteúdo e implicações de cada uma. Vive uma sensação de desconforto pela indefinição dos seus objectivos e valores o que pode provocar sentimentos de frustração, intolerância, ambiguidade e ansiedade. A intensidade destas emoções varia de indivíduo para indivíduo. Face ao desconforto, existe um desejo iminente de realizar uma escolha.

No início da exploração, o estado emocional do indivíduo caracteriza-se por excitação, antecipação e curiosidade, mas no seu decurso o indivíduo pode manifestar ansiedade e desconforto pela indefinição dos seus objectivos e valores o que pode provocar uma necessidade de resolver a indecisão o mais depressa e realisticamente possível. No período de pós-exploração, o indivíduo já vivenciou uma fase de valorização activa de vários elementos da identidade, podendo tê-la ultrapassado com sucesso ou insucesso. Se ultrapassou esta fase com sucesso, emergiu daí um firme sentido de direcção para o futuro; se se registou insucesso, a tarefa é abandonada sem que se tenha atingido uma conclusão significativa.

A ausência de exploração significa que o indivíduo não sente necessidade de escolher objectivos, crenças, valores e alternativas, quer porque já foram escolhidos por "outros significativos" e foram incondicionalmente aceites, quer por falta de estímulos que permitam encontrar e ponderar outros objectivos.

#### Dimensão investimento

A dimensão investimento implica escolhas relativamente firmes de elementos da identidade e acções para as implementar. Podê estar presente ou ausente, conforme existam ou não escolhas firmes, bem como a respectiva implementação. Para se poder afirmar que existe investimento não é suficiente apenas a verbalização de ideias socialmente adequadas, é necessário que exista uma influência directa na vida do indivíduo e uma preparação para os papéis futuros de acordo com os objectivos e valores anteriormente definidos.

Esta dimensão não se refere apenas ao aqui e agora, fornece um mecanismo de integração do passado com o presente e do presente com o futuro. Isto não significa que os vários elementos da identidade continuem imutáveis, mas apenas que existe um sentido de continuidade e projecção no futuro.

O desenvolvimento da identidade manifesta-se no processo de realizar novos investimentos, prescindindo dos anteriores. A duração e conteúdo dos investimentos dependem das necessidades do indivíduo, de acordo com a idade e o sexo, e das possibilidades oferecidas pela sociedade. Os investimentos são guias significativos da acção: a sua presença indica estabilidade, confiança na escolha, optimismo e projecção no futuro, características essenciais para a definição da identidade.

### Os estatutos da identidade em função da exploração (crise) e do investimento

Marcia (1986), com base na sua entrevista semi-estruturada, identificou quatro estatutos que reflectem as formas como qualquer grupo de jovens pode lidar com aspectos ligados à identidade: os estatutos da identidade. Cada um dos estatutos foi definido em função da presença ou da ausência das dimensões exploração e investimento (Figura 4).

Figura 4 - Critérios para a definição dos estatutos de identidade

<b>Dimensões da identidade</b>	<b>Identidade realizada</b>	<b>Identidade outorgada</b>	<b>Difusão de identidade</b>	<b>Moratória</b>
<b>Exploração de alternativas</b>	Presente	Ausente	Presente ou ausente	Em processo
<b>Investimento</b>	Presente	Presente	Ausente	Presente mas vago

Fonte: Adaptado de Marcia (1986)

Passaremos a descrever os quatro estatutos de identidade segundo Marcia (1986) e outros investigadores que lhe estão próximos:

#### IDENTIDADE REALIZADA

Os indivíduos que se incluem no estatuto de Identidade realizada, são aqueles que passaram por um período de exploração e realizaram investimentos relativamente firmes, construindo a sua identidade pessoal (Marcia, 1986).

A realização da identidade requer que em tempo oportuno o indivíduo considere as alternativas que se oferecem nos diversos domínios de modo a tomar decisões pessoais. A Identidade realizada oferece um sentimento de continuidade em comunhão com o passado e uma orientação estável para o futuro (Azevedo, 2003).

Os indivíduos no estatuto de Identidade realizada reflectem sentimentos de confiança, estabilidade, optimismo em relação ao futuro e consciência das dificuldades de implementação dos elementos da identidade escolhidos (Marcia, 1986). Cognitivamente, caracterizam-se por uma complexidade e flexibilidade

integrativas e são resistentes às manipulações da sua auto-estima e à pressão ao conformismo. Têm os índices mais elevados de desenvolvimento do Ego e de capacidade para estabelecer relações íntimas (Costa, 1991).

Kimmel e Weiner (1995), referem que os jovens no estatuto de Identidade realizada apresentam uma maior maturidade em todas as facetas do desenvolvimento da sua personalidade; embora se sintam seguros acerca de si e dos seus papéis, manifestam abertura a novas ideias; enfrentam os problemas directamente mas só tomam uma decisão após colheita de informações, avaliação das mais relevantes e consideração cuidadosa das consequências das decisões tomadas; numa situação de interacção social sentem-se relaxados e confortáveis; normalmente, manifestam interesse e preocupação com os outros; tendem a ajudar e a colaborar (o que facilita as interacções interpessoais) e partilham os seus pensamentos e sentimentos com os outros de uma forma agradável.

#### IDENTIDADE OUTORGADA

Na categoria de Identidade outorgada, encontram-se os indivíduos que não passaram por um período de exploração, mas que fizeram investimentos, sendo estes normalmente o reflexo de escolhas e projectos de pessoas significativas (Marcia, 1986).

Marcia (1988), refere que a exploração genuína de alternativas pode ser impedida por três tipos de obstáculos: pressões sociais informais, como as exigências económicas; pressões sociais formais, como os ritos de passagem e pressões intrapsíquicas, como as sanções de um superego rigoroso.

Para Kimmel e Weiner (1995), os adolescentes no estatuto de Identidade outorgada optaram por realizar investimentos prematuramente como forma de evitar a mudança e a incerteza inerentes à sua tomada de decisão. Desta forma não surpreende que estes adolescentes apresentem um elevado grau de conformismo, convencionalidade, rigidez e dependência.

Neste estatuto, os indivíduos ainda levantam barreiras à comunicação com o mundo exterior; escolhem, por defesa ou por impossibilidade, a segurança do não confronto com outras alternativas e, normalmente, são vistos como imperturbáveis, dogmáticos, autoritários e rígidos em relação às suas atitudes e intolerantes perante as posições dos outros (Marcia, 1986).

Teoricamente, correm o risco de se fixarem definitivamente na sua posição e

de se tornarem autoritários nas suas atitudes, o que dificulta a progressão para o estatuto de Identidade realizada. Os indivíduos que apresentam uma personalidade rígida correm o risco de permanecerem no estatuto de Identidade outorgada se não forem ajudados a questionar os seus valores (Azevedo, 2003).

### DIFUSÃO DE IDENTIDADE

Na categoria de Difusão de identidade, incluem-se todos os indivíduos que não têm qualquer investimento, nem passaram por qualquer período de exploração (Marcia, 1986). Segundo este autor, estes indivíduos apresentam diferentes padrões emocionais desde a passividade e apatia à agressividade não focalizada; respondem geralmente às pressões externas pelo caminho da menor resistência, com aceitação e rejeição das normas sociais convencionais sem apresentar formas alternativas. São facilmente manipuláveis e têm os índices de desenvolvimento do Ego mais baixos.

Para Azevedo (2003), a Difusão da identidade pode ter vários significados: (1) pode representar uma fase de pré-crise, vivenciada com caos psicológico, onde ainda não houve ocasião de assumir compromissos; (2) pode apresentar características narcisistas: os jovens adoptam uma filosofia de viver e deixar viver, os outros transformam-se em meios para satisfazer os seus próprios fins; (3) outros jovens evitam a ansiedade, a crise e o confronto consigo mesmos através do álcool, das drogas ou da denegação da crise; (4) um último tipo de Difusão de identidade, quando muito prolongado sem outros desenvolvimentos pode conduzir à desintegração da personalidade e levar à esquizofrenia e ao suicídio. Este estatuto corresponde a um estado de indefinição psicológica. Muitos jovens nestas condições ficam bastante susceptíveis, aderindo às mais diversas ideologias e aos mais diversos grupos (incluindo o contacto com "marginais").

Kimmel e Weiner (1995) descrevem os adolescentes no estatuto de Difusão de identidade como indivíduos que apresentam uma baixa auto-estima e auto-controle. Por vezes são acusados de encarar a vida de uma forma desinteressada; outros descrevem-nos como cuidadosos, charmosos e de espírito aberto.

### MORATÓRIA

Por último, o estatuto de identidade designado por Marcia como Moratória foi operacionalizado como o estado do indivíduo que se encontra a vivenciar uma crise de identidade, mas não assumiu ainda investimentos ou assumiu apenas investimentos incipientes.



O adolescente em Moratória costuma pôr em causa as instituições sociais e religiosas com que se confronta. O estatuto de Moratória permite ao adolescente ensaiar diferentes actividades vocacionais, filosofias políticas e religiosas. Esta liberdade de experimentação deverá ajudar a formar a identidade e a conduzir a investimentos pessoais a nível político, religioso e vocacional bem como a clarificação dos papéis e preferências sexuais (Azevedo 2003).

Os indivíduos que estão a vivenciar um período de exploração de alternativas para tomar decisões são sensíveis, ansiosos, flexíveis, vacilantes, emocionalmente instáveis, respondem alternadamente com optimismo e pessimismo, evidenciam frustração e incerteza e manifestam uma grande necessidade de ultrapassar esta situação de Moratória (Marcia, 1986). Na maioria das vezes têm relações de ambivalência com a família e tendem a estar preocupados com os conteúdos edipianos. Apresentam padrões contrastantes de rebeldia e de submissão (Costa, 1991).

Quando os pais, o grupo de pares e os professores são convidados a descrever um adolescente que se encontra no estatuto de identidade de ;Moratória, fazem-no de duas formas. Se manifestam um sentimento positivo em relação a esse adolescente, tendem a descreve-lo como flexível, sensível, interessante; se por qualquer motivo no momento estiverem desiludidos com o adolescente, tendem a caracteriza-lo como nervoso, indeciso, não previsível e irritante (Marcia, 1980).

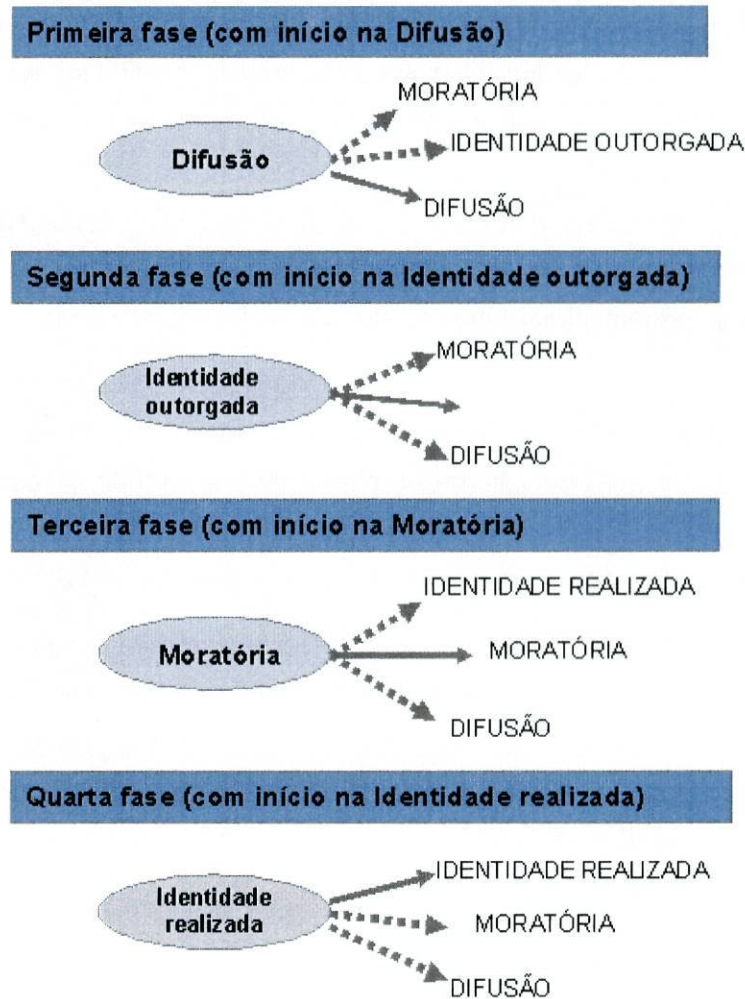
É importante salientar que a classificação de Marcia reflecte simultaneamente as formas de resolução da identidade e a sequência do seu desenvolvimento. Logo, após a definição e a caracterização dos estatutos da identidade é fundamental abordar a dinâmica do processo de formação da identidade.

#### O processo de desenvolvimento dos estatutos de identidade

A partir da entrevista de Marcia, foi possível estudar o processo de formação da identidade. Marcia identificou duas fases intermédias entre os dois extremos do *continuum* bipolar (identidade/difusão de identidade). Partiu do postulado de que o processo de desenvolvimento da identidade era linear e sequencial, começando no estatuto de Difusão de identidade, passando para o estatuto de Identidade outorgada, de Moratória e terminando no estatuto de Identidade realizada. O objectivo deste processo, visto na óptica do sujeito, seria o de atingir o nível mais elevado de desenvolvimento da identidade: a Identidade realizada.

Waterman e outros investigadores, nos anos 70, elaboraram um modelo mais complexo das trajectórias seguidas pelos adolescentes com vista à formação da identidade e à consecução da fidelidade. Identificaram quatro fases, cada uma das quais envolvendo várias opções (Figura 5).

Figura 5 – A sequência do desenvolvimento da identidade



Fonte: Adaptado de Sprintall e Collins (1999).

A Figura 5 ilustra os movimentos ascendentes e descendentes do processo de desenvolvimento da identidade durante a adolescência. Nesta figura podemos observar ainda que a passagem do estatuto de Difusão de identidade para o da Identidade realizada e para a fidelidade não implica uma trajectória em linha recta. Isto significa que os adolescentes podem seguir várias opções.

Costa (1991) refere que os movimentos possíveis são a passagem do estatuto de Difusão de identidade ao de Identidade outorgada ou ao de Moratória e

do estatuto de Moratória ao de Identidade Realizada.

Os adolescentes iniciam normalmente o processo de formação da identidade pelo estatuto de Difusão de identidade, podendo permanecer no mesmo estatuto, investir na primeira situação que lhes surja, sem exploração de alternativas e passar ao estatuto de Identidade outorgada ou explorar alternativas, vivenciando assim um período de exploração (crise).

Um indivíduo no estatuto de Identidade outorgada pode pôr em causa os seus investimentos e iniciar um processo de exploração, passando assim a Moratória. No entanto, o indivíduo no estatuto de Identidade outorgada pode também passar para o estatuto de Difusão quando os investimentos perdem cada vez mais o seu significado sem possibilidades de reavaliação, exploração ou substituição. Esta regressão ao estatuto de Difusão pode ser apenas o caminho possível, menos ameaçador, de se desligar dos investimentos existentes, redobrar forças e, posteriormente, entrar em Moratória e Identidade realizada.

Os indivíduos no estatuto de Moratória podem fazer escolhas firmes e investir na sua implementação, passando para o estatuto de Identidade realizada ou não considerar qualquer alternativa significativa e regredir para o estatuto de Difusão. Pelas razões atrás referidas, é muito improvável permanecer no estatuto de Moratória, mas teoricamente é possível, como refere Costa (1991).

Os indivíduos em Identidade realizada podem colocar os seus investimentos em causa, procurar outras alternativas e entrar temporariamente num período de Moratória, o que actualmente não é considerado regressão, mas a redefinição permanente da sua identidade. No entanto, quando os seus investimentos perdem significado, vitalidade e capacidade para procurar alternativas, regride ao estatuto de Difusão.

É importante referir que os indivíduos em Moratória ou em Identidade realizada não podem, teoricamente, passar a Identidade outorgada na medida em que já vivenciaram um período de crise, mesmo que os objectivos e valores permaneçam iguais, visto que isto seria contraditório com a própria definição de Identidade outorgada.

Costa (1991) conclui que os estatutos de Identidade realizada e Identidade outorgada podem ser interpretados como resultado de um processo de desenvolvimento da identidade; o estatuto de Moratória como um ponto de transição neste processo e o estatuto de Difusão tanto pode ser considerado resultado como um ponto de transição.

O *paradigma dos estatutos* é, segundo Berzonsky (1988), o mais utilizado para operacionalizar a formação da identidade; Côté e Levine (1988) e Waterman (1982, 1988), questionam no entanto a viabilidade do modelo dos estatutos da identidade como teoria desenvolvimental.

Autores como Côté e Levine (1988) e Van Hoof (1999), sugerem que o modelo dos estatutos da identidade não representa o conceito de identidade pessoal de Erikson, particularmente no que se refere a muitas dimensões por este propostas no seu conceito de identidade (como por exemplo, a orientação para os valores e a moratória psicossocial). Côté e Levine (1987) referem ainda que o modelo dos estatutos da identidade não inclui determinados níveis de identidade (como por exemplo, ego e identidade social). Estes autores apontam ainda como fragilidade do modelo a inexistência de estudos de validação em contextos culturais diferenciados (validação transcultural).

Também para Kimmel e Weiner (1995), que aceitam que a entrevista de Marcia ajuda a clarificar a natureza da formação da identidade e impulsiona a pesquisa nesta matéria, indicam algumas limitações. Primeiro, a entrevista avaliaria o investimento apenas nas áreas da ideologia e da ocupação e não avalia as atitudes interpessoais; segundo, ao classificar os indivíduos apenas em um dos estatutos da identidade, pode mascarar diferenças significativas a nível ideológico, ocupacional e interpessoal, isto é, o jovem pode ter escolhido cuidadosamente a sua carreira profissional (Identidade realizada), estar a debater-se com questões ideológicas (Moratória) e não ter começado ainda a pensar seriamente acerca da realização de investimentos a nível interpessoal (Difusão); outro pode localizar-se no estatuto de Identidade outorgada a nível do investimento interpessoal,...; terceiro, embora os julgamentos baseados nas entrevistas possam ser de confiança, requerem um treino cuidadoso dos "juizes" e implica a administração individual da entrevista a cada um dos participantes. Como alternativa os questionários de auto-preenchimento embora lhes falte a riqueza dos métodos de entrevista, são fáceis de pontuar com confiança e de administrar a um grande número de indivíduos.

Consequentemente, começaram a surgir modelos de identidade alternativos desde 1987 (Schwartz, 2001). Estes modelos, construídos a partir dos estatutos da identidade, podem ser divididos em dois grupos: extensões e expansões. As extensões podem ser definidas como modelos que complementam a teoria dos estatutos da identidade. Estes modelos foram projectados para estudar uma faceta específica dos estatutos da identidade ou para adicionar um componente singular à

estrutura dos estatutos (Schwartz, 2001). Os modelos de extensão foram elaborados, conforme refere este último autor, por Berzonsky em 1989; Grotevant em 1987 e Waterman em 1990.

As expansões são modelos que podem incluir a teoria dos estatutos da identidade mas ultrapassam a formulação de Marcia em termos de abrangência. Estes modelos utilizam os estatutos da identidade mas normalmente são mais fiéis a Erikson a nível da conceptualização da identidade e apresentam uma multidimensionalidade que vai para além da intersecção da exploração e do investimento. Os modelos de expansão incluem geralmente componentes como *identidade de grupo, influências sociais, evolução social e responsabilidade social* no complemento e no aumento da matriz dos estatutos de Marcia (Schwartz, 2001). Os modelos de extensão foram formulados, segundo Schwartz (2001), por Kurtines em 1992; Adams em 1987 e Côté em 1997.

Schwartz (2001), acrescenta ainda que os modelos de extensão divergem uns dos outros: Grotevant em 1987 iniciou um estudo profundo sobre o processo de exploração; Berzonsky em 1989 construiu uma perspectiva da identidade que contemplava as diferenças individuais, com base nos métodos de resolução de problemas e de tomada de decisão característicos das pessoas; Waterman em 1990 adicionou a dimensão de auto-descoberta à abordagem dos estatutos da identidade.

Relativamente aos modelos de extensão, embora cada modelo seja diferente dos outros na medida em que cada um destaca um determinado nível da identidade, é praticamente impossível descrever qualquer um deles sem fazer referência aos outros. Todos estes modelos fazem referência à identidade pessoal e social e à interacção entre as duas. Kurtines destaca principalmente a identidade pessoal integrada num contexto social e cultural; Adams atribui igual importância à identidade pessoal e social, postulando que os elementos de cada tipo de identidade são incorporados de diferentes formas; Côté destaca principalmente a identidade social e considera a identidade pessoal como uma forma de negociação de recursos sociais (Schwartz, 2001).

### 3.3. DESENVOLVIMENTO IDENTITÁRIO NA ADOLESCÊNCIA

A definição da identidade constitui uma importante tarefa desenvolvimental para qualquer adolescente (Braconnier e Marcelli, 2000; Kroger, 2000; Ammar,

Ghorbel e Kridis, 1990; Kroger, 1989; Hart, Maloney e Damon, 1987; Levine, Carey e outros, 1983; Erikson, 1976). No entanto, como o próprio Erikson salientou, o desenvolvimento da identidade é uma tarefa que ocorre ao longo da vida: começa na infância, assume um papel central na adolescência e continua ao longo da idade adulta.

Confrontado com um corpo em transformação, com novos impulsos, com a necessidade de deixar o mundo da infância, o adolescente é obrigado a renovar ou a reorganizar as suas identificações, construindo uma nova identidade (Braconnier e Marcelli, 2000). Estes autores definem "identificação" como um processo, geralmente inconsciente, através do qual o indivíduo assimila o aspecto, as qualidades, os atributos de um outro indivíduo e se transforma parcial ou totalmente nesse indivíduo.

Os autores que consideram a adolescência um produto das circunstâncias sociais e históricas, destacam o papel da sociedade na criação de condições que levam o adolescente a confrontar-se com a problemática da identidade (Kroger, 1989).

Levine, Carey e outros (1983) referem a adolescência como um período importante para a construção da identidade. É durante a adolescência que os indivíduos estabelecem independência dos pais, encontram uma auto-imagem satisfatória e realista, aprendem a controlar e a expressar os seus impulsos sexuais, alargam as suas relações para fora do círculo familiar, implementam um plano realista para alcançar estabilidade social e económica, transitam do nível de conceptualização concreto para o abstracto e integram o sistema de valores nos acontecimentos de vida.

Para Levine, Carey e outros (1983, p. 137), "*The growth tasks just described can be summarized by the adolescent's responses to the following questions: Who am I? Where am I going? How am I getting there? Progression through all these tasks is necessary for healthy adulthood and emotional maturity*".

Embora a construção da identidade constitua a mais importante tarefa desenvolvimental da adolescência, o jovem não se questiona sobre a identidade logo que entra na puberdade. Inicialmente, preocupa-se com a adaptação às mudanças físicas e cognitivas; em aprender a afastar-se emocionalmente dos pais; em estabelecer novos padrões de relacionamento com os pares de ambos os sexos, ... A problemática da identidade surge apenas quando os adolescentes reflectem sobre estes assuntos e procuram dar uma resposta, construindo então

um sentimento de identidade. A construção deste sentimento requer ainda que o indivíduo possua a capacidade de pensar de uma forma abstracta. Consequentemente, a maturação cognitiva tem de preceder a definição da identidade (Kroger, 2000; Kimmel e Weiner, 1995; Levine, Carey e outros, 1983).

Antes da fase tardia da adolescência, são poucos os adolescentes que pensam no seu futuro de uma forma séria. É entre os 15 e os 18 anos que estes começam a explorar alternativas e a construir a sua identidade. O maior incremento na formação da identidade ocorre entre os 18 e os 21 anos (Kimmel e Weiner, 1995).

Face ao crescente número de autores que apontam a interacção entre as transformações biológicas, psicológicas e contextuais inerentes ao desenvolvimento do adolescente e a construção do sentimento de identidade, Kroger (2000), descreveu o processo de formação da identidade nas fases inicial, média e final da adolescência atendendo à interacção entre essas esferas.

#### INTERSECÇÃO DAS INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E MORAIS NA IDENTIDADE DURANTE A FASE INICIAL DA ADOLESCÊNCIA (11-14 ANOS)

Na fase inicial da adolescência, os acontecimentos mais significativos estão associados às mudanças biológicas e às suas repercussões a nível psicológico e social. Atendendo a estas transformações, é importante apreciar a forma como a interacção entre elas influencia o processo de construção da identidade (Kroger, 2000).

Todos os adolescentes necessitam desenvolver uma auto-imagem apropriada e satisfatória. Nesta fase, o adolescente precisa adaptar-se às mudanças dramáticas da puberdade: aumento de tamanho, alteração da distribuição da gordura corporal e da musculatura, crescimento dos pêlos, aumento de tamanho dos seios e dos órgãos genitais e o aparecimento de borbulhas. Os jovens adolescentes não só têm consciência das transformações do seu corpo como das dos seus amigos, fazendo constantemente comparação entre a forma como decorre o seu desenvolvimento e o dos amigos.

Na fase inicial da adolescência, as mudanças físicas visíveis, como o aumento do tamanho dos seios parecem exercer um maior impacto no sentimento de *self* da rapariga do que as mudanças não visíveis, tais como o crescimento dos pelos púbicos. No entanto, a menarca não sendo observável pelos outros pode

exercer um grande impacto na redefinição da identidade nas adolescentes devido ao seu significado cultural (Kroger, 2000).

Em relação aos rapazes, existem poucos estudos que abordam os efeitos das mudanças pubertárias na construção da sua identidade. Mas existe um acontecimento que recebeu alguma atenção: a reacção dos rapazes à sua primeira ejaculação. Esta não aparece associada a ansiedade ou a embaraço. Ao contrário das raparigas, os rapazes não discutem a sua primeira ejaculação com os pais ou com os amigos.

A altura em que ocorrem as transformações corporais também tem importantes implicações no desenvolvimento da identidade (Kroger, 2000). Os rapazes em que a maturação física ocorre precocemente parecem possuir uma imagem corporal mais positiva; pelo contrário, as raparigas que apresentam sentimentos mais positivos em relação ao seu corpo, as que se consideram fisicamente atraentes e, conseqüentemente, apresentam uma auto-estima mais elevada são aquelas cuja maturação física ocorre mais tarde. Estes sentimentos podem ser explicados pelo facto das raparigas cuja maturação ocorre precocemente terem tendência a ser mais baixas e mais gordas em relação às raparigas cuja maturação ocorre mais tarde.

Embora o jovem adolescente manifeste curiosidade e fascínio por aspectos relacionados com a sua sexualidade, não inicia relacionamentos de carácter sexual (Levine, Carey e outros, 1983).

A nível psicológico, alguns autores destacam o estabelecimento da independência face aos pais como uma das maiores tarefas relacionadas com o desenvolvimento da identidade. Quando este processo de separação tem início, o adolescente envolve-se mais com o grupo de pares, cujos membros são habitualmente do mesmo sexo. No entanto, muitos estudos que se debruçaram sobre a problemática do relacionamento durante a adolescência referem que o reconhecimento e o apoio da família continuam a ser essenciais no processo de formação da identidade (Kroger, 2000).

A nível cognitivo, durante a adolescência ocorre a transição da conceptualização concreta para a abstracta. O desenvolvimento cognitivo está claramente diferenciado nas várias fases da adolescência. Nesta fase, o adolescente pensa concretamente, mostrando uma capacidade de abstracção muito limitada. Este tipo de pensamento tem implicações, como por exemplo, os adolescentes respondem às questões literalmente e não figurativamente e podem



construir projectos vagos e irrealistas em relação ao seu futuro.

Na fase inicial da adolescência, os adolescentes encontram-se normalmente no estágio convencional do desenvolvimento moral. À medida que o seu sistema de valores se desenvolve, o adolescente luta com a sua consciência e deve adaptar-se ao facto dos padrões morais de uma sociedade se modificarem. Nesta fase podem sentir necessidade de testar o sistema de valores dos pais, no sentido de desenvolverem o seu próprio código moral.

Relativamente às influências sociais, como já foi referido anteriormente, no mundo Ocidental não existe uma clara definição entre a infância e a adolescência nem entre esta e a idade adulta. Atendendo aos papéis esperados para os jovens, normalmente, ocorre um período de ambivalência quer por parte da sociedade quer por parte dos adolescentes.

Alguns autores, tais como Elkind (1981) argumentam que é essencial um marco social claro para que o desenvolvimento pessoal seja reconhecido socialmente. Pelo contrário Marcia (1983), refere que a actual falta de ritos de passagem constitui as condições ideais para o desenvolvimento da identidade nos adolescentes. Piaget (1972), também é apologista de que a presença de um certo grau de desestruturação, ambiguidade, conflitos no contexto de aprendizagem da criança, são necessários para estimular o desenvolvimento cognitivo. Para Piaget (1972), estas condições facilitam ainda o desenvolvimento da identidade na fase inicial da adolescência, quando existe apoio social.

Em relação aos adolescentes mais novos, a mudança de expectativas dos vários agentes de socialização são menos formais. A família, os amigos, a escola e a comunidade em geral substituem, gradualmente, a tolerância face ao modo egocêntrico de raciocínio de comportamento durante a infância pelas expectativas sociais de cooperação e coordenação dos pontos de vista e das actividades do adolescente com os dos outros membros da sociedade.

Durante a fase inicial da adolescência, a resposta da sociedade às mudanças físicas do adolescente durante a puberdade fornece um *input* ao desenvolvimento da identidade (Kroger, 2000).

INTERSECÇÃO DAS INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, SOCIAIS  
E MORAIS NA IDENTIDADE DURANTE A FASE MÉDIA DA ADOLESCÊNCIA  
(15-17 ANOS)

Após a fase anterior, em que ocorreu uma rápida transformação a nível físico e cognitivo, a fase média da adolescência é vivenciada por muitos adolescentes como um período de adaptação e de consolidação destas transformações no sentimento de identidade (Kroger, 2000).

Nesta fase, a diminuição do ritmo das mudanças biológicas, faz com que a curto prazo, os adolescentes deixem de as considerar fonte de apreensão ou de ansiedade: em média rapazes e raparigas já atingiram a altura de adulto; o peso aumenta (este aumento depende mais de determinados factores, tais como, a dieta e o exercício físico), assim como o tamanho das células musculares e a força muscular.

A consolidação das mudanças biológicas da puberdade, o desenvolvimento da coordenação muscular, força e resistência física, têm importantes implicações no processo de construção da identidade. Nos rapazes, as novas competências a nível físico podem conduzi-los a comportamentos de risco físico, com graves consequências. É importante salientar que existem outros factores que influenciam a adopção de comportamentos de risco, tais como a capacidade de raciocínio e a pressão do grupo de pares.

À medida que as questões biológicas perdem relevância, outras vão emergindo. O adolescente concentra-se agora num nível mais complexo de pensamento; na renegociação do relacionamento familiar; na expressão da sexualidade; no potencial vocacional e numa maior participação em papéis comunitários (Kroger, 2000; Levine, Carey e outros, 1983).

Segundo Kroger (2000), é a partir desta fase que muitos adolescentes começam o processo de construção da identidade descrito por Erikson e vão lutar para atingir um equilíbrio óptimo entre a Identidade/Confusão da Identidade.

A nível cognitivo, o adolescente deve desenvolver uma certa complexidade de raciocínio que lhe permita imaginar alternativas para o futuro, formular possíveis cenários face a essas alternativas e seleccionar a que for mais apropriada para si. Estas competências são imprescindíveis no processo de formação da identidade, mas não garantem que o adolescente construa um sentimento de identidade. Um estudo recente referido por Kroger (2000), revelou que a capacidade do adolescente tomar decisões em relação ao futuro mais baseadas no raciocínio do

que na experimentação parece constituir um importante pré-requisito para que o adolescente alcance o estatuto de identidade realizada. Segundo Levine, Carey e outros (1983), a capacidade de abstracção também influencia o juízo moral.

As considerações morais e o desenvolvimento de um sistema de valores significativos também desempenham um importante papel no processo de formação da identidade, nesta fase da adolescência. Adquirida a capacidade de pensar de uma forma mais abstracta, utilizando uma das mais avançadas estratégias de raciocínio disponível no estágio das operações formais, muitos adolescentes nesta fase começam a ter em consideração as questões existenciais relacionadas com os valores, a moralidade e o seu significado para a sua vida (Kroger, 2000). Para Levine, Carey e outros (1983), a fase média da adolescência é marcada por um sistema de valores narcisista: o adolescente considera certo o que o faz sentir bem e o que ele quer. Esta posição explica parcialmente a sua impulsividade e a falta de ponderação nas consequências dos seus actos.

Relativamente ao processo de separação dos pais, nesta fase os jovens começam a afastar-se do controle e da autoridade parental e envolvem-se intensamente com o grupo de pares e com os amigos. Esta situação não implica que os pais deixem de contribuir significativamente para o desenvolvimento do adolescente, significa que esta mudança intrapsíquica subtil tem início quando os adolescentes na fase média da adolescência começam o seu processo de individuação, a renegociar os laços externos e intrapsíquicos com os pais e assumir maior responsabilidade pelas suas próprias decisões e pelo decurso da sua vida (Kroger, 2000).

Alguns adolescentes podem sentir-se ambivalentes: por um lado desejam o estabelecimento de independência; por outro, receiam a exposição a novas situações. Esta ambivalência provoca no adolescente um sentimento de zanga e de incapacidade (Levine, Carey e outros, 1983). No entanto, os resultados de vários estudos mostraram que os adolescentes cujas famílias encorajam a individualidade mantendo os laços afectivos apresentam uma maior probabilidade de explorar várias alternativas de identidade antes de tomarem uma decisão. O estilo de comunicação da família também afecta o processo de desenvolvimento do ego: os adolescentes que apresentam um maior desenvolvimento do ego são provenientes de famílias em que existe partilha de perspectivas.

Pais e grupo de pares contribuem de forma diferente para o desenvolvimento da auto-estima e da identidade do adolescente. Enquanto os pais

influenciam as atitudes dos adolescentes em relação ao futuro e a percepção da realidade social, os pares fornecem a base para a aprendizagem de novas competências sociais e apoio na partilha de novas experiências.

A construção da identidade sexual constituiu a principal tarefa desenvolvimental na fase média da adolescência (Kroger, 2000; Levine, Carey e outros, 1983). Para Kroger (2000), a identidade sexual refere-se ao sentimento que o indivíduo possui de ser homem ou mulher, expresso através da personalidade e do comportamento. Para Levine, Carey e outros (1983), a identidade sexual implica que o adolescente se sinta confortável com a sua sexualidade. Nesta fase, uma característica da sexualidade é que o sexo oposto é visto como um objecto sexual e rapazes e raparigas vêem o seu relacionamento como uma oportunidade de ganho social.

Relativamente à problemática vocacional, tendo em vista a futura realização social e a estabilidade económica, o investimento numa área vocacional requer que o adolescente avalie as suas competências, os seus interesses e as suas formas de expressão. O jovem começa a avaliar cuidadosamente as suas capacidades, o valor que atribui à educação, ao dinheiro, ao serviço social, à estabilidade de emprego, às oportunidades para o desenvolvimento. Alguns adolescentes começam a explorar as suas possíveis alternativas. Este processo pode incluir a frequência de um curso numa dada área ou a procura de emprego a tempo inteiro ou após o horário escolar.

A experimentação a nível vocacional, de valores, de consolidação de um sentimento de identidade sexual e de papel do género permite ao adolescente integrar os elementos de adaptação ao sentimento emergente de identidade. A exploração de filosofias de vida significativas, de valores sociais, religiosos ou espirituais desempenha um importante papel no processo de auto-definição.

A nível social, as instituições sociais fornecem a estrutura geral que permite ao adolescente desenvolver e expressar a identidade. Estas instituições sociais dependem dos seus membros mais novos para projectar o futuro e, simultaneamente, manter a ligação com o passado. Muitas sociedades institucionalizaram um período de moratória para os seus jovens, oferecendo-lhes cursos de formação profissional, permitindo-lhes participar em grupos políticos e em actividades de voluntariado na comunidade. Este período permite a participação em actividades e a exploração de interesses mas deve ainda fornecer a base para a realização de futuros investimentos que permitam a definição da identidade.

Face às transformações sociais e culturais que têm ocorrido nos últimos séculos, os papéis que cada indivíduo deve desempenhar na idade adulta também sofreram alterações. Actualmente, as sociedades ocidentais devido à falta de linhas orientadoras permitem aos adolescentes nas fases intermédia e final da adolescência o desenvolvimento de uma maior diversidade de valores, a partir da perda dos principais valores de base (Kroger, 2000).

### INTERSECÇÃO DAS INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E MORAIS NA IDENTIDADE DURANTE A FASE FINAL DA ADOLESCÊNCIA (18-22 ANOS)

Durante a fase tardia da adolescência, as modificações parecem aumentar devido à emergência de novas áreas de responsabilidade inerentes à entrada na idade adulta. Nesta fase, o adolescente já desenvolveu e integrou uma auto-imagem satisfatória, isto é, conhece o seu corpo, a sua capacidade física, o que pode modificar e o que deve aceitar como adquirido (Kroger, 2000; Levine, Carey e outros, 1983).

A maioria dos adolescentes procura agora uma forma confortável de expressar a sua sexualidade e o papel do género; questiona as qualidades valorizadas nas relações de amizade e nas relações íntimas e os seus valores pessoais e sociais. Após a consolidação do crescimento físico, são talvez as esferas psicológica e social as que se tornam mais relevantes no processo de construção da identidade, na fase tardia da adolescência.

A problemática da identidade torna-se agora urgente, face à entrada na idade adulta a curto prazo. Determinadas questões constituem agora uma preocupação para muitos adolescentes, como por exemplo: Quem sou eu, realmente? O que me vai acontecer? Tanta responsabilidade para mim, terei capacidade para a assumir? Desejo realmente um relacionamento a longo prazo? Terei capacidade para ganhar o suficiente para cuidar da minha família? Porque existe tanta maldade na vida?

Para compreender o processo de formação da identidade na fase tardia da adolescência, iremos abordar novamente a interacção entre os aspectos biológicos, os processos psicológicos e as expectativas e exigências sociais.

A nível biológico, o ritmo de crescimento diminuiu significativamente e a maioria dos adolescentes já completou a maturação sexual. As mudanças observáveis em altura, geralmente, terminam aos 18 anos nas raparigas e aos 20

anos nos rapazes. O aspecto físico assume, nesta fase, os contornos e as proporções de adulto. Normalmente, a auto-imagem não constitui problema para os adolescentes nesta fase, excepto para os que sofrem de doenças crónicas, obesidade e anorexia nervosa (Levine, Carey e outros, 1983).

Relativamente ao aspecto psicológico, os dois acontecimentos mais importantes são o desenvolvimento do segundo processo de separação-individação e a capacidade de estabelecer novas formas de intimidade. Este processo de separação-individação envolve uma reestruturação psíquica permitindo ao jovem uma maior capacidade de avaliação, de tomada de decisão, de responsabilização e ainda o desenvolvimento de um sentimento de *self* mais autónomo (Kroger, 2000). Este último implica o desenvolvimento de novas formas de relacionamento com os outros, incluindo os pais. Um estudo referido por Kroger (2000), revela que o controle parental dificulta o processo de individuação. Como referimos na fase anterior, o estabelecimento de um sentimento de identidade parece estar relacionado com determinados estilos de interacção familiar e de comunicação (Kroger, 2000).

Neste estágio de desenvolvimento, os adolescentes encontram-se aptos para reforçarem a sua ligação aos pais, sem se sentirem envergonhados ou ameaçados (Levine, Carey e outros, 1983).

A intimidade na fase tardia da adolescência inclui o relacionamento com os amigos íntimos e o envolvimento romântico. A intimidade é normalmente definida como a capacidade do indivíduo para estabelecer um relacionamento em que exista reciprocidade de sentimentos, comunicação aberta, honesta e um investimento emocional duradouro.

A capacidade do adolescente para estabelecer um relacionamento deste tipo depende da estabilidade do seu sentimento de identidade. Se o adolescente não tiver desenvolvido um sentimento de identidade, o seu relacionamento com o outro ameaça a sua própria identidade, podendo conduzir à dissolução ou à perda da identidade e, nestas circunstâncias, os relacionamentos estabelecidos podem possuir um carácter superficial ou distante. No entanto, o indivíduo pode ainda encontrar uma maneira de expressar a sua sexualidade de forma confortável e aberta com outro significativo e assim realizar um investimento com um profundo envolvimento.

Muitos adolescentes nesta fase encontram-se no estágio que Piaget designou por operações formais, em que o adolescente utiliza a lógica

proposicional e o raciocínio combinatório na abordagem dos problemas. Segundo Piaget, embora o período das operações formais possa ocorrer entre os 15 e os 20 anos de idade, pelo menos um terço dos adolescentes na fase tardia da adolescência podem não utilizar a lógica inerente a este período ou não utilizá-la consistentemente. Para o adolescente aplicar a lógica proposicional, é crucial a exposição a situações que requerem a sua utilização (Whitbourne, 1996). A urgência na resolução da identidade nesta última fase da adolescência constitui uma forma ideal para estimular a utilização destas novas operações a nível cognitivo.

O adolescente na fase tardia, apresenta uma grande capacidade mental o que lhe permite resolver múltiplos problemas, embora ainda se encontre limitado por um rígido sistema de valores. Este nível de desenvolvimento cognitivo tem numerosas implicações na esfera social: os adolescentes podem ser muito conversadores, emitindo opiniões acerca de todos os assuntos.

Na fase tardia da adolescência, a sociedade desempenha um papel crítico no processo de formação da identidade uma vez que é nesta altura que a maioria das instituições sociais se prepara para receber o adolescente como membro efectivo da sociedade. Em relação às adolescentes, o sentimento de pertencer e ser um membro activo de uma dada comunidade reforça o seu sentimento de identidade. O duplo papel da sociedade em reconhecer e ser reconhecida pelos adolescentes nesta fase não pode ser subestimada no processo de formação de identidade do jovem.

É compreensível que na fase tardia da adolescência, o aspecto que mais preocupa o adolescente é o planeamento da sua carreira ou a forma de contribuir para a sociedade como um adulto responsável. Os adolescentes são confrontados com decisões difíceis, relativamente aos estudos, emprego e casamento. Por um lado, a transição da escola para o mundo do trabalho intimida-os. Adquirir um estatuto e um papel social que satisfaça indivíduo e simultaneamente lhe manifestem aceitação constitui uma tarefa difícil. Por outro lado, o prolongamento dos estudos mantém a dependência económica. Alguns adolescentes consideram a tomada de decisão relativamente à carreira profissional tão difícil que evitam tomá-la, optando pelas sugestões dos pais ou dos professores (Levine, Carey e outros, 1983).

Kroger (2000), destaca, entre os numerosos factores que influenciam a tomada de decisão a nível vocacional, as características psicológicas do indivíduo:

talento, interesse, influência familiar, nível sócio-económico e a perspectiva de emprego. A autora refere ainda, atendendo à opinião dos adolescentes, as condições de trabalho, o vencimento, a representação social da profissão.

O processo de formação da identidade e o desenvolvimento da carreira profissional estão fortemente ligados (Kroger, 2000).

Baumeister e Muraven (1996), propuseram uma relação entre a identidade e as estruturas sociais em termos de adaptação, isto é, a identidade individual seria uma adaptação a um contexto social. Os indivíduos deveriam encontrar satisfação a nível biológico e psicológico dentro de um determinado contexto e, segundo Baumeister e Muraven (1996), os indivíduos modificam as suas identidades de acordo com o contexto em que vivem. Diferentes sociedades, diferentes culturas exigem diferentes formas de adaptação por parte dos indivíduos.

Para terminar não podemos deixar de referir que este é o padrão que caracteriza o desenvolvimento da identidade do adolescente em geral. Entre os jovens existem diferenças desenvolvimentais que influenciam o processo de formação da identidade (Kimmel e Weiner, 1995): os adolescentes que resolveram as tarefas de desenvolvimento da infância apresentam uma grande probabilidade de construir um sentimento de identidade. Contrariamente, os que manifestaram mais dificuldades de adaptação no período anterior à puberdade, terão provavelmente maior dificuldade em alcançar um sentimento de identidade.

As diferenças individuais na formação da identidade são ainda influenciadas pelos padrões de relacionamento familiar (os pais que educam as suas crianças de uma forma autoritária ou permissiva dificultam o processo de construção da identidade); género (nas raparigas, normalmente, a maturação em termos de identidade ocorre mais cedo do que nos rapazes; as raparigas durante a fase tardia da adolescência tendem a focar os aspectos interpessoais da formação da sua identidade, enquanto os homens preferem destacar os aspectos intrapessoais e construir a sua identidade baseados no que estão a fazer e com quem); pertencer a um grupo étnico e minoritário (a formação da identidade decorre de forma semelhante em adolescentes provenientes de diferentes grupos étnicos; no entanto, os jovens pertencentes a grupos minoritários podem enfrentar dificuldade em decidir entre a identidade étnica e os valores da cultura maioritária) e escolha vocacional (esta constitui um aspecto integral da formação da identidade; tomar uma decisão óptima em termos de carreira profissional, assim como realizar a identidade em geral, consiste em fazer um investimento após um período de



exploração e tendo por base informações amplas e relevantes).

### 3.4. ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE: QUE DESENVOLVIMENTOS IDENTITÁRIOS?

A constituição da família, as condutas sexuais e a reprodução sempre estiveram submetidas a normas, que por sua vez dependiam da concepção de mulher e de criança numa determinada sociedade, num dado momento histórico.

A revolução económica, política e cultural vivenciada nestes últimos trinta anos, levou à emergência de uma nova imagem de mulher e de criança que contribuiu para a alteração da idade socialmente aceite para a ocorrência da primeira gravidez.

Actualmente, a escolarização massiva e prolongada, o acesso generalizado das mulheres ao mercado de trabalho incita-as a adiar a constituição de uma família. A imagem social da criança também sofreu modificações: desprovida progressivamente do seu valor económico e social, aparece agora como uma gratificação. Assim, as mulheres escolhem o momento que lhes parece mais adequado para desempenharem o seu papel maternal, evitando que a criança se torne um obstáculo à sua realização social e, simultaneamente, permitindo proporcionar à criança as melhores condições de vida possíveis.

Estas alterações da instituição familiar tiveram como base o interesse pela criança, a exigência de uma parentalidade "inteligente" que implica que a criança desejada chegue no momento em que o casal lhe pode oferecer o espaço e a estabilidade necessária (Le Van, 1998).

Outro facto que caracteriza a época actual é o prolongamento da adolescência.

Por estas razões, a gravidez não parece ser uma realidade biológica imutável, nem uma função natural, mas sim o resultado de um processo social, cultural, económico e político. Face à recente evolução social e cultural, a gravidez na adolescência, não sendo um fenómeno inédito em si, emergiu como um novo problema social.

Enquanto papel social adulto, a maternidade está excluída das atribuições sociais dos adolescentes. A gravidez na adolescência não pode, por definição,

responder às exigências de estabilidade afectiva e material que pressupõe o nascimento de uma criança. É considerada um desafio à prescrição social em matéria de fecundidade e suscita inquietude e incompreensão (Le Van, 1998).

As responsabilidades inerentes ao papel parental parecem exercer um grande impacto na identidade pessoal e social do indivíduo (Streetman, 1987). Quando a gravidez ocorre durante a adolescência pode levar a uma profunda alteração no processo de construção da identidade (Costa, 1999; Streetman, 1987; Protinsky, Sporakowsky e Atkins, 1982).

Segundo Costa (1999), com a gravidez a adolescente vê-se confrontada com um filho a quem tem de dar aquilo que ainda não construiu para si. Trata-se de uma grande responsabilidade e, para a assumir na íntegra, não fica espaço nem disponibilidade para percorrer as etapas necessárias à vivência plena do que é ser adolescente.

Para Spikes e Drapp (1991) as seguintes tarefas desenvolvimentais podem ser interrompidas pela gravidez na adolescência:

#### ESTABELECIMENTO DE NOVAS RELAÇÕES COM INDIVÍDUOS DE AMBOS OS SEXOS

A adolescente grávida pode sentir-se isolada do seu grupo de pares. Em alguns grupos sociais, os pais tentam impedir o contacto dos seus filhos adolescentes com a adolescente grávida, na tentativa de demonstrar condenação social pelo comportamento desta. O abandono escolar devido à ocorrência da gravidez, também contribui para a diminuição do contacto com o grupo de pares. Estes factos levam a grávida adolescente a contactar com mais frequência com outras grávidas adolescentes, com o namorado e com a família.

#### ESTABELECIMENTO DE UM PAPEL SOCIAL FEMININO

Por um lado, a gravidez confere um papel sexual adulto à adolescente e, conseqüentemente, o estabelecimento de um papel feminino. Por outro lado, a gravidez na adolescência tende a limitar o papel feminino ao da procriação. As oportunidades para o desenvolvimento do potencial social feminino são abandonadas ou adiadas até à fase inicial ou média da idade adulta.

## ACEITAÇÃO DA SUA AUTO-IMAGEM

As adolescentes experienciam um período de rápidas mudanças físicas; tornam-se extremamente atentas ao seu corpo e às sensações corporais. Receiam frequentemente os sintomas de gravidez. O aumento da frequência urinária, que se regista na fase inicial e final da gravidez, pode levar a adolescente a diminuir a ingestão de líquidos. Esta restrição aumenta o risco de obstipação e de infecções urinárias.

O aumento da melanina causa escurecimento do tecido areolar dos seios, formação de máscara gravídica e o aparecimento da linha negra. Estas mudanças podem ser consideradas pelas adolescentes como estigmas. O aumento da sensibilidade dos seios pode ser fonte de desconforto e de ansiedade; a fadiga típica da fase inicial da gravidez, combinada com a fadiga experienciada por muitos adolescentes, leva a adolescente a assumir que está doente; a adolescente pode pensar que o aumento das secreções vaginais seja devido a infecção, surgindo assim medo e ansiedade.

Até à fase tardia da adolescência, a imagem corporal das adolescentes encontra-se em formação. No segundo trimestre, o aumento do tamanho do abdómen, dos seios e das nádegas pode levar a adolescente a tentar controlar a sua aparência através da dieta, trazendo consequências graves para a saúde do feto e para as próprias necessidades de crescimento da adolescente.

É importante salientar que os desconfortos da gravidez aumentam quando a gravidez não é aprovada socialmente ou se não é desejada.

## ESTABELECIMENTO DE INDEPENDÊNCIA FACE AOS PAIS E OUTROS ADULTOS

O processo de estabelecimento de independência termina quando a adolescente engravida. Mesmo usufruindo de apoio social é impossível para a adolescente separar-se da família. A necessidade de apoio desta leva ao restabelecimento do domínio da família e da dependência. No entanto, a gravidez pode ajudar a família a reflectir sobre o seu relacionamento e a resolver as situações de conflito de uma forma responsável.

Embora, algumas áreas de independência possam ser interrompidas, outras podem ser substituídas. As adolescentes que assumem responsabilidades, como por exemplo, a vigilância pré-natal, o seguimento de um regime dietético, podem

emergir desta experiência de vida com capacidade para funcionar de uma forma interdependente com os adultos.

#### ESTABELECIMENTO DE UM ESTILO DE VIDA SATISFATÓRIO A NÍVEL PESSOAL E SOCIAL

Um pré-requisito para o estabelecimento de um estilo de vida satisfatório é a possibilidade de tomar decisões informadas acerca da carreira profissional, relacionamento sexual, casamento, interdependência da família e papel parental. Ao abandonar a escola, muitas adolescentes são obrigadas a desistir dos seus objectivos vocacionais e a desenvolver uma actividade profissional que pode não estar de acordo com a sua capacidade ou com o seu temperamento.

O casamento precipitado das grávidas adolescentes termina em divórcio em 50% dos casos. Este facto deve-se à não preparação das adolescentes para o estabelecimento de uma relação íntima, agravada por problemas económicos e pela falta de habitação própria.

As adolescentes mais novas não relacionam a gravidez e a maternidade com o comportamento sexual, manifestando surpresa face ao diagnóstico de gravidez. A maternidade é algo que acontece aos pais, em relação aos quais a jovem pretende estabelecer independência.

As adolescentes mais velhas, menos egocêntricas e com mais capacidade de resolução de problemas, enfrentam a gravidez e a maternidade de uma forma adulta, procurando elas próprias apoio da segurança social. No entanto, têm consciência que cuidar de uma criança sem o apoio emocional e económico de um adulto pode alterar os seus planos a nível profissional.

#### AQUISIÇÃO DE UM CONJUNTO DE VALORES QUE PERMITEM UM COMPORTAMENTO SOCIAL RESPONSÁVEL

Muitas adolescentes não se sentem responsáveis pela sua gravidez, nem se desenvolvem no sentido de se tornarem mães responsáveis. Embora não tenham agido de uma forma socialmente responsável, algumas adolescentes ao assumir as responsabilidades associadas à gravidez e à maternidade emergem mais fortes e menos egocêntricas. As adolescentes que recusam ajuda para que esta experiência constitua um período de maturação, podem utilizar a gravidez como um mecanismo de *coping* para resolver os problemas de momento. Estas têm uma

grande probabilidade de engravidarem de novo fora do casamento e as adolescentes que pensaram tornar-se independentes através da actividade sexual mantêm a sua dependência.

Para a adolescente, a ocorrência de uma gravidez precoce constitui um desafio desenvolvimental altamente exigente. As jovens grávidas enfrentam uma dupla crise desenvolvimental: a crise da adolescência e a crise da gravidez. Como resultado de uma transição desenvolvimental assíncrona, estas grávidas encontram-se expostas a um maior stress que pode ser potencialmente nocivo quer para o bem-estar da própria grávida, quer para o próprio feto. É um período que obriga necessariamente a grandes reorganizações internas e nas relações com os outros. Elas têm que lidar concomitantemente, não só com os desafios das tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, mas também com os stressores associados à gravidez e às tarefas da maternidade que se avizinham (Soares, Marques, Martins e outros, 2001).

Durante a gravidez e a maternidade é esperado que a mulher e o respectivo companheiro efectuem grandes ajustamentos intra e inter-pessoais. As novas exigências deste período de vida podem afectar o nível de funcionamento dos indivíduos, as relações conjugais e o padrão de interacção com o recém-nascido (Soares, Marques, Martins e outros, 2001). Tal como com as grávidas adultas, as adolescentes enfrentam certas tarefas desenvolvimentais directamente relacionadas com a maternidade, (Canavarró, 2001; Figueiredo, 2000a; Spikes e Drapp, 1991):

#### TAREFA 1: ACEITAR A GRAVIDEZ

A primeira tarefa a cumprir é aceitar a realidade da gravidez. Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento que a concepção ocorreu, faz com que, numa fase inicial, a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Ambivalência em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade.

Para ultrapassar esta ambivalência, é importante a aceitação do estado de gravidez por parte dos familiares mais próximos, bem como o respectivo apoio.

Nesta altura, também tem início o processo de identificação materna. A grávida procura referências nos modelos maternos conhecidos, especialmente na

sua própria mãe, acerca da forma como se deve comportar e como se deve preparar para a chegada do novo elemento.

Este processo de aceitação e integração da gravidez é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas subsequentes (Canavarro, 2001).

## TAREFA 2: ACEITAR A REALIDADE DO FETO

Consiste na tarefa de considerar a realidade própria do feto, como uma entidade física e psicológica distinta que se está a desenvolver no sentido de funcionar autonomamente. Inicialmente, a mãe concebe o bebé como parte de si, e a relação entre a mãe e o bebé estabelece-se, primeiro, ao nível da fantasia. Progressivamente, a representação do bebé torna-se mais autónoma, realista, integrando os sinais que são emitidos pelo bebé e que testemunham a sua existência (os movimentos fetais e registos ecográficos).

Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como entidade separada, como um indivíduo distinto de si própria. A construção desta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal, a preparação para o nascimento e a separação física do parto.

Na maioria das vezes, é também a partir desta altura que as grávidas intensificam as fantasias relacionadas com o bebé: começam a imaginar a prestação de cuidados, o aspecto físico, o temperamento e o nome do bebé. A nível do comportamento observável, muitas vezes a grávida começa a falar para o bebé, a cantar-lhe e a acariciar a região abdominal, como se lhe fizesse festas (Canavarro, 2001).

## TAREFA 3: REAVALIAR E REESTRUTURAR A RELAÇÃO COM OS PAIS

Esta tarefa prende-se com a reavaliação da relação passada e presente com os seus próprios pais. Para que a mulher se sinta confortável com a sua identidade e com o seu papel materno (tarefa 5) é necessário que previamente consiga integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha. A realização desta parte da tarefa tem duas funções principais: permite que a mulher se afaste de posicionamentos extremos, habitualmente pouco adaptativos e adopte alguns comportamentos semelhantes aos da sua mãe, os que considera adequados e outros comportamentos diferentes, para substituir os que considera disfuncionais ou pouco adequados à sua época e aos contornos da sua vida

pessoal; permite ainda que no futuro a mulher aceite e lide melhor com as suas próprias falhas como mãe.

Relativamente à reavaliação e reestruturação da relação com os pais no presente, o nascimento de um bebé assume frequentemente o significado de continuidade geracional, constituindo-se como um meio unificador de gerações. Por vezes durante o período de gravidez, mas sobretudo depois do nascimento do bebé, com o pretexto de ajuda na prestação de cuidados pode surgir alguma confusão entre as gerações em relação aos papéis a desempenhar. Embora os pais/avós possam ter um importante papel de suporte pedagógico, este deverá ser sempre breve e transitório. Assim, é da responsabilidade da mulher (re)negociar com os pais esta nova forma de equilíbrio e de autonomia.

#### TAREFA 4: REAVALIAR E REESTRUTURAR A RELAÇÃO COM O COMPANHEIRO

Esta tarefa consiste em reconceptualizar a díade que se está a transformar em tríade, restabelecer a relação matrimonial com vista à satisfação das necessidades de um novo elemento, formar uma nova aliança emocional, no sentido de comunicar em torno de questões de âmbito parental e de partilhar experiências e decisões com vista a satisfazer as necessidades da criança.

As mudanças necessárias para acolher uma criança na família dependem da forma de organização prévia do casal. De qualquer forma, o casal tem de reajustar a sua relação no plano afectivo, de rotina diário e de relacionamento sexual.

Durante a gravidez o cônjuge é, normalmente, a principal fonte de apoio. No entanto, é importante referir que os dados da investigação indicam uma diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o puerpério (Figueiredo, 2000a).

#### TAREFA 5: ACEITAR O BEBÉ COMO SER INDIVIDUALIZADO

O último trimestre da gravidez é considerado o período em que a mulher tem de se desligar da gravidez para poder investir no bebé real. Este período é também marcado por alguns sentimentos de ambivalência: a vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências inerentes ao nascimento da criança.

O período pós-parto, pelas alterações físicas da mulher e pelas necessidades da criança ainda tão dependente da mãe, é considerado por alguns autores como o quarto trimestre.

Após o nascimento, a mulher é confrontada com uma multiplicidade de decisões a tomar e de comportamentos a adoptar. Nesta fase, o grande desafio desenvolvimental é ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé e aceitar que este existe enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias.

#### TAREFA 6: REAVALIAR E REESTRUTURAR A SUA PRÓPRIA IDENTIDADE

Esta tarefa engloba todas as tarefas anteriores. Implica reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu, aceitar as mudanças que este novo estágio implica e adaptar-se à nova situação, de acordo com a sua identidade anterior. As mulheres cujos interesses ao longo da vida não incluíam as tarefas domésticas, após o nascimento do filho podem recear ter de desempenhar os papéis femininos tradicionais. Outras podem sentir-se muito confortáveis com o seu novo papel, mas este facto pode fazê-las sentir um “desconforto social”.

As dúvidas e os sentimentos de ambivalência podem causar mal-estar a curto prazo, mas com o decorrer do tempo as mulheres passam a sentir-se mais satisfeitas com a sua vida, mais aptas para lidar com os problemas e resistentes a adversidades (Canavarro, 2001).

#### TAREFA 7: REAVALIAR E REESTRUTURAR A RELAÇÃO COM O (S) OUTRO (S) FILHO (S)

Uma mulher que está grávida pela segunda ou terceira vez pode possuir uma família mais complexa do ponto de vista relacional. Assim, a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente.

As múltiparas iniciam habitualmente a gravidez, manifestando ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres primíparas. Em relação ao recém-nascido, embora as experiências prévias facilitem a prestação de cuidados, diminuindo a ansiedade característica das situações novas, do ponto de vista da rotina diária, normalmente, as múltiparas possuem menos tempo do que as mulheres que são mães pela primeira vez.



É importante que a mulher integre a ideia de mais um filho, como outra pessoa separada, enfrente e diminua as preocupações referidas e que, simultaneamente, ajude o(s) outro(s) filho(s) a preparar(em)-se para a chegada do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel de família.

As respostas das adolescentes às implicações e às mudanças destas tarefas reflectem o seu nível cognitivo.

Segundo Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento. Quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente permite a preparação para ser mãe, isto é, ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001).

A gravidez e a maternidade na adolescência são acontecimentos de vida não normativos, que vão obrigar a uma reorganização pessoal e relacional que garanta novos modos de expressão e de realização, adequados à nova situação. Trata-se de uma transição desenvolvimental, na medida em que estes acontecimentos de vida questionam o sistema pessoal ao nível estrutural, funcional e emocional, exigindo mudanças e impondo, deste modo, novas tarefas de desenvolvimento. Neste sentido, a gravidez e a maternidade na adolescência podem ser perspectivadas como um desafio novo expresso no desencontro entre o *timing* do nascimento do primeiro filho e as tarefas desenvolvimentais normativas, constituindo, deste modo, um exemplo de uma transição de papéis acelerada (Soares e Jongenelen, 1998).

Assim, a análise de vários trabalhos de investigação permitiu-nos verificar que as grávidas/mães adolescentes constituem um grupo variado e multiforme, no seio do qual se encontram adolescentes capazes de respostas adaptadas e de percursos desenvolvimentais bem sucedidos. Os estudos realizados por Kalil e Spindel (2003) e Spear (2001), enfatizam que é possível encontrar mães adolescentes que apresentam uma trajectória desenvolvimental bem sucedida.

Kalil e Spindel (2003), realizaram um estudo cujos objectivos eram descrever as experiências de um grupo de mães adolescentes a nível do seu papel parental, escolar e profissional; conhecer a forma como ultrapassam os obstáculos que as tentam impedir de responder, simultaneamente, a todas estas

responsabilidades e identificar os factores que contribuem para desempenhar com sucesso estes múltiplos papéis. A conclusão central deste estudo foi que a maternidade desempenhava um papel central nas identidades das adolescentes que constituíram a sua amostra. As decisões tomadas a nível escolar e profissional foram sempre baseadas no seu papel parental. Embora sentissem dificuldades no desempenho deste papel, devido ao baixo nível sócio-económico, sentiam-se preparadas para o desempenhar em virtude de terem prestado cuidados a outros membros da família. Embora algumas lamentassem terem vivenciado uma gravidez precoce, referiram que voltavam a fazer as mesmas opções em termos de escolaridade e de carreira profissional, manifestando sobretudo uma atitude de preocupação com as suas crianças. O casamento, por sua vez, não desempenhava um papel importante nas suas identidades. No entanto, algumas adolescentes manifestaram desejo de se casarem no futuro.

Spear (2001) realizou um estudo qualitativo e exploratório, no qual abordou a perspectiva de um grupo de adolescentes acerca da sua experiência de gravidez e de maternidade. Dos dados colhidos emergiram as seguintes temáticas: optimismo, separação da gravidez, maternidade e casamento e educação. Relativamente ao primeiro tema, as adolescentes encaravam a sua situação de vida de uma forma flexível e não consideravam que a gravidez interferisse negativamente nos seus projectos para o futuro. Todas as adolescentes manifestaram optimismo quer em relação ao presente quer para o futuro, percebiam a gravidez como um benefício e não como um problema ou uma crise pessoal. O segundo tema, separação da gravidez, maternidade e casamento, referia-se ao sentimento de que estes fenómenos não se encontravam ligados. As adolescentes não consideravam essencial o casamento para a ocorrência de gravidez e para o desempenho das funções parentais. No entanto, muitas adolescentes esperavam receber o apoio dos pais para a prestação de cuidados à criança. O tema educação, estava associado aos conhecimentos que as adolescentes possuíam acerca do desenvolvimento do feto, ao sentimento de vinculação durante a gravidez e aos planos para satisfazer as necessidades do bebé após o nascimento. Este tema também reflectia o relacionamento das participantes com as suas mães. Muitas participantes dependiam das suas mães em termos de apoio emocional e de estabilidade e referiram ter uma relação positiva e satisfatória com as suas mães e sugeriram que a sua gravidez reforçou os laços com as suas mães e tornou mais sólido o seu relacionamento.



PARTE II - ENQUADRAMENTOS E OPÇÕES METODOLÓGICAS

## 1. OBJECTO DE ESTUDO E METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como tema central a gravidez na adolescência. O propósito central do estudo consistia em conhecer o processo de formação da identidade da adolescente grávida.

Na primeira parte deste estudo deixamos explícito o enquadramento teórico-conceptual de referência. Propomo-nos, nesta segunda parte, descrever a metodologia da pesquisa (estratégias e meios de recolha de informação, pertinência das opções).

Guba e Lincoln (1994) sublinham que a definição da metodologia de investigação deve passar, em primeiro lugar, por um conhecimento prévio do objecto de estudo e das interrogações que anteriormente lhe foram dirigidas. Convém salientar que o estudo das identidades da grávida adolescente é tradicionalmente complexo, como aliás concluem os investigadores que têm investido nesta área. Esta complexidade, emergente a nível conceptual e metodológico, reside em três factores que importa referir.

O primeiro factor diz respeito às diferenças conceptuais e teóricas. Num dos capítulos anteriores tivemos oportunidade de apresentar e dissecar diversas perspectivas teóricas e interpretativas em matéria de identidade. Embora se possam identificar algumas (poucas) dimensões comuns, é difícil considerar ou prever convergências epistemológicas entre elas, uma vez que as matrizes filosóficas e conceptuais de referência são muito distintas.

O segundo factor reside na multidimensionalidade de todo o processo de configuração identitária. No período da adolescência, a jovem passa por um processo de múltiplas mudanças, relacionadas com as tarefas desenvolvimentais da adolescência, a maternidade implica que as adolescentes tenham que lidar com tarefas adultas para as quais não estão ainda preparadas, em termos desenvolvimentais. Para cada tarefa de desenvolvimento inerente à adolescência, parece existir uma, quase antagónica, inerente à gravidez/maternidade (Canavarro e Pereira, 2001). Na formação da identidade, as mudanças que a gravidez e a identificação com o papel materno comportam, interferem, naturalmente, com os processos característicos da adolescência: a exploração, as relações entre os pares e as relações amorosas, as decisões relacionadas com a escola e a carreira e os processos de autonomia. É ainda importante salientar que, ao mesmo tempo que a jovem lida com a formação da

sua identidade sexual, tem que enfrentar as mudanças corporais e sexuais inerentes à gravidez. Compreende-se, assim, a exigência e a complexidade que a gravidez acarreta para o processo de formação da identidade da adolescente. Segundo Costa (1994), as adolescentes grávidas, em termos funcionais, têm necessidade de "saltar" estádios e tarefas desenvolvimentais, dada a existência de uma estrutura ainda debilitante para as tarefas que a natureza lhes exige. No entanto, a gravidez pode ser uma oportunidade de crescimento para as adolescentes, se estas conseguirem desenvolver respostas adaptativas à nova situação (Costa, 1994).

O terceiro factor refere-se à mediação introduzida pelas dinâmicas adaptativas. Segundo o modelo de maternidade adolescente desenvolvido por Schellenbach, Whitman e Barkowski (1992), a adaptação da adolescente à maternidade é influenciada por múltiplas forças que operam, particularmente, entre a adolescente, o seu filho e o seu ambiente social. As características associadas à adolescente referem-se ao decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional e acontecimentos de vida no ano anterior à gravidez. As características associadas ao bebé correspondem a peso à nascença, saúde física e temperamento. Relativamente ao conjunto de variáveis do ambiente social susceptíveis de terem uma acção protectora dos riscos associados à maternidade na adolescência, o apoio social pode ser considerado uma das variáveis mais importantes.

Dada a complexidade da problemática do estudo, seria de esperar algum paralelismo a nível metodológico, uma vez que as estratégias metodológicas definidas deverão permitir o acesso às diversas dimensões em jogo. E se parece fundamental definir estratégias de acesso ao ego e às representações pessoais, entendemos ser igualmente relevante para a compreensão dos fenómenos em estudo o acesso aos diversos sistemas que rodeiam a grávida. Por exemplo, existe em geral evidência empírica para a relação entre a adequação do apoio social, a superação das crises de desenvolvimento e a atenuação dos efeitos de stress associado à maternidade na adolescência. Uma das fontes mais importantes de apoio social identificadas é a família de origem da adolescente (Soares e Jongenelen, 1998; Roye e Balk, 1996). A possibilidade de encontrar apoio e sentir que é aceite no interior da família é um factor importante na construção da identidade. No entanto, uma família "demasiado ideal", que

garanta “demasiada segurança”, poderá afastar a adolescente do mundo exterior ao proporcionar-lhe um refúgio demasiado acolhedor. Este risco não é o mais frequente (Gammer e Cabié, 1999).

Esta problemática deu origem a uma questão a que nos referíamos no início do nosso estudo: como se configura o processo de formação da identidade da grávida adolescente, tendo em conta o seu processo de desenvolvimento e o seu contexto familiar?

Spear (2001), no estudo a que já fizemos referência anteriormente, optou por uma metodologia qualitativa para explorar a perspectiva de um grupo de adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, sobre a sua experiência de gravidez. Utilizou um guião de entrevista semi-estruturada, em que constavam questões como “Como pensa que isso aconteceu?” ou, à medida que a entrevista ia evoluindo, “O que é que isso a fez sentir?”. Considerou pertinente este tipo de estudo, dado que poucos estudos qualitativos examinaram as experiências e as perspectivas das mães adolescentes.

Schwartz, Henderson, Dakof e outros (2001), pretenderam com o seu estudo quantitativo perceber a relação entre auto-conceito, família e problemas comportamentais. Segundo estes autores, os domínios da identidade e da família contribuem para a explicação daqueles fenómenos.

Kalil e Spindel (2003), num estudo também referido anteriormente, realizaram um estudo com mães adolescentes em que utilizaram métodos quantitativos (1ª à 3ª fase do estudo) e qualitativos (4ª fase do estudo). Os autores pretendiam conhecer a percepção das jovens mães relativamente ao processo de negociação e de tomada de decisão em matéria de responsabilidade parental, trabalho e escolaridade.

Reportando-nos agora ao presente estudo, confrontamo-nos com uma questão incontornável: que metodologia adoptar?

Segundo Casebeer e Verhoef (1997), a investigação quantitativa pode ser definida como uma representação numérica e um controle de observações com o propósito de descrever e explicar um determinado fenómeno que essas observações reflectem, enquanto que a qualitativa pode ser compreendida como uma apreciação não numérica e uma interpretação das observações, com o propósito de descobrir os significados intrínsecos e os padrões de relação. Para Denzin e Lincoln (1994) “... o termo qualitativo implica uma ênfase no processo e significados que não são rigorosamente examinados e medidos em termos de

quantidade, soma, intensidade ou frequência. Os investigadores que utilizam investigação qualitativa sublinham a natureza da realidade socialmente construída, a relação íntima entre o investigador e o objecto de estudo e as condicionantes situacionais que acompanham o trabalho ... em contraste os estudos quantitativos enfatizam a medida e análise da relação causal entre variáveis e não os processos”.

Já para Streubert e Carpenter (1995) a pesquisa qualitativa encontra-se profundamente enraizada na compreensão do mundo social, considerando a acção humana a força responsável pela construção da sociedade. A compreensão dos fenómenos sociais só é possível através do conhecimento do significado que os participantes atribuem a esses fenómenos (Holloway e Wheeler, 1996).

No quadro que se segue indicam-se as principais diferenças entre os métodos qualitativos e quantitativos.

	<b>Métodos qualitativos</b>	<b>Métodos quantitativos</b>
Questão de investigação	O quê? Porquê? (classificação, significado)	Quantos? Força de associação? (enumeração, causalidade)
Abordagem	Flexível: meio natural (orientada para o processo)	Meio artificial e controlado, por vezes experimental;
Raciocínio	Indutivo	Dedutivo
Hipótese	Formulação de hipóteses	Testagem de hipótese
Amostra	Intencional	Estatística
Medidas	“ <i>Insider view</i> ”; o investigador como instrumento;	“ <i>Outsider view</i> ”: recurso a instrumentos testados, de natureza nomotética
Redução de Dados	Palavras/Categorias/Temas	Numérica (estatística)
Análise de dados	Codificação/Categorização/ Comparação	Inferência estatística/ Estimativa estatística

Fonte: Adaptado de Steckler, McLeroy, Goodman e outros (1992)

Ao privilegiar os métodos quantitativos, o objecto da investigação é percebido em termos de comportamento. O investigador pressupõe uma uniformidade de relações entre a forma do comportamento e o seu significado, o



que permite ao observador reconhecer o significado de um comportamento sempre que este se produz (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994).

Ao adoptar o raciocínio das ciências do homem (enquadrado no contexto do paradigma interpretativo), o objecto de análise seria formulado em termos de acção, uma acção que abrange o comportamento físico e o significado que lhe é atribuído pelo actor e por aqueles que interagem com ele. Face ao objecto acção-significado, o investigador admite a variabilidade das relações entre as formas de comportamento e os significados que os actores lhes atribuem através das suas interacções sociais (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994).

Para Maxwell (1998), a utilização complementar de métodos qualitativos e quantitativos fornece um conhecimento mais profundo de uma dada situação, permite que essa situação seja considerada numa perspectiva mais ampla e ainda uma triangulação dos resultados, o que aumenta a qualidade geral do estudo e a validade da informação.

Se para muitos investigadores o valor intrínseco destas metodologias não se questiona, para outros continuam a existir preconceitos em relação a uma delas, o que torna difícil uma convivência pacífica em termos epistemológicos (Ketele e Roegiers, 1999). Os investigadores que defendem uma ou outra metodologia em termos dicotómicos adoptam princípios que parecem mútua e inevitavelmente exclusivos.

Não menosprezando as perspectivas epistemológicas que os defensores das orientações positivistas e fenomenológicas possuem da perspectiva contrária podemos considerar que a utilização parcimoniosa de métodos qualitativos e quantitativos pode enriquecer a investigação e a possibilidade de acesso a níveis mais profundos de interpretação. Se considerarmos que as pesquisas assumem funções e exigências diferentes e que cada tipo de investigação deve ser pensado e realizado para preencher uma função prioritária bem definida (embora normalmente estejam direccionadas para outras funções, devemos reconhecer a utilidade e a nobreza de cada tipo de investigação (Ketele e Roegiers, 1999). Segundo Deshaies (1997), uma eventual dicotomização trairia a natureza real dos problemas metodológicos de todas as ciências e de todo o conhecimento. A confusão decorre do facto dos investigadores assimilarem ingenuamente a metodologia da investigação unicamente às técnicas de observação e aos protocolos experimentais, ignorando o papel do indivíduo na produção do conhecimento.

Pelas razões expressas anteriormente, um conjunto crescente de estudos integram métodos qualitativos e métodos quantitativos. Existem naturalmente dimensões deste objecto de estudo mais susceptíveis de serem abordados através de um ou de outro método; mas existem igualmente diversas áreas que solicitam a convergência entre ambos, numa lógica de complementaridade.

Neste capítulo, definiremos os objectivos centrais da pesquisa, enunciaremos as hipóteses e as variáveis em estudo e a população e amostra.

### 1.1. OS OBJECTIVOS CENTRAIS DA PESQUISA

Como se configura a formação da identidade da grávida adolescente? Após a formulação desta dúvida inicial, que deveria ser compreendida nos contextos do processo de desenvolvimento pessoal e da família, foram emergindo igualmente outras questões que permitiram estruturar e orientar o estudo:

- Qual o estatuto de identidade predominante nas grávidas adolescentes?
- A estrutura da família está relacionada com a construção da identidade?
- Que associação existe entre o ambiente familiar e a construção da identidade?
- Quais as representações que as grávidas adolescentes possuem sobre a sua gravidez?

Com a presente investigação, subordinada à temática da gravidez na adolescência, pretendemos identificar o processo de formação da identidade, tendo em conta o processo de desenvolvimento individual e o contexto familiar das adolescentes grávidas. Pretendemos, no final da pesquisa, atingir os seguintes objectivos:

- Caracterizar o grupo de grávidas adolescentes do ponto de vista socio-económico e demográfico;
- Identificar como se definem as grávidas adolescentes face à tarefa de construção da identidade e quais os estatutos mais frequentes neste processo;
- Estudar os modos dominantes de aquisição da identidade nas grávidas

adolescentes e como estas se posicionam face à exploração e investimentos nos domínios ideológico e interpessoal;

- Estudar os padrões de interacção nas famílias das grávidas adolescentes para determinar os modos de aquisição da identidade;
- Conhecer o processo de adaptação da adolescente face à gravidez para determinar os modos de aquisição da identidade.

## 1.2. HIPÓTESES E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Segundo Burns e Grove (2001), a hipótese é um poderoso instrumento de conhecimento. Proporciona uma orientação à pesquisa e fornece-lhe um meio de controle. Para Quivy e Campenhoudt (1992, p. 119), *"a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno deste nome"*.

As hipóteses exercem verdadeiramente a sua função heurística nas pesquisas quando cumprem quatro condições específicas (Deshaies, 1997):

- A hipótese garante à pesquisa uma orientação previamente escolhida que, por sua vez, permitirá uma melhor selecção de factos, de dados e do campo dos acontecimentos. A resposta ao problema será então guiada pela hipótese, que delimitará a recolha de dados;
- A hipótese propõe uma tentativa de explicação respeitante às relações que poderiam estabelecer-se entre os factos, as variáveis e os conceitos. Trata-se de descobrir quais poderiam ser as conclusões ou generalizações mais pertinentes. A elaboração de suposições possui consequências previsíveis e caracterizáveis. Trata-se de demonstrar a veracidade das consequências em relação à situação real estudada;
- A hipótese fornece um plano e as indicações precisas quanto à maneira de conduzir a exploração. Permite conhecer o terreno sobre o qual incidirá a pesquisa e ainda escolher melhor o método, as técnicas e os instrumentos para realizar a exploração;
- A hipótese deve possibilitar a sua verificação sistemática e satisfazer as exigências actuais da ciência. Esta condição implica importantes limites e

restrições. Para determinados domínios ou em relação a determinados problemas de pesquisa em ciências humanas é efectivamente essencial para o decurso da investigação.

Assim, para este estudo formulamos as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: Existe uma relação entre o desejo de gravidez e o estatuto de identidade das grávidas adolescentes;
- Hipótese 2: Os sentimentos maternos, medo em relação ao *self* e irritabilidade têm um peso idêntico na variação do estatuto da identidade da grávida adolescente;
- Hipótese 3: Existe uma relação entre a percepção do nível de relacionamento familiar e o estatuto da identidade das grávidas adolescentes;
- Hipótese 4: Existe uma relação entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade da adolescente grávida;
- Hipótese 5: Existe uma relação entre o nível socio-económico e o estatuto da identidade da grávida adolescente.

Como se pode verificar, as hipóteses pressupõem uma análise da relação entre variáveis. Para a sua formulação, tivemos o cuidado de as definir da forma mais clara possível e que permitisse referências empíricas.

Definimos, no âmbito deste estudo, o seguinte leque de variáveis, recorrendo à terminologia utilizada por Burns e Grove (2001):

- Variável dependente: o estatuto da identidade das adolescentes grávidas;
- Variáveis independentes: idade, grau de escolaridade, nível socio-económico da família da adolescente, ambiente familiar, reacções e sentimentos face à gravidez;
- Variáveis de contexto: idade, formação académica e situação profissional do companheiro, tipo de relacionamento com o companheiro, papel da mãe da adolescente na educação sexual, forma como ocorreu a gravidez, reacção da família, do companheiro e da adolescente face à gravidez, recurso às instituições de saúde pelas adolescentes antes e após a

ocorrência da gravidez, acompanhamento às consultas de vigilância da gravidez.

Consideramos “variáveis de contexto” o conjunto de variáveis que permitem contextualizar o objecto de estudo e compreender melhor os fenómenos em análise.

#### Definição conceptual e operatória das variáveis

Após a selecção das variáveis é necessário defini-las do ponto de vista conceptual e operacional, isto é, explicar o que se vai medir e como (Singleton e Straits, 1999; Bailey, 1994; Abrantes, Tavares e Godinho, 1989). Neste estudo vamos apenas definir as variáveis com um significado mais complexo e as que vão ser medidas de uma forma que difere do senso comum.

- Relativamente à variável dependente:

*Estatutos da identidade* - variável intervalar, que avalia as dimensões exploração e investimento em oito áreas: ocupação, religião, política, valores, família, amigos, namoro e papéis sexuais;

- Relativamente às variáveis independentes:

*Profissão* – variável nominal, que aceita a categoria correspondente à qualificação que cada indivíduo apresentava para desenvolver uma actividade profissional. Posteriormente, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP), estas foram agrupadas em oito categorias:

- Profissões superiores (grupo 1 e 2 da CNP). Inclui profissões como administrador de empresa com mais de 10 trabalhadores, quadros superiores de administração pública, juiz, advogado, arquitecto, médico, investigador, cientista, docente do ensino superior e secundário, engenheiro, farmacêutico, sociólogo, psicólogo, enfermeiro, compositor musical, escritor, actor.
- Profissões intermédias (grupo 3 da CNP). Inclui técnicos paramédicos (fisioterapeuta, dietista, analista de laboratório, parteira, etc.), educadora de infância, professor do ensino básico, assistente social, secretária de direcção (especializada), contabilista, bancário, agentes de seguros, técnicos de vendas, agentes da polícia judiciária, oficial do exército, decoradores de

interiores, guias interpretes, gerente comercial, transitário (despachante).

- Profissões especializadas não manuais (grupo 4 e 5 da CNP). Inclui profissões como secretária, dactilografo, empregado de escritório, polícia, carteiro, trabalhador independente (dono de empresa com menos de 10 trabalhadores), balconista, comerciante (fiel de armazém), dono de restaurante, cabeleireiro, esteticista, vendedor, demonstrador, telefonista, barman.
- Profissões especializadas manuais (grupo 6 da CNP). Inclui agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, mestre-de-obras, técnico de manutenção eléctrica, chefe de secção fabril.
- Profissões semi-qualificadas (grupo 7 e 8 da CNP). Inclui mecânicos, artesão (operário especializado), vidreiro e oleiro, compositor de artes gráficas, taxista, motorista, operador de máquinas e trabalhadores da montagem, padeiro, cozinheiro, costureira, tecedeira.
- Profissões sem qualificação (grupo 9 da CNP). Inclui servente agrícola, operários não qualificados dos serviços e comércio, construção e obras públicas, empregada doméstica, empregada de limpeza, porteiros, vendedores ambulantes, contínuo, cantoneiros de limpeza, engraxador.
- Outros – Categoria residual que inclui reformados e inválidos.
- Sem profissão – Inclui domésticas e desempregados.
- Profissão omitida.

*Reacções e sentimentos face à gravidez* – variável intervalar que traduz a resposta emocional da adolescente durante a gravidez. É constituída por seis dimensões: "Medos em relação ao self"; "Medos em relação ao bebé"; "Dependência"; "Desejo de gravidez"; "Sentimento maternal" e "Irritabilidade".

*Ambiente familiar* - variável intervalar que procura medir as percepções das dimensões do contexto psicossocial de todos os tipos de família. Inclui as dimensões "Coesão", "Expressividade", "Conflito", "Independência", "Organização" e "Controle".

### 1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do nosso estudo foi constituída por adolescentes grávidas, que recorreram às consultas de vigilância de gravidez em Hospitais do Distrito do Porto (Hospitais de Santo António, S. João e Maternidade Júlio Dinis) e respectivas famílias.

A amostra compreendeu duzentas e nove grávidas adolescentes. Tratou-se de todas as adolescentes que frequentavam as consultas de gravidez na adolescência dos serviços de obstetrícia dos referidos hospitais entre Junho de 2001 e Dezembro de 2002 e que manifestaram disponibilidade em colaborar neste estudo. A selecção dos elementos da amostra obedeceu ainda a um conjunto de critérios: serem grávidas primíparas, estarem para além do terceiro mês de gestação, serem consideráveis clinicamente saudáveis, terem desenvolvido fetos saudáveis e possuírem idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos (critério igualmente respeitado por Marcia).

Relativamente às famílias das adolescentes grávidas, contamos com a colaboração de cento e trinta e uma, de entre as duzentas e nove possíveis. Consideramos as que manifestaram vontade em colaborar no estudo e que simultaneamente estivessem acessíveis para a disponibilização da informação (sem condicionalismos de ordem geográfica). O elemento contactado foi um dos membros da família de origem da adolescente com quem esta tivesse vivido no período anterior à gravidez.

## 2. DOS EIXOS DE ANÁLISE ÀS TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Tuckman (2000) sublinha que a investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões. Embora o autor se situe fundamentalmente numa perspectiva positivista, aponta um conjunto de propriedades da pesquisa enquanto processo sistematizado de busca de conhecimento: é sistemática (a investigação é um processo estruturado, que respeita regras), é lógica (o investigador deve ter uma ideia da validade dos resultados a que chegou), é empírica (compreende um contacto com um determinado terreno ou objecto de estudo) e é redutível (implica a definição de categorias ou dimensões compreensíveis, sobre as quais irá recair a análise do investigador). Em última instância, a investigação (baseada no raciocínio dedutivo ou indutivo) compreende a necessidade de definir e utilizar uma determinada estratégia (método e meios) com vista à operacionalização e concretização do estudo, após as interrogações iniciais.

Fazendo uma referência retrospectiva deste estudo, começamos por formular uma questão de partida, construímos um quadro teórico-conceptual de referência, definimos os objectivos da pesquisa, formulamos as hipóteses do estudo e identificamos a população a abranger. Confrontamo-nos, assim, com a necessidade de definir uma estratégia para a recolha de informações.

Ketele e Roegiers (1999), definem estratégia como um conjunto coordenado de métodos, de técnicas e de instrumentos considerados pertinentes em relação a um determinado objecto. No âmbito de uma investigação, as opções estratégicas reportam-se sempre a um determinado paradigma de referência; têm ainda visibilidade a nível de opções incontornáveis: quando, quem, a quem ou como recolher e tratar a informação.

A metodologia da investigação corresponde, na prática, à passagem de uma lógica (a da pesquisa) para o terreno (Almeida e Pinto, 1995). Neste sentido, não é de todo descabido citar Quivy e Campenhoudt (2003), quando estes referem que o quadro teórico-conceptual em que se movimenta um estudo empírico é determinante em relação às variáveis, indicadores escolhidos e técnicas de recolha e tratamento da informação.

Reportando-nos ao presente estudo, e no seguimento do trajecto metodológico, deparamo-nos com a necessidade de colher informação sobre as unidades de análise que se seguem:



- Características socio-económicas e demográficas das adolescentes;
- Vida sexual e processo gravídico das adolescentes;
- Características do contexto familiar;
- Grupo de pares;
- Representações das adolescentes sobre o ambiente psicossocial da família;
- Representações da família sobre o ambiente psicossocial da mesma;
- Reacções e sentimentos da adolescente face à gravidez;
- Estatutos da identidade.

Segundo Guba e Lincoln (1994), os métodos devem adaptar-se aos objectivos da investigação e podem ser combinados em função das exigências impostas pela concretização daqueles. Torna-se indispensável um grande controle crítico dos procedimentos metodológicos, das suas possibilidades e limitações, para que os instrumentos de pesquisa se adequem à realidade social visada. Face às dimensões anteriormente apresentadas, conclui-se que teríamos necessidade de trabalhar um conjunto de informação muito diferenciado, desde dados de natureza quantitativa (respostas das inquiridas a perguntas formuladas) a informação mais subjectiva, de natureza qualitativa.

À partida, a necessidade de aceder e trabalhar de forma integrada informação de natureza quantitativa e qualitativa não coloca barreiras de tipo epistemológico. Segundo Goetz e Lecompte (1984) devemos ter consciência de estar a lidar com informação de natureza diferente, o que não implica o estabelecimento de dicotomias. Trata-se de uma prática com tradição na área da investigação em enfermagem, como referem Foster (1997) e Mitchell (1986), sendo cada vez mais frequentes os estudos que adoptam técnicas específicas para acesso a dados quantitativos e qualitativos. Newman e Benz (1998) consideram mesmo que quanto mais diversificadas forem as técnicas, mais finos serão os resultados obtidos.

Dada a natureza do objecto de estudo e as características da população, optamos pelo recurso à entrevista semi-estruturada e ao questionário. Ghiglione e Matalon (1992) consideram-nos no âmbito do inquérito, uma vez que ambos implicam a produção de discursos, tornando-os fontes directas de informação.

Recorremos, neste estudo, a três questionários, todos eles decorrentes de

quadros teórico-conceptuais abordados anteriormente. O questionário é, para Burns e Grove (2001) um instrumento de colheita de informação preenchido pelo inquirido, construído tendo em conta que as respostas podem ser traduzidas por escrito; embora o tipo de informação possa ser idêntico ao obtido através da entrevista, possui um grau maior de directividade e é difícil determinar-se o nível de compreensão das perguntas pelos inquiridos.

Neste estudo, os questionários utilizados (que seguidamente abordaremos) foram:

- *Escala do Ambiente Familiar*, Forma R (Moos e Moos, 1986) (FES)  
(adolescente e família)
- *Questionário da Identidade do Ego* (Balistreri; Busch-Rossnagel e Geisinger, 1995) (EIPQ)
- *Questionário de Avaliação da Gravidez* (Shaefer e Manheimer, 1960)  
(PRQ)

Recorremos ainda à entrevista semi-estruturada, dirigida à adolescente e à sua família. A entrevista semi-estruturada, segundo Burns e Grove (2001) e Robson (1993) envolve uma série de questões, de amplitude e natureza diversas, que o investigador coloca ao inquirido, numa situação presencial, na sequência dos objectivos que pretende atingir; é uma técnica flexível uma vez que permite alterar a ordem das perguntas previamente contidas num guião, reformula-las para as tornar mais compreensíveis ou adicionar outras, com vista a aprofundar ou esclarecer determinadas dimensões.

No presente estudo, a entrevista semi-estruturada foi uma técnica fundamental de colheita de informação, uma vez havia necessidade de trabalhar as narrativas das adolescentes. Nas ciências humanas, o acesso às narrativas através da entrevista tem suscitado um interesse crescente por parte dos investigadores (Cortazzi, 1993). Neste estudo, as narrativas das adolescentes continham informações relativas a componentes vivenciais, afectivas e emocionais, por vezes dificilmente traduzíveis em respostas simples; paralelamente, e uma vez que a formação das adolescentes era muito diferenciada, o recurso à técnica da entrevista permitiu a possibilidade de reformular as questões de forma a serem sempre acessíveis às inquiridas.

Passaremos, em seguida, a abordar sucintamente cada um dos métodos/

técnicas de recolha de informação utilizados.

## 2.1. AMBIENTE FAMILIAR: ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR

A família constitui o meio mais próximo onde ocorre o desenvolvimento da personalidade individual e, portanto, pode exercer uma função facilitadora desse desenvolvimento, ou seja, do processo de individualização (Gimeno, 2003). Para esta autora, a individualização refere-se ao processo de desenvolvimento do *self* e da identidade própria, como pessoa diferenciada de outras.

Para Gimeno (2003), uma “pessoa diferenciada” é capaz de um funcionamento aceitável em contacto com outros significativos, assumindo a sua própria responsabilidade perante eles, sem se sentir prejudicada e/ou controlada. Por sua vez, a família diferenciada é aquela que permite e facilita um funcionamento individualizado dos seus elementos, sem que o desenvolvimento de cada um afecte negativamente o dos restantes (Gimeno, 2003).

Quando a adolescente engravida, introduz na família novas pessoas e novos valores que por vezes colocam em causa os valores existentes. A família pode considerar esta situação uma ameaça e vivenciá-la com sofrimento. No entanto, deve lutar para manter a sua estabilidade, de forma a proteger a adolescente quando esta procurar o seu apoio e, conseqüentemente, facilitar a continuação do processo de construção da identidade (Gammer e Cabié, 1999).

A família de uma grávida adolescente (núcleo mais próximo) é constituída normalmente pela mãe (ou uma mãe substituta, como por exemplo a avó), pelo pai (ou pai substituto) e, possivelmente, pelos irmãos. O papel de cada um destes elementos dentro da família é definido pela sociedade, embora se deva prever que as dinâmicas próprias de cada família possam influenciar o desenvolvimento destes papéis e envolver a atribuição de papéis específicos a outros membros da família (Roye e Balk, 1996). Nestes casos, a família da adolescente continua a funcionar, embora de forma diferente. Convém ainda referir que nos primeiros anos é fundamental o apoio da família na prestação de cuidados à criança e no apoio à mãe adolescente para que esta possa completar a sua educação.

Segundo Roye e Balk (1996), o papel do pai da criança ou do companheiro da adolescente é o que se apresenta menos “prescrito” socialmente. Normalmente, este não vive com a adolescente e com o bebé; em parte é pai, namorado ou

marido. Frequentemente, em termos desenvolvimentais, também é adolescente, mesmo que a sua idade cronológica ultrapasse os 19 anos (Roye e Balk, 1996). As expectativas em relação ao pai da criança variam de família para família.

Para Harvey e Byrd (2000) um indivíduo que tenha desenvolvido um padrão de ligação “segura” com a sua família (tipo de ligação em que a criança e o seu cuidador estabelecem uma relação de ternura, permitindo à criança construir um sentimento de segurança e confiança necessários para explorar o ambiente) e experienciado um elevado nível de apoio no passado espera continuar a usufruir este apoio no futuro. Da mesma forma, os indivíduos que desenvolveram padrões de ligação de tipo “evitamento” (ligação em que a criança estabelece apenas um vínculo mínimo com o seu cuidador) ou “ansioso/ambivalente” (ligação em que a criança manifesta receio em relação ao seu cuidador devido a ter experienciado um excessivo abandono) continuarão a ter como expectativa o mesmo tipo de apoio familiar (ou falta de apoio).

Rice (1990) refere que a ligação pais-adolescente parece estar associada a vários índices de funcionamento adaptativo. Existem ainda trabalhos empíricos que salientam a importância do relacionamento pais-adolescente no desenvolvimento da identidade (Schulheiss e Blustein, 1994).

Para avaliar as representações que as adolescentes e as respectivas famílias de origem têm sobre o ambiente psicossocial da sua família recorreu-se à *Escala do Ambiente Familiar*, Forma R (Moos e Moos, 1986) (anexo I).

Este instrumento é de realização individual e procura medir as percepções das dimensões do contexto psicossocial de todos os tipos de família. Segundo Moos e Moos (1986), a escala do ambiente familiar pode ser utilizada para descrever e comparar percepções dos pais e dos filhos quanto ao contexto familiar e avaliar o ambiente actual e o esperado, tendo em conta possíveis intervenções familiares.

Encontramos apenas um estudo em que foi utilizada a *Escala do Ambiente Familiar* (Moos e Moos, 1986) para avaliar a contribuição do contexto familiar no processo de formação da identidade na adolescência. Não são conhecidos estudos em que este instrumento tenha sido utilizado em adolescentes grávidas. Enumeramos em seguida alguns estudos realizados com base neste instrumento.

Kikuchi e Snell (2002) realizaram um estudo que teve como objectivo estudar, no âmbito do relacionamento íntimo, a relação entre as características do clima familiar dos indivíduos e o seu *locus* de controle (sistema de crenças

individuais relativamente à origem das experiências pessoais e aos factores a que os indivíduos atribuem o seu sucesso ou insucesso; pode reportar-se a dimensões internas - *locus* de controle interno – ou externas – *locus* de controle externo). Administraram a *Escala do Ambiente Familiar* (FES) e o *Questionário do Relacionamento Multi Dimensional* (MRQ) a 140 estudantes universitários (72 homens e 68 mulheres), com idade média de 21.1 anos; 84.3% eram solteiros. Os resultados das correlações efectuadas indicaram que o *locus de controle* externo relativo ao relacionamento apresentava uma associação significativa com várias subescalas da FES (coesão, expressividade, orientação intelectual-cultural, conflito e orientação para o sucesso). No entanto, não foi encontrada nenhuma associação significativa entre o clima familiar e o *locus* de controle interno, excepto nas mulheres em que existia uma associação entre este e a subescala *ênfase moral e religiosa* da FES. Estes resultados permitiram apoiar a hipótese segundo a qual o *locus de controle* relacional estaria associado com o meio familiar inicial dos indivíduos.

Mandara e Murray (2000) no seu estudo com o tema "*Effects of parental marital status, income, and family functioning on african american adolescent self-esteem*", também utilizaram a *Escala do Ambiente Familiar* (FES). A amostra foi constituída por 116 adolescentes (64% eram mulheres), estudantes com 15 anos de idade e respectivos pais. Destes 50% eram casados; 38% eram divorciados e 13% eram mães solteiras. Aproximadamente 28% dos pais possuíam o ensino secundário; 12% concluíram o ensino universitário e apenas 9% não concluíram o ensino secundário. Neste estudo, os instrumentos utilizados pelos autores foram a FES, como já tínhamos referido, e o *Inventário Multi Dimensional da Auto Estima*. Os resultados revelaram que os rapazes cujos pais eram casados apresentavam um nível mais elevado de auto-estima comparativamente com os rapazes cujos pais eram solteiros, mesmo quando o rendimento familiar e o funcionamento da família foram controlados. Nas raparigas, o estatuto marital dos pais não teve qualquer efeito a nível da auto-estima. O funcionamento familiar constituiu um forte predictivo da auto-estima dos indivíduos de ambos os sexos. No entanto, os factores relacionais da família mostraram ser mais importantes para a auto-estima das raparigas, enquanto os factores estruturais e de crescimento revelaram ser mais importantes para os rapazes. Os autores concluíram que os adolescentes afro-americanos cujos pais não eram casados estavam em risco de desenvolver uma baixa auto-estima comparativamente com outros adolescentes afro-americanos, mas que um ambiente mais estruturado e controlado poderia diminuir os efeitos de possuir pais não casados.

Outro estudo em que foi utilizada a *Escala do Ambiente Familiar* (FES) foi o de Harvey e Byrd (2000). Estes autores realizaram um estudo com o objectivo de examinar a relação entre a percepção que estudantes universitários tinham da ligação familiar e os mecanismos de *coping* utilizados pelas suas famílias face às dificuldades da vida. A amostra foi constituída por 95 estudantes de um curso de psicologia. A idade média dos estudantes era de 19.6 anos. Além da FES, os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a *Escala da Vinculação do Adulto* (identifica os estilos de ligação segura, evitamento e ansioso/ambivalente); a *Escala do Sentido de Coerência Familiar* (avalia a percepção cognitiva dos participantes acerca das suas famílias) e a *Escala Pessoal de Avaliação de Crise Familiar* (avalia a aquisição de apoio social, a abstenção, a procura de apoio espiritual, a mobilização da família para adquirir e aceitar ajuda e a avaliação passiva). Os resultados mostraram correlações estatisticamente significativas (negativas) entre o estilo de ligação “segura” e a percepção dos participantes dos níveis de conflito, controle e avaliação passiva das estratégias de resolução de problemas das suas famílias. As correlações entre o estilo de ligação “evitamento” e níveis de conflito, controle e avaliação passiva não foram significativas. Em contraste, a correlação entre o estilo de ligação “segura” e a percepção dos participantes acerca da compreensibilidade nas suas famílias foi estatisticamente significativa e positiva, enquanto a correlação entre o estilo de ligação “ansioso/ambivalente” foi significativo e negativo. A correlação entre o estilo de ligação “evitamento” e compreensibilidade não foi significativa. Segundo os autores estes resultados sugeriam que os indivíduos com elevados níveis no estilo de ligação “segura” consideravam a família relativamente pacífica, aceitando um elevado grau de autonomia individual. Os indivíduos que apresentaram elevados níveis no estilo de ligação “ansioso/ambivalente” tinham a percepção que as suas famílias possuíam problemas a nível do controle e conflito.

Bischof, Sith e Whitney (1995), também utilizaram a *Escala do Ambiente Familiar* de Moos e Moos (1986) para avaliar as percepções dos adolescentes que cometeram ofensas sexuais (N=39), acerca do seu ambiente familiar. As percepções destes adolescentes foram comparadas com as de “delinquentes juvenis” (sic) que cometeram ofensas violentas (N=25) e não violentas (N=41), mas não de cariz sexual, e com as percepções de adolescentes “normais” (termo utilizado pelos autores para designar o grupo de controle não delinquente). Os participantes (N=105) eram indivíduos adolescentes do sexo masculino, com idade compreendida entre os 12 e os 18 anos. O grupo de controle “não delinquente”

(sic) não foi incluído neste estudo, no entanto a *Escala do Ambiente Familiar* foi aferida à população geral de famílias de adolescentes e os resultados desta foram comparados com os valores encontrados nos restantes grupos envolvidos. Os resultados deste estudo apontavam para diferenças significativas entre os quatro grupos de adolescentes em 6 das 10 dimensões avaliadas pela *Escala do Ambiente Familiar*. Não existia uma diferença significativa entre os grupos a nível das subescalas “conflito”, “orientação para o sucesso”, “ênfase moral e religiosa” e “organização familiar”. Cada grupo “delincente” diferia do grupo “normal” na percepção do nível de coesão na sua família ( $F=15.58$ ,  $p<.001$ ). Cada “grupo de delinquentes” considerava a sua família consideravelmente menos coesa do que a do grupo de adolescentes “normais”. Não existiam diferenças significativas entre os grupos de delinquentes a nível de coesão. Cada grupo de delinquentes também diferia do grupo de adolescentes “normal” na percepção da subescala expressividade ( $F=7.41$ ,  $p<.001$ ). Cada grupo de delinquentes considerava a sua família substancialmente menos expressiva que o grupo de adolescentes “normais”. Não existiam diferenças significativas entre os grupos de delinquentes a nível da expressividade. Também existiam diferenças entre os grupos a nível da subescala independência ( $F=6.34$ ,  $p<.001$ ). Cada grupo de delinquentes percebia na sua família um baixo nível de independência entre os seus membros comparativamente com as famílias dos adolescentes “normais”. Não existiam diferenças significativas entre os grupos de delinquentes a nível desta subescala. Também existiam diferenças significativas entre os grupos a nível da orientação intelectual-cultural ( $F=6.45$ ,  $p<.001$ ). As famílias consideradas “normais” eram percebidas como tendo um mais alto nível de orientação intelectual-cultural em relação às famílias dos delinquentes violentos e não violentos. A família dos adolescentes que cometeram ofensas sexuais não diferia dos outros grupos a nível desta subescala. Foi também encontrada uma diferença significativa entre os grupos a nível da subescala orientação activa-recreativa ( $F=2.84$ ,  $p<.05$ ). As famílias dos adolescentes “normais” eram percebidas como tendo elevados níveis de orientação activa-recreativa em relação à família dos adolescentes não violentos ( $M=5.68$ ). Não foram encontradas diferenças entre os outros grupos. Finalmente, existiam diferenças significativas entre os grupos a nível da subescala controle ( $F=2.67$ ,  $p<.05$ ). As famílias dos adolescentes “normais” ( $M=4.87$ ) eram percebidas como tendo baixos níveis de controle em relação às famílias dos delinquentes não violentos ( $M=5.68$ ). Não foram encontradas outras diferenças entre os grupos. Por se tratar de um estudo retrospectivo (por vezes já tinha passado um longo período de tempo desde o crime) os autores sugeriram que as informações deveriam ser

obtidas precocemente na avaliação inicial e deveriam incluir as percepções de vários membros da família. Recomendavam ainda que os instrumentos de avaliação familiar fossem incluídos por rotina no processo de avaliação, já que as famílias estavam frequentemente envolvidas no planejamento da intervenção e no tratamento.

Nelson, Hughes, Handal e outros (1993), propuseram-se alargar o alcance de estudos anteriores sobre a relação existente entre a estrutura e o conflito familiar e a adaptação do jovem adulto. Os autores definiram como variáveis independentes a estrutura familiar (intacta/não intacta) e o nível de conflito familiar; como variáveis dependentes definiram o estatuto da identidade do ego e os sintomas psiquiátricos. A amostra foi constituída por 285 estudantes de arte, com idade compreendida entre os 17 e os 24 anos. Incluía 208 mulheres (73%); 237 (83%) eram de raça caucasiana; 224 (79%) pertenciam a famílias intactas. 88 dos participantes (31%) eram provenientes de famílias com um baixo nível de conflito familiar; 180 (63%) pertenciam a famílias com um nível médio de conflito familiar e 17 (6%) de famílias em que existia um nível elevado de conflito familiar. Entre os vários instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo os autores, na avaliação do conflito familiar, aplicaram a subescala de conflito da *Escala do Ambiente Familiar* (Moos e Moos, 1986). Utilizando a subescala de conflito, Kleinman e outros (1989) desenvolveram e validaram três níveis de conflito na família: alto, médio e baixo. Consideraram uma família com alto nível de conflito quando existia mais de um desvio padrão acima da média; a família apresentava um baixo nível de conflito se existia mais de um desvio padrão abaixo da média; consideraram ainda a família com nível médio de conflito quando o desvio padrão era apenas de um acima ou abaixo da média. A consistência interna (alfa de Cronbach's) da subescala de conflito era de 0.75. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre conflito familiar e adaptação; não existia uma associação significativa entre estrutura familiar e conflito; os indivíduos que tinham a percepção de que na sua família existia um nível baixo ou médio de conflito referiam poucos sintomas do foro psiquiátrico e demonstraram alto nível de identidade do ego em relação aqueles indivíduos que tinham a percepção da existência de um alto nível de conflito nas suas famílias. Os autores consideraram que sendo o conflito a variável que tinha maior influência na adaptação do indivíduo, deviam ser desenvolvidas medidas mais refinadas para avaliar o conflito interpessoal.

A *Escala do Ambiente Familiar*, na versão original, é constituída por 90



itens, organizados em 10 subescalas que procuram avaliar três conjuntos de dimensões: dimensão da relação (coesão, expressividade e conflito); dimensão do crescimento pessoal (independência, orientação para o sucesso, orientação intelectual/cultural, orientação para as actividades recreativas e a ênfase moral e religiosa) e dimensão de manutenção do sistema (organização e controle).

A *dimensão da relação*, refere-se aos laços emocionais/afectivos que mantêm a unidade do sistema (amor, apoio, relações conjugais, inter-ajuda, relações parentais, relações fraternais, interesses económicos, culturais e religiosos) e que emergem nas interações ao longo da vida em comum, contribuindo para a construção da identidade familiar. Esta dimensão é constituída por três sub-dimensões:

- A. "Coesão", constituída por 9 itens (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49), refere-se ao grau de compromisso, ajuda e apoio que os membros da família fornecem uns aos outros;
- B. "Expressividade", constituída por 9 itens (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manifesta até que ponto os membros da família são encorajados a agir abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos;
- C. "Conflito", constituída por 9 itens (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), refere-se à quantidade de zangas, agressões e conflitos que são expressos abertamente entre os membros da família.

A *dimensão do crescimento pessoal*, a família, enquanto espaço de crescimento, deve resolver com sucesso duas tarefas fundamentais: um sentimento de pertença ao grupo (identidade familiar) e, simultaneamente, a individualização/ autonomização de cada um dos seus membros. Esta dimensão é operacionalizada em cinco sub-dimensões das quais, face às características da população em estudo, apenas consideramos a da "Independência", constituída por 9 itens (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52). Manifesta até que ponto os membros da família são assertivos e auto-suficientes a tomarem as suas próprias decisões.

A *dimensão de manutenção do sistema*, refere-se à forma como o sistema familiar se auto-regula, mantendo um nível de auto-organização viável para a sua existência. Esta dimensão é constituída por duas sub-dimensões:

- A. "Organização", constituída por 9 itens (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53), refere-se ao grau de importância de uma organização e estrutura, claras no planeamento das actividades familiares.

- B. "Controle", constituída por 9 itens (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54), manifesta até que ponto são utilizados conjuntos de regras e procedimentos para gerir a vida familiar.

O estudo das qualidades psicométricas do instrumento realizado pelos autores revelou que os valores da consistência interna (alfa de *Cronbach*) variavam para cada subescala entre 0.61 (subescala de "independência") e 0.78 (subescalas da "coesão", "orientação intelectual-cultural", "ênfase moral e religiosa"); quanto à estabilidade teste-reteste para as dez subescalas, com intervalo de oito semanas, os valores foram considerados satisfatórios variando entre 0.68 (subescala de "independência") e 0.86 (subescala de "coesão"). A validade de conteúdo foi baseada na formulação das definições dos constructos específicos.

Santos e Fontaine (1995) realizaram o primeiro estudo piloto de adaptação da *Escala do Ambiente Familiar*, Forma R, à população portuguesa. A amostra deste estudo foi constituída por 311 alunos do 1º e 2º ciclos do ensino básico, com idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos de idade em diferentes escolas da cidade do Porto. A partir de uma reflexão falada com uma pequena amostra, foram reformuladas algumas expressões e palavras para as adequar ao contexto sociocultural português e à população alvo. O tipo de alternativas de resposta também foi alterado; as autoras optaram por uma escala tipo Lickert de quatro parâmetros. No estudo das qualidades psicométricas da escala, as autoras procuraram avaliar o poder discriminativo dos itens, a validade da estrutura factorial e a consistência interna. O poder discriminativo dos itens foi avaliado pela frequência com que um item era respondido num determinado ponto da escala. Nesta análise foram encontrados 33 itens cuja percentagem de resposta no sentido da concordância ou discordância extrema, era superior ou igual a 80%. Estes itens foram eliminados na análise da estrutura factorial por terem baixo poder discriminativo. Da análise factorial, emergiram dois factores distintos: o primeiro factor apontava para uma família "refúgio", apoiante, não exigente mas presente, caracterizada pela ausência de controle, conflito e expressividade, explicando 9.8% da variância total; o segundo factor apontava para uma família orientada para o exterior, para actividades recreativas, culturais e religiosas, possuindo determinadas metas a atingir, explicando 5.2% da variância total. Os valores do coeficiente alfa para as subescalas propostas por Moos e Moos (1986) variavam entre -0.04 (subescala de "expressividade") e 0.69 (subescala de "coesão"), considerando-se os valores encontrados inaceitáveis para a maior parte das subescalas, contrariamente ao registado na validação realizada pelos autores

originais. No entanto, na avaliação da consistência interna das duas subescalas, recorrendo à análise factorial, verificou-se que os itens que as saturam, no factor 1 tinham um alfa de 0.85 e os que saturam o factor 2 apresentavam um alfa de *Cronbach* de 0.70. Na opinião dos autores, estes valores significam que os itens dentro da mesma escala parecem medir efectivamente a mesma coisa. Santos e Fontaine (1995) consideraram que o instrumento era suficientemente consistente e sensível para permitir diferenciações nas representações do clima familiar por crianças e pré-adolescentes de nível socio-económico médio e baixo. Opinaram ainda que seria pertinente fazer novos estudos de validação do instrumento com outras populações, nomeadamente com jovens e adultos.

Gonçalves (1997) realizou um estudo para adaptação da *Escala do Ambiente Familiar*, Forma R, a uma população portuguesa de adolescentes e jovens, no âmbito do seu Curso de Mestrado. Neste estudo, após reflexão falada com um grupo de seis sujeitos do 9º e seis do 12º ano de escolaridade, optou pela utilização da versão do estudo piloto realizado por Santos e Fontaine (1995), após ter introduzido algumas alterações. Modificou a escala tipo Lickert de quatro para seis níveis, para avaliar o grau de intensidade de concordância com as afirmações propostas, para evitar uma concentração de respostas em função da tendência central, para possibilitar uma maior discriminação dos sujeitos da amostra e para aumentar a amplitude da dispersão de resultados. Reformulou ainda os itens que poderiam induzir perplexidade aos sujeitos. Quanto à consistência interna das dez subescalas originais, os valores de alfa de *Cronbach* oscilam entre 0.81 (subescala de coesão) e 0.25 (subescala de independência), embora quatro subescalas (expressividade, independência, orientação para o sucesso e orientação intelectual) tenham valores alfa inferiores a 0.60. Gonçalves (1997), salientou que, globalmente, os resultados de consistência interna encontrados neste estudo eram superiores ao estudo piloto, atribuindo essa diferença a uma maior capacidade de discriminação da população de adolescentes e jovens em relação à população de crianças e pré-adolescentes do 1º e 2º ciclos do Ensino Básico. Para verificar a estrutura factorial da escala, o autor realizou uma análise factorial com rotação ortogonal *varimax*, método principal *axis factoring*. Verificou uma estrutura factorial de seis factores.

Dos estudos da adaptação da *Escala do Ambiente Familiar*, Forma R, à população portuguesa, após análise factorial não se verificou a estrutura factorial em dez dimensões, tal como propunham Moos e Moos (1986), à semelhança de outras experiências de validação. Segundo estes autores, a variabilidade da

estrutura factorial pode ser explicada por razões conceptuais, pelas características da amostra, pelos procedimentos estatísticos e pelos critérios utilizados pelos investigadores. No entanto, olhar a família a partir de múltiplas dimensões vai permitir uma visão mais complexa da multifacetada realidade dos contextos familiares e compreender de forma mais aprofundada o seu impacto na vida dos seus elementos, evitando visões reducionistas e simplistas; esta é a virtualidade da escala (Moos e Moos, 1986).

Moos (1990), enfatizou que em termos de avaliação familiar, é preferível, na maior parte dos casos, ter um instrumento conceptualmente forte, que coloque as questões certas e que permita novas investigações do que um instrumento com melhores qualidades psicométricas, mas redutor da realidade que pretende avaliar.

## 2.2. ESTATUTOS DA IDENTIDADE DO EGO: QUESTIONÁRIO DA IDENTIDADE DO EGO

O período da adolescência é considerado um período de conquistas e de escolhas (Braconnier e Marcelli, 2000). No entanto, antes destas, o adolescente deve descobrir quem é, aquilo que gosta e o que deseja (Braconnier e Marcelli, 2000). Estes autores referem que aquilo de que o adolescente gosta resulta de todo o seu passado consciente e inconsciente; depende da sua identidade e do tipo de relações que estabeleceu com os pais e outros significativos. O adolescente deve ainda definir o que ambiciona, o que deseja, o que espera em geral da vida. A última etapa deste período de descoberta implica a necessidade de fazer uma escolha. Escolher é conquistar, mas também renunciar (Braconnier e Marcelli, 2000).

As expectativas dos adolescentes, as suas ambições e as suas competências deveriam ajudá-lo a seleccionar uma das alternativas que lhe são oferecidas. Importa realçar que esta selecção comporta determinantes colectivos familiares (o nível sócio-cultural da família, lugar dos pais na sociedade, ...) e determinantes individuais (existe sempre uma margem de liberdade relativa para que cada adolescente possa efectuar uma escolha). As características presentes na sociedade exercem também naturalmente a sua influência (período de expansão económica/recessão; país desenvolvido/em vias de desenvolvimento). Segundo Braconnier e Marcelli (2000) é evidente que o leque de escolhas é mais ou menos restrito, mais ou menos amplo conforme as oportunidades culturais,

sociais e familiares que cada um herdou.

Como referimos, escolher também implica renunciar. Alguns adolescentes não aceitam renunciar, recusam-se a escolher, ficando eternamente numa posição de indecisão, de espera, de adolescência retardada e, de certa forma, prolongada (Braconnier e Marcelli, 2000).

Todo este trajecto pode ser complexificado pela gravidez. Durante o processo de desenvolvimento existem períodos críticos em que uma interferência pode causar efeitos traumáticos. Quanto mais nova for a adolescente quando engravida maior será o trauma e maior será a perturbação no seu processo de construção da identidade. Para uma jovem de 12 a 14 anos, a gravidez é uma experiência assustadora. No entanto, devido à extrema precocidade desta, a sociedade tenta minimizar o trauma. Quando uma jovem de 15 a 17 anos engravida, o seu comportamento misto de adulto e de criança e a possível existência de conflitos com os pais, provoca na família e na sociedade um maior ressentimento com consequências negativas para o processo de construção da identidade. Quando a adolescente engravida com 18-20 anos é considerada praticamente uma adulta que, com um pouco de apoio, pode assumir maior responsabilidade pela sua criança e continuar o seu percurso no sentido de construir a sua identidade.

O conceito de identidade de Erikson constitui uma das áreas mais investigadas no âmbito do desenvolvimento do adolescente. Muitos métodos para avaliar a identidade baseiam-se na operacionalização de Marcia: utilizando as dimensões de crise (ou exploração) e de investimento os indivíduos são classificados em um dos quatro estatutos da identidade (identidade realizada, moratória, identidade outorgada ou difusão).

Para estudar o processo de construção da identidade utilizamos o *Questionário da Identidade do Ego* de Balistreri, Busch-Rossnagel e Geisinger (1995) (anexo II). Estes autores desenvolveram este instrumento de colheita de dados para colmatar as limitações dos instrumentos existentes (diminuir o tempo gasto no seu preenchimento, evitar erros por enviuamento e aumentar a objectividade).

Face às suas qualidades o *Questionário da Identidade do Ego* tem sido utilizado em vários estudos sobre a formação da identidade. Iremos seguidamente abordar alguns desses estudos.

Anthis (2003) foi uma das autoras que utilizou o *Questionário da Identidade*

do Ego no seu estudo "*Test reactivity: does the measurement of identity serve as an impetus for identity exploration?*". Com este estudo, Anthis pretendia verificar se os *scores* nas dimensões exploração e investimento eram influenciados pelo instrumento utilizado na avaliação dos estatutos da identidade. Participaram neste estudo 89 estudantes universitários (66 do sexo feminino e 23 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 17 e os 46 anos, cuja média de idades foi de 19.82 anos. Utilizou o *Questionário da Identidade do Ego* para avaliar as dimensões exploração e investimento da identidade; o *Questionário Alargado de Avaliação Objectiva do Estatuto da Identidade II* para avaliar os estatutos da identidade e a *Entrevista de Avaliação do Estatuto da Identidade*. Na primeira fase do estudo, os participantes foram divididos em quatro grupos. Aos participantes incluídos no grupo "Demográfico" após terem preenchido o documento de consentimento e o questionário de caracterização demográfica foi-lhes pedido que voltassem uma semana depois; aos participantes incluídos no grupo "Pré-teste" pediu que preenchessem o documento de consentimento, o questionário de caracterização demográfica e o de pré-teste (o *Questionário da Identidade do Ego*, na primeira fase) e que voltassem uma semana depois. Os participantes no grupo "Entrevista" completaram o documento de consentimento, o das características demográficas, o pré-teste e foi administrada a *Entrevista de Avaliação do Estatuto da Identidade*, foi-lhes também pedido que voltassem uma semana depois; aos participantes no grupo "EOMEIS" pediu que regressassem uma semana depois após terem completado o documento de consentimento, o questionário sobre as características demográficas, o pré-teste e o *Questionário Alargado de Avaliação Objectiva do Estatuto da Identidade II*. Exactamente uma semana após a primeira fase do estudo, todos os participantes regressaram para completar o *Questionário da Identidade do Ego*. Os resultados revelaram que não existiam diferenças nos *scores* das dimensões que definem a identidade entre os vários grupos experimentais.

Schwartz (2002) realizou um estudo para testar duas suposições preliminares do modelo dos estatutos da identidade de Marcia: (1) os instrumentos que avaliam os estatutos da identidade iriam relacionar as dimensões exploração e investimento de forma consistente com esses estatutos; (2) a atribuição de um estatuto através da utilização de um instrumento de medição contínua seria convergente com o obtido através da utilização dos *scores* das dimensões exploração e investimento. Setecentos e cinquenta e oito estudantes universitários (174 rapazes, 560 raparigas e 24 não referiram o sexo) preencheram o

*Questionário da Identidade do Ego*, para medir as dimensões exploração e investimento da identidade, e o *Questionário Alargado de Avaliação Objectiva do Estatuto da Identidade II*, para fornecer uma medida contínua de cada um dos estatutos da identidade. O autor realizou o tratamento de dados da seguinte forma: estudo das qualidades psicométricas do *Questionário da Identidade do Ego* e do *Questionário Alargado de Avaliação Objectiva do Estatuto da Identidade II*; estudo das correlações entre as escalas dos dois instrumentos utilizados e estudo da convergência da classificação dos estatutos da identidade entre os instrumentos. Globalmente, os resultados obtidos apoiaram as suposições atrás referidas acerca do modelo dos estatutos da identidade. Os resultados da análise de variância mostraram ser consistentes com a teoria dos estatutos da identidade: os *scores* na dimensão exploração eram baixos nos estatutos directamente relacionados com baixos níveis de exploração e eram elevados nos estatutos definidos por elevados níveis de exploração. Os *scores* da dimensão investimento diferiam de estatuto para estatuto, com baixos *scores* de investimento nos estatutos definidos por baixos níveis de investimento em relação aqueles definidos por elevados níveis de investimento. No entanto, como esperado, o estatuto de moratória estava associado com um baixo nível de investimento. Os resultados da análise de variância para os *scores* dos estatutos definidos de forma contínua também eram consistentes com a teoria dos estatutos da identidade. Os *scores* de cada estatuto eram mais elevados na categoria correspondente dos estatutos derivados e eram mais baixos nos estatutos definidos por níveis opostos de exploração e de investimento, isto é, os *scores* de realização eram mais baixos no estatuto de difusão; os *scores* de identidade outorgada eram mais baixos no estatuto de moratória. Relativamente às medidas contínuas dos estatutos da identidade e das suas dimensões, algumas das associações esperadas foram encontradas, outras não. Por exemplo, difusão estava negativamente relacionada com a dimensão investimento mas não estava relacionada com a dimensão exploração.

Bussel e outros (2000), no seu estudo sobre o tema "*Exploring the effects of therapeutic process on interventions targeting adolescent identity and intimacy*", procuraram examinar a capacidade das intervenções terapêuticas produzirem mudanças positivas a nível da identidade e da intimidade de adolescentes em risco e investigar o processo terapêutico que contribuiu para estas modificações. A amostra deste estudo foi constituída por 31 adolescentes, 14 rapazes e 17 raparigas, com uma média de idades de 15,97 anos. Antes de mais as autoras salientam o facto deste estudo utilizar um pequeno grupo de participantes. Por este

motivo, a escolha das medidas estatísticas utilizadas neste estudo (como por exemplo, a repetição do teste estatístico ANOVA) basearam-se nas propriedades deste teste, no tipo de dados colhidos, no desenho do estudo e nas hipóteses definidas. Assim, para dar resposta às questões de investigação foram utilizados o teste estatístico ANOVA, RMANOVAs (“repeated measures ANOVAs”) e correlações. A questão de investigação ligada ao assunto que nos interessa analisar, a eficácia da intervenção, permitiu a formulação de duas hipóteses relacionadas com o impacto da intervenção no processo de desenvolvimento da identidade e da intimidade. A hipótese 1.a. referia que a intervenção podia incrementar a exploração da intimidade pelos participantes (para avaliar a exploração da intimidade e as competências de relacionamento foi utilizada a *Escala de Relacionamento de Atitudes e Valores – RAVS*). A hipótese 1.b. referia que a intervenção terapêutica podia incrementar a exploração da identidade pelos participantes (para avaliar a exploração da identidade foi utilizada o EIPQ). A análise dos resultados revelou que relativamente à hipótese 1.a. a repetição do teste estatístico ANOVA (RMANOVAs) para o score total do RAVS não era significativo. Em relação à hipótese 1.b. os sucessivos testes estatísticos realizados (RMANOVAs) na dimensão exploração para o domínio interpessoal e na dimensão investimento para o domínio ideológico não eram significativos. RMANOVAs na dimensão exploração para o domínio ideológico era significativo -  $F(1,23)=3.44$ ,  $p=.027$ . A RMANOVA para a dimensão investimento no domínio interpessoal era também significativo  $F(1,23)=3.55$ ,  $p=.024$ . A análise de variância posterior, teste F, indicou para a dimensão exploração no domínio ocupacional um aumento significativo  $F(1,23)=5.41$ ,  $p=.029$ . Segundo as autoras, dentro das limitações resultantes do tamanho da amostra, os resultados do estudo permitiram compreender quais as variáveis do processo terapêutico que definem as intervenções que permitem o desenvolvimento de um sentimento de identidade e de intimidade.

O *Questionário da Identidade do Ego* (EIPQ), construído por Balistreri, Busch-Rossnagel e Geisinger (1995), é uma escala com 32 itens, que mede as dimensões exploração e investimento em oito áreas diferentes: ocupação, religião, política, valores, família, amigos, namoro e papéis de género. O *Questionário da Identidade do Ego* é susceptível de medir separadamente cada uma das duas dimensões anteriores e permitir identificar os estatutos da identidade. Metade das questões (16) medem a dimensão exploração e as restantes a dimensão investimento, com recurso a uma escala tipo Lickert de



seis itens.

No desenvolvimento deste instrumento, Balistreri, Busch-Rossnagel e Geisinger (1995) realizaram dois estudos, sendo o primeiro destinado à avaliação das propriedades psicométricas da escala.

No primeiro estudo, utilizaram dois métodos distintos, recorrendo uma amostra de setenta e três participantes. No primeiro, calcularam a consistência interna para cada uma das duas dimensões, com base no coeficiente Alfa de *Cronbach*. Obtiveram, um alfa de 0.80 e 0.86 para as dimensões investimento e exploração, respectivamente.

Num segundo momento procederam a um teste-reteste, realizado uma semana depois. Obtiveram 0.90 para o investimento e 0.76 para a exploração, após os cálculos dirigidos apenas aos dados obtidos neste segundo momento.

Procedendo aos cálculos no âmbito do teste-reteste, para verificar a estabilidade dos dados entre os dois momentos, obtiveram um coeficiente de correlação de 0.72 e 0.71 respectivamente para o investimento e para a exploração. No momento 1, a média dos valores do investimento foi de 65.60 (desvio-padrão de 8.90 e amplitude entre 43 e 88). No momento dois, a média para a dimensão da exploração foi de 61.18 (desvio-padrão de 10.09 e amplitude entre 39 e 90).

Em relação ao segundo estudo, cuja amostra foi de 260 estudantes, divididos igualmente por ambos os sexos, os autores realizaram uma análise factorial confirmatória utilizando o método LISREL VI aplicado a dois itens de cada domínio e dimensão (por exemplo, o investimento no domínio da família). O teste *Goodness of fit* foi de 0.94 e o *Goodness of fit* ajustado foi de 0.72. A análise estatística revelou que a dimensão exploração no domínio papel sexual não estaria correlacionada com outras dimensões. Estes resultados preliminares contribuíram para a validação do modelo de dois factores. Seguidamente, foi estabelecida a comparação entre os dados colhidos na entrevista de Marcia e os colhidos pelo EIPQ. 18 dos 30 estatutos da identidade que emergiram mostram concordância. A congruência entre os dois instrumentos foi avaliada pelo *Index Kappa*. O valor encontrado foi de 0.47,  $p < 0.01$ . Tal como na maior parte dos estudos sobre estatutos da identidade não se verificaram diferenças entre homens e mulheres: Qui-quadrado (3, N=260)=1.14. A análise univariada ANOVA revelou que os estatutos da identidade apresentavam uma relação estatisticamente significava com a auto-estima, a masculinidade e o *locus* de controle. Segundo os autores,

este estudo evidenciou a validade do EIPQ.

Tendo em conta a necessidade de utilização do instrumento em Portugal, recorreremos às metodologias propostas por Fortin (1999) (tradução e utilização num contexto cultural distinto) e pelos autores (avaliação das propriedades psicométricas). Assim, a escala foi traduzida para português e novamente para inglês por um perito com domínio nas duas línguas e na temática da identidade.

No que se refere à avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa, procedeu-se à sua aplicação em dois momentos distintos, sendo apenas consideradas as respostas dos inquiridos que responderam nos dois momentos e que responderam simultaneamente a todas as questões da escala. O número de participantes considerado foi de 102.

No primeiro (teste), calculou-se a consistência interna para cada uma das duas dimensões (investimento e exploração), com base no coeficiente Alfa de *Cronbach*. Obtivemos coeficientes de 0.74 e 0.68, respectivamente. O segundo momento (reteste) ocorreu uma semana depois. Obtivemos 0.75 para o investimento e 0.73 para a exploração.

Procedendo aos cálculos com base nos resultados dos dois momentos, com o objectivo de verificar a estabilidade dos dados entre eles, obtivemos um coeficiente de correlação entre 0.69 e 0.86 (para o investimento) e 0.61 e 0.85 (para a exploração).

### 2.3. REACÇÕES E SENTIMENTOS MATERNAIS: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDEZ

Tal como já referimos no enquadramento teórico, a gravidez e a maternidade representam um período de transição crucial para a mulher. A adolescente grávida não vivencia esta transição da mesma forma que uma mulher adulta. Em geral, a gravidez na adolescência não é planeada nem desejada (Spear, 2001), mas sim um acontecimento com o qual a adolescente vai ter de lidar. Esta transição no ciclo vital poderá implicar alterações no processo de construção da identidade.

Segundo Costa (1994), a grávida adolescente tem que bloquear o processo de exploração, na medida em que é incompatível com a responsabilidade de ser mãe. Esta implica previsibilidade e disponibilidade, o que naturalmente perturba o

desenrolar desenvolvimental.

Para Canavarro (2001), a adolescente ao ser confrontada com tarefas relacionadas com a gravidez e o parto tem de reorientar os seus relacionamentos para assegurar um lugar à criança e aprender a tarefa de se tornar mãe. A adaptação à maternidade traduz a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais da adolescência, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso.

A investigação tem revelado que não existe um quadro configurativo único e uniforme sobre o desenvolvimento e ajustamento psicossocial das grávidas adolescentes. Pelo contrário, verifica-se uma certa diversidade de padrões de desenvolvimento que reflecte o percurso desenvolvimental idiossincrático das grávidas adolescentes. Neste sentido, tem vindo a emergir uma nova perspectiva sobre o desenvolvimento psicossocial das grávidas adolescentes e da sua adaptação à gravidez (Soares, Marques, Martins e outros, 2001; Schellenbach, Whitman e Borkowski, 1992).

A adaptação à gravidez e à maternidade ao comportar valências benéficas e estruturantes para a adolescente pode facilitar a reconstrução da sua identidade (de forma a incluir a identidade materna que, como todas as mães, a adolescente tem de efectuar) (Canavarro e Pereira, 2001; Canavarro, 2001).

A diversidade e pluralidade na adaptação da adolescente à gravidez parecem ser potenciadas por determinadas variáveis que se afiguram como recursos importantes para a adolescente lidar com esta transição de vida. Neste sentido, a literatura tem sugerido que uma das variáveis que podem contribuir para a adaptação à gravidez precoce são os sentimentos e as reacções face ao bebé.

Para estudar as características específicas à situação de gravidez utilizamos a versão reduzida do *Questionário de Avaliação da Gravidez* de Schaefer e Manheimer (1960) adaptado por Egeland a partir da escala original, para o estudo longitudinal da Universidade de Minnesota e adaptado à população portuguesa por Martins, Jongenelen, Figueiredo e outros (1998) (anexo III).

Este instrumento tem como objectivo avaliar as reacções e os sentimentos da adolescente face à gravidez, consideradas como dimensões relevantes na adaptação parental. O objectivo principal de Schaefer e Manheimer (1960) foi responder à necessidade de criar um instrumento de triagem, com utilidade clínica, para avaliar o modo como se processava o ajustamento psicológico da mulher

durante esse período e no pós-parto, assim como o ajustamento ao papel e à actividade parental e à qualidade da inter-acção mãe-filho.

O *Questionário de Avaliação da Gravidez* foi utilizado por Soares, Marques, Martins e outros (2001) no seu estudo "*Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal*". Tratou-se de um estudo longitudinal que contemplou três momentos distintos de avaliação: (i) no último trimestre de gestação (a partir das 28 semanas); (ii) no primeiro mês pós-parto; (iii) nos três meses do pós-parto. No primeiro momento de avaliação, as autoras procuraram examinar as dimensões de personalidade; percepção do bebé no período pré-natal; reacções e sentimentos face à gravidez; estratégias de *coping*; percepção da qualidade do apoio social e as relações existentes entre estas dimensões. No segundo momento, as autoras pretenderam avaliar a percepção das mães adolescentes relativas ao bebé neste período e comparar a qualidade desta percepção com a do 3º trimestre da gravidez e examinar a relação entre a qualidade de adaptação à gravidez e a percepção materna relativamente ao bebé após o seu nascimento. No terceiro momento, procuraram avaliar a percepção da qualidade do apoio social, o desenvolvimento mental, motor e comportamental dos bebés; a qualidade dos cuidados maternos e as relações entre a percepção materna relativamente ao bebé no primeiro mês de vida, qualidade dos cuidados maternos e desenvolvimento do bebé aos três meses. A amostra inicial foi constituída por 68 adolescentes; destas foram reavaliadas 43 no segundo momento e deste grupo, 30 foram novamente avaliadas no terceiro mês pós-parto, juntamente com os seus bebés. No primeiro momento de avaliação, um dos instrumentos utilizados foi o *Questionário de Avaliação da Gravidez*. Os resultados obtidos relativos às reacções e sentimentos face à gravidez foram os seguintes: relativamente ao "Desejo da gravidez", o valor obtido situou-se abaixo do ponto médio da escala, o que traduzia um desejo elevado; a escala de "Irritabilidade" apresentou valores baixos, em contraste com a escala de "Dependência"; relativamente aos "Medos em relação ao self", os valores estavam abaixo do ponto médio da escala, o mesmo acontecendo com os "Sentimentos maternos" e os "Medos em relação ao bebé". As autoras também verificaram a existência de várias correlações significativas, designadamente, entre "Irritabilidade" e "Desejo da gravidez"; entre "Medos em relação ao bebé" e "Dependência"; entre "Medos em relação ao self" e "Irritabilidade"; entre "Sentimentos maternos" e "Irritabilidade" e ainda entre "Sentimentos maternos" e "Medos em relação ao self". Foi encontrada uma correlação significativa negativa

entre "Sentimentos maternos" e "Dependência". As autoras concluíram que em geral, os resultados obtidos sugeriam que a gravidez e a maternidade na adolescência, enquanto acontecimentos de vida não normativos, não se constituíram como situações de vida que despoletaram desequilíbrio interno e crise para as adolescentes deste estudo. Pelo contrário, pareceu instituir-se como oportunidades de crescimento adaptativo para a maioria das adolescentes estudadas. No entanto, as autoras consideraram que o estudo apresentava alguns aspectos críticos que colocavam reservas às conclusões apresentadas. Assim, sugeriram a continuação da realização desta investigação e de outras que permitam compreender como as adolescentes lidam com estes acontecimentos não normativos, de forma a desenhar programas de informação que visem promover quer o comportamento parental, quer o desenvolvimento dos seus filhos.

Não poderíamos deixar de referir também o trabalho de Jongenelen (1998), sobre "Gravidez na adolescência: uniformidade e diversidade no desenvolvimento", que teve como principais objectivos, entre outros, estudar as atitudes das grávidas adolescentes face à maternidade e analisar as reacções e sentimentos das adolescentes face à gravidez. Para isso, Jongenelen recorreu a uma amostra de 50 grávidas adolescentes primíparas, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. A autora, na avaliação das reacções e sentimentos das adolescentes face à gravidez, verificou níveis elevados de medos em relação ao bebé, particularmente uma elevada preocupação quanto à integridade física do feto e ao subsequente bem-estar físico e desenvolvimento do bebé. A análise das correlações entre as escalas do *Questionário de Avaliação da Gravidez* revelaram reacções significativas entre algumas das referidas escalas, mostrando que não se tratam de dimensões independentes da resposta da adolescente à gravidez. Os resultados indicavam a existência de uma correlação positiva significativa entre a escala de "Irritabilidade" e a escala de "Medos em relação ao *self*", o que sugeria que estas dimensões não eram independentes. Assim, quanto mais elevado era o nível de irritabilidade, tensão e tonalidade emocional negativa vivenciada durante a gravidez, mais elevados eram os receios e preocupações quanto à experiência da gravidez, às mudanças ao nível do bem-estar físico e à antecipação do parto. Existia também uma correlação positiva significativa entre a escala "Desejo de gravidez" e a escala de "Irritabilidade", o que revelava a que a um menor desejo de gravidez se associava um nível mais elevado de irritabilidade vivenciado pela adolescente no decurso da gravidez. Igualmente, verificou a existência de uma correlação positiva significativa entre a escala "Desejo de gravidez" e a escala de

“Medos em relação ao *self*”, o que revelava que quanto mais reduzido fosse o desejo de gravidez para a adolescente, mais elevados eram os seus medos, receios e preocupações em relação às mudanças específicas resultantes da gravidez e à antecipação do parto; constatou também a existência de uma correlação positiva significativa entre a escala “Desejo de gravidez” e a escala “Sentimento maternal”; finalmente, os resultados evidenciaram uma correlação positiva significativa entre a escala “Sentimento maternal” e a escala “Medos em relação ao bebê”, o que significava que a valores baixos de sentimento maternal se associavam níveis baixos de preocupação, receio e insegurança quanto à integridade física do feto e ao posterior bem-estar físico e desenvolvimento do bebê.

O *Questionário de Avaliação da Gravidez* é constituído por 37 itens agrupados em seis escalas separadas. A pontuação obtida em cada uma das escalas resulta do somatório obtido nos itens que a compõem. Trata-se de um questionário de auto-relato, no qual a grávida deverá indicar o seu grau de concordância em relação a vários aspectos relativos aos seus sentimentos e reacções face à gravidez, ao parto e ao bebê.

As escalas que constituem o *Questionário de Avaliação da Gravidez* avaliam as seguintes dimensões: “Medos em relação ao *self*”, “Medos em relação ao bebê”, “Dependência”, “Desejo de gravidez”, “Sentimento maternal” e “Irritabilidade”, que passaremos a descrever detalhadamente.

A escala de “Medos em relação ao *self*”, constituída por 3 itens (10, 23 e 25) pretende medir os medos, receios e preocupações da mulher no período de gravidez, relativos a mudanças ao nível do bem-estar físico assim como à antecipação da experiência do parto. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, mais elevados são os medos em relação a si própria.

A escala do “Desejo de gravidez”, constituída por 8 itens (1, 3, 7, 11, 14, 17, 20 e 24) avalia o desejo de gravidez, anteriormente à sua ocorrência e em termos da sua vivência actual. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, menor é o desejo de gravidez.

A escala “Dependência”, constituída por 3 itens (4, 12 e 21), explora o modo como a mulher vivencia sentimentos de dependência em relação a outras pessoas, na gravidez e na prestação de cuidados ao bebê, após o nascimento. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, mais elevados são os sentimentos de dependência.

A escala de "Medos em relação ao bebê", constituída por 7 itens (5, 8, 13, 15, 18, 22 e 26), pretende avaliar os medos, receios e preocupações da mulher em relação à integridade do feto devido ao seu estado emocional durante a gravidez e à possibilidade de o perder, assim como em termos do estado de saúde, da aparência física e do desenvolvimento do bebê, após o nascimento. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala mais elevados são os medos em relação ao bebê.

A escala "Sentimento maternal", constituída por 5 itens (2, 9, 16, 27 e 28), analisa os sentimentos maternos da grávida, considerados aqui como parte integrante do seu ajustamento ao papel parental. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, menor é o sentimento maternal.

A escala "Irritabilidade", constituída por 3 itens (6, 12, 29 a, b, c, d, e, f, g, h, i) avalia o nível de irritabilidade, tensão, irrequietude e tonalidade emocional negativa vivenciada pela mulher durante a gravidez. Quanto mais elevada for a pontuação obtida nesta escala, mais elevado é o nível de irritabilidade experienciado.

O estudo do instrumento realizado pelos seus autores com uma amostra de 150 grávidas revelou que a consistência interna das referidas escalas variou entre 0.67 para a escala "Medos em relação ao self" e 0.94 para a escala da "Dependência".

O *Questionário de Avaliação da Gravidez* foi adaptado à população portuguesa por Martins, Jongenelen, Figueiredo e outros (1998). Nesta adaptação as autoras utilizaram os seguintes procedimentos: primeiro, foram realizadas duas traduções independentes do instrumento por investigadores fluentes na língua inglesa, que foram posteriormente comparadas. Segundo, procederam à "reflexão falada" dos itens, no sentido de identificar possíveis falhas ao nível da sua formulação que pudessem desde logo ser corrigidas. Finalmente, dadas as características peculiares da escala em termos da cotação dos seus itens, optaram, na sua adaptação para a população portuguesa, por realizar dois estudos de modo a avaliar a sua validade empírica. Um dos estudos foi realizado com 50 grávidas adultas (com idade compreendida entre os 19 e os 33 anos) e 41 grávidas adolescentes (com idade compreendida entre os 14 e os 18 anos), neste estudo realizou uma MANOVA comparando os dois grupos de grávidas. O segundo estudo contou com a participação de 112 grávidas adolescentes (com idade compreendida entre os 13 e os 18 anos), neste foram

realizadas duas MANOVA diferentes comparando dois grupos contrastantes de adolescentes (as que planearam a gravidez com as que não o fizeram; as solteiras com as casadas ou a viver em união de facto ao nível das seis escalas do PRQ).

O *Questionário de Avaliação da Gravidez* revelou validade empírica no que diz respeito aos dois estudos realizados, particularmente no que se refere às dimensões "Desejo de Gravidez" e "Dependência". As autoras referem ainda que o facto de não terem sido encontradas diferenças ao nível das outras dimensões poderá estar relacionado com as amostras utilizadas.

#### 2.4. CARACTERIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Outra das técnicas seleccionadas para a colheita de informação foi a entrevista semi-estruturada. Existem diversas concepções sobre entrevista e técnicas de entrevista, muitas delas não convergentes entre si. Diversos autores consideram-na numa dicotomia, colocando o questionário no pólo oposto. Outros, como por exemplo Goetz e LeCompte (1984), Bernard (1988) e Ghiglione e Matalon (1992) inserem-na num continuum entre *estruturado* e *não-estruturado*. Fontana e Frey (1994) consideram a existência de entrevistas individuais e em grupo e introduzem a análise das narrativas e de outros meios audiovisuais. A generalidade dos autores referem-se à entrevista como técnica flexível, com a qual se pode ter acesso às complexidades cognitivas e afectivas dos indivíduos, no contexto de uma relação em tempo real (presencial ou não presencial). Lincoln e Guba (1985) consideram a flexibilidade da entrevista e os diversos graus de estruturação; de qualquer forma, chamam a atenção para a necessidade de planear a realização da mesma e, se for caso disso, elaborar com cuidado o guião de referência.

Além de facultar informação relevante para a caracterização da adolescente e do contexto envolvente, a entrevista permitiu o acesso às narrativas das adolescentes. Polkinghorne (1988) define narrativa como o processo utilizado pelos seres humanos para comunicar o significado das suas experiências. Através da linguagem (neste caso oral) as pessoas constroem e reconstroem significados, comunicando e compreendendo cada vez melhor as suas experiências de vida. Mobilizam os elementos de vida para que se perceba



o seu significado e se lhes possa atribuir uma ordem (Atkinson, 1998). Neste sentido, tivemos como referência a filosofia de Paul Ricoeur (1991), o qual sublinha que as narrações não acumulam arbitrariamente a informação; preservam e relacionam o mundo vivido dos actores, do qual emerge um sentido. Segundo Ricoeur, as narrativas contêm cognições e representações carregadas de símbolos provenientes de experiências de vida. Enquanto estratégia discursiva, as narrativas contêm elementos inerentes ao processo de transformação da identidade. Por tal motivo, Frid e outros (2000) sublinham que as narrativas, enquanto espaços de reflexões sobre a experiência, são relevantes para o conhecimento profissional na área de enfermagem.

Para Ghiglione e Matalon (1992), a entrevista permite explorar os conhecimentos, as opiniões e as crenças dos indivíduos. No presente estudo, pretendíamos, com as entrevistas, obter informações (Ghiglione e Matalon, 1992):

- de ordem demográfica: caracterização da adolescente, da família, do companheiro e do grupo de pares;
- de ordem cognitiva: conhecimentos sobre sexualidade e vigilância da gravidez;
- de ordem afectiva: relacionamento com o companheiro, percepções e atitudes da adolescente, do companheiro, da família, grupo de pares e professores face à gravidez.

Tratava-se, à partida, de uma técnica flexível, capaz de se poder adaptar às características pessoais das adolescentes e respectivas famílias. A variante semi-estruturada era particularmente indicada na abordagem das adolescentes e respectivas famílias, dado tratar-se de uma situação de recolha de informação de natureza estritamente pessoal e íntima, as quais necessitariam frequentemente de ser esclarecidas.

Em congruência com os trabalhos de Ghiglione e Matalon (1992) sobre a entrevista, começamos por elaborar um guião que servisse de referência para a mesma. Para a construção deste guião recorremos a entrevistas informais, não estruturadas, a um conjunto de profissionais de saúde que lidavam, no quotidiano da sua prática profissional, com a problemática da gravidez na adolescência: um médico obstetra, uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social. Estas entrevistas não estruturadas tinham como objectivo identificar um conjunto de factores que no percurso profissional dos inquiridos se interligavam com a gravidez na adolescência. Após uma análise de conteúdo destas quatro entrevistas

informais, e recorrendo às unidades de análise e à nossa própria experiência profissional em saúde comunitária, partimos para a definição dos blocos da entrevista.

Os guiões da entrevista (anexos IV e V) incluíam um conjunto de questões abertas, sem necessidade de uma formulação rígida; a sequência destas dependeria fundamentalmente da natureza e do conteúdo do discurso das adolescentes entrevistadas e das respectivas famílias. Mais especificamente, o guião da entrevista à adolescente (anexo IV) contemplava um conjunto de questões relativas à caracterização da adolescente, da família e do grupo de pares. Um segundo grupo de questões dizia respeito à vida sexual da adolescente e, finalmente, um terceiro grupo de questões relativos ao processo gravídico.

Em relação às adolescentes, os blocos e os respectivos objectivos eram os seguintes:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJECTIVOS
1. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legitimar a entrevista</li> <li>• Motivar o entrevistado</li> </ul>
2. Caracterização da população	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar a população quanto à idade e formação académica;</li> <li>• Conhecer a situação profissional das adolescentes;</li> </ul>
3. Caracterização do contexto familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar o contexto familiar no que se refere à sua composição e condições económicas;</li> <li>• Caracterizar o papel da mãe na educação sexual;</li> <li>• Conhecer a reacção da família face à gravidez;</li> </ul>
4. Caracterização do grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar o grupo relativamente a idade e hábitos;</li> <li>• Descrever a reacção dos amigos à gravidez;</li> <li>• Caracterizar o companheiro quanto à idade e formação académica;</li> <li>• Conhecer a situação profissional do companheiro;</li> <li>• Conhecer o tipo de relacionamento com o companheiro;</li> <li>• Descrever a reacção do companheiro à gravidez;</li> </ul>
5. Recurso às instituições de saúde antes do processo gravídico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar o grupo de adolescentes relativamente ao recurso às instituições de saúde;</li> <li>• Identificar o tipo de informação que lhe é fornecida pelos profissionais de saúde em relação a planeamento familiar e quanto ao uso de anticoncepcionais e ao estado geral de saúde antes da gravidez;</li> </ul>
6. Caracterização do processo gravídico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a forma como ocorreu a gravidez;</li> <li>• Identificar a reacção da adolescente face à gravidez;</li> <li>• Conhecer o modo de recurso às instituições de saúde para diagnóstico e vigilância da gravidez;</li> <li>• Conhecer a atitude do namorado quanto às deslocações às instituições de saúde seleccionadas.</li> </ul>

Relativamente à entrevista dirigida à família, o guião contemplava um conjunto de questões relativas à caracterização da família, bem como atitudes e reacções perante a gravidez da adolescente. Os blocos da entrevista à família e os respectivos objectivos eram os seguintes:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJECTIVOS
1. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legitimar a entrevista</li> <li>• Motivar o entrevistado</li> </ul>
2. Caracterização da família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar o contexto familiar no que se refere à sua composição e às condições económicas;</li> <li>• Identificar os principais interesses da família;</li> <li>• Caracterizar o papel da família na educação sexual;</li> <li>• Conhecer a reacção da família à gravidez.</li> </ul>

As entrevistas foram, neste estudo, técnicas privilegiadas de recolha de informação; elas possibilitaram a compreensão da informação recolhida através dos questionários (*Escala do Ambiente Familiar*, *Questionário da Identidade do Ego* e *Questionário de Avaliação da Gravidez*) e a obtenção de informações só susceptíveis de colher através deste contacto directo e presencial.

Antes de iniciar o trabalho de campo procedemos à testagem dos instrumentos seleccionados.

### 3. PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E TRABALHO DE CAMPO

Como parte integral de um estudo de investigação, o trabalho de campo representa uma etapa essencial da pesquisa; Cormack (1996) refere mesmo que deve ser considerado uma experiência de aprendizagem. Segundo Burns e Grove (2001) o trabalho de campo em pesquisas na área da saúde pode decorrer em numerosos locais, de acordo com os objectos e objectivos da pesquisa: hospitais ou outras instituições de saúde, comunidade, na residência do participante ou mesmo em vias públicas. Pretendemos, neste capítulo, dar conta dos principais procedimentos a nível da recolha, tratamento e análise da informação.

O trabalho de campo é frequentemente complexo e exigente, colocando o investigador em contacto com as realidades (indivíduos, grupos, instituições) (Cormack, 1996). Esta interacção pode influenciar o processo de colheita de dados (Burns e Grove, 2001). Estes autores (2001) sublinham que para a pesquisa ser bem sucedida é necessário que durante o trabalho de campo o investigador seja flexível, embora mantendo a integridade do estudo e um certo grau de objectividade. Por este motivo, o pesquisador deve manter uma comunicação aberta e dosear no terreno as suas opções e escolhas, de forma a estabelecer um relacionamento positivo com todos os intervenientes.

O trabalho de campo com adolescentes é particularmente exigente, uma vez que *"...os adolescentes são extremamente diferentes uns dos outros: não há uma adolescência mas muitos adolescentes"* (Braconnier e Marcelli, 2000, p. 210). A adolescência é, simultaneamente, um período de abertura e de mudanças, de descoberta e de conquista que representarão outros tantos itinerários na vida do adolescente; mas é também um tempo da dúvida, de aborrecimento e de uma expectativa impaciente, o tempo da esperança e da ilusão e, por vezes, da decepção (Braconnier e Marcelli, 2000).

Na área da gravidez na adolescência, ao investigador colocam-se ainda mais dificuldades. Período de emoções, afectos, descoberta de si mesmo e do outro, a gravidez/maternidade marca de forma duradoura o destino de cada adolescente, companheiro e família. Para Corcoran, Franklin e Bennett (2000) uma das barreiras à investigação na área da gravidez na adolescência é a dificuldade em recrutar participantes e, conseqüentemente, obter uma amostra aleatória. Estas autoras referem que os investigadores são muitas vezes

forçados a confiar em amostras clínicas não aleatórias, face a contingências de ordem ética, às sanções da comunidade, à acessibilidade às participantes, à cooperação das instituições e à obtenção de consentimento informado da adolescente e dos seus pais. Para além de todas estas dificuldades, o facto de estarmos perante uma situação com profundas implicações pessoais, familiares e sociais complexifica todo o trabalho de campo; para além do objectivo de “colher dados”, o investigador tem necessidade conjugar uma atitude ética com a necessidade de não ferir susceptibilidades na adolescente. Segundo Cormack (1996), que considera todas estas dificuldades, conduzir uma pesquisa dentro de qualquer instituição de saúde implica levar a cabo determinados procedimentos preparatórios.

Para Burns e Grove (2001) o início da colheita de dados é a parte mais interessante da pesquisa. Após todo o planeamento, redacção e negociação, o pesquisador chega à parte “real” da pesquisa – a execução. Estes autores recomendam que durante a colheita de dados os investigadores devem estar preparados para a possibilidade de surgirem problemas e desenvolver estratégias para os resolver. Salientam ainda a necessidade de planear cuidadosamente o tratamento dos dados colhidos.

Para Singleton e Straits (1999) a colheita de dados constitui o quinto estágio do processo de pesquisa. Apenas quando o desenho da pesquisa está completo, o pesquisador se encontra apto a realizar as suas observações – a colher dados. Uma vez que a colheita de dados influencia a tomada de decisão acerca dos instrumentos de medida a utilizar e da dimensão da amostra, a abordagem a adoptar deve ser determinada na fase inicial da pesquisa.

Além da recolha de informação, a investigação implica a organização, a sistematização e o tratamento dessa informação tendo em vista a análise e a interpretação do material recolhido (Deshaies, 1997).

Segundo Singleton e Straits (1999), após a observação, o pesquisador tem condições para a analisar e interpretar. Com frequência, a forma como se apresentam os dados não facilita a sua interpretação: estes precisam de ser transformados ou tratados para permitir a sua análise. O tratamento de dados envolve (cada vez mais) a utilização de material informático (*hardware* e *software*).

Quando os dados estão prontos para análise, podem necessitar de ser “trabalhados” para se perceber a relação entre as variáveis e comparar os

resultados observados com os resultados esperados e interpretar as diferenças. Existem vários tipos de análise, muitos dos quais envolvem testes estatísticos. No âmbito de estudos qualitativos, o investigador pode optar por estratégias de triangulação, que deriva da necessidade de entender melhor a realidade estudada ou validar a informação.

### 3.1. PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Burns e Grove (2001), a propósito das etapas do procedimento científico, consideram “recolha de informação” o processo que envolve a selecção final dos participantes, a obtenção de dados a partir destes, o controle da pesquisa e a resolução de problemas. Para estes autores, a fase de recolha de informação é específica de cada estudo e depende do seu desenho, dos métodos a utilizar e das condicionantes contextuais. O investigador encontra-se implicado activamente em todo este processo; tem necessidade de o gerir e supervisionar em permanência, o que exige o recurso a estratégias de resolução de problemas e a mobilização de recursos do contexto em que se encontra envolvido.

Para Quivy e Campenhoudt (2003) a recolha dos dados constitui a concretização da estratégia de observação. Consiste em “*recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra*” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p. 183). Segundo estes autores, a aplicação de um questionário ou a realização de uma entrevista deve vencer a “resistência natural” ou a “inércia” dos indivíduos. Não basta conceber uma boa estratégia, é preciso pô-la em prática de forma a obter-se uma proporção de respostas suficiente para que a análise seja válida de acordo com a natureza da pesquisa.

No presente estudo, a recolha de informação concretizou-se após autorização das instituições respectivas (com respeito pelas normas estipuladas por essas instituições para a realização de estudos deste tipo). Como já referimos anteriormente, a colheita de dados decorreu durante um período de ano e meio. Empregamos uma estratégia mista de recolha de informação através da incorporação de três questionários de auto-administração e de uma entrevista face - a - face. Para Singleton e Straits (1999), o recurso a uma estratégia multimétodo permite aceder, em complementaridade, às diversas dimensões do objecto em estudo.

Para a concretização da colheita de informação por entrevista consideramos as indicações fornecidas por Doyle (2001): estabelecimento de uma relação com os participantes (apresentação do investigador, adopção de uma atitude amigável mas profissional); descrição do projecto (tema, objectivos, instituições envolvidas, investigadores envolvidos, aspectos a abordar); obtenção de consentimento informado; realização da entrevista (ajudar o entrevistado a (i) expressar as suas ideias, (ii) expressar as suas ideias claramente, (iii) explicar e elaborar as suas ideias, (iv) focar o assunto em discussão); fim da recolha da informação (não terminar a recolha de informação abruptamente: perguntar se pretende saber algo mais sobre o projecto, fornecer o contacto, agradecer a participação) e fazer anotações (imediatamente depois da recolha de informação registar impressões acerca da mesma).

Após autorização das adolescentes e respectivas famílias, o conteúdo da entrevista foi gravado em suporte magnético e posteriormente transcrito na sua globalidade.

Em relação à colheita de informação por questionário, seguimos as instruções da Morrisby Organization (2001): estabelecer uma relação com os participantes; descrever o projecto; obter o consentimento informado; fornecer os questionários e solicitar-lhes um conjunto de procedimentos. Neste âmbito, foi-lhes solicitado que (i) lessem as respectivas instruções e colocassem as questões que considerassem pertinentes antes de iniciarem o preenchimento do questionário; (ii) solicitassem ajuda em caso de necessidade; (iii) não interrompessem o preenchimento do questionário, excepto quando solicitados; (iv) no final, verificassem se todas as questões tinham sido preenchidas. Após a recolha dos questionários, agradecemos aos participantes a sua participação.

É importante salientar que a colheita de dados às adolescentes foi realizada sempre nas instituições de saúde seleccionadas, no dia da consulta de vigilância da gravidez. A colheita de informação à família foi realizada na instituição de saúde (quando a família acompanhava a grávida à consulta ou quando mostrava disponibilidade de se deslocar à instituição para colaborar no estudo) ou na residência desta, após marcação prévia (quando aceitava participar no estudo mas não tinha disponibilidade para se deslocar à instituição de saúde por motivos profissionais ou outros). A colheita de informação foi realizada de forma privada e sempre na presença da investigadora. A duração do período global de colheita de informação foi cerca de noventa minutos.



## PREOCUPAÇÕES DE ORDEM ÉTICA

Singleton e Straits (1999) sublinham que as atitudes de ordem ética não são passíveis somente de “considerar” ou “ignorar”. As preocupações éticas na investigação, que condicionam as atitudes do investigador, não são dicotómicas: colocam dilemas ao investigador e motivam a análise do custo benefício. Como referem estes autores, cada etapa da pesquisa envolve problemas específicos, os quais dão corpo à “consciência do investigador”.

Segundo Singleton e Straits (1999), a nível das preocupações éticas na pesquisa científica existem três grandes áreas: a ética relativa à relação com os participantes, a ética da colheita e análise de dados e a ética da responsabilidade em relação à sociedade.

A primeira área envolve num conjunto de regras designadas para proteger os direitos dos participantes na pesquisa. Em relação à segunda, as normas científicas requerem tacitamente que o investigador seja honesto nas suas observações e análises, tolerante, curioso, admita os seus erros voluntariamente e coloque o conhecimento e a compreensão acima dos interesses de promoção pessoal e da promoção de uma ideologia ou filosofia particular. A terceira área refere-se à necessidade de devolver à sociedade os recursos disponibilizados: na prática, refere-se ao empenho do investigador na publicitação dos seus resultados, num quadro de respeito pelos valores de referência e de conquista de “transformações” que se traduzam em bem-estar.

Nos últimos anos tem-se registado uma preocupação crescente com a protecção dos indivíduos, enquanto sujeitos de processos de investigação. Actualmente, as considerações éticas relativas aos efeitos da pesquisa nos participantes são realidades estruturantes das pesquisas. Antes, durante e após a aprovação institucional, os pesquisadores são orientados por aspectos legais e por códigos éticos profissionais (mesmo para além das preocupações específicas da investigação).

O investigador tem obrigações morais e legais para com os indivíduos envolvidos no seu estudo. Os participantes têm direitos e o investigador tem determinadas responsabilidades. Trata-se de uma área complexa e não existe uma resposta única a aplicar em todas as situações. No entanto, existem algumas estratégias chave (Singleton e Straits, 1999):

- O investigador não deve expor os participantes a um risco acrescido de lesão física ou psicológica, a menos que os benefícios da participação excedam os riscos e os sujeitos informados decidam participar;
- Os participantes devem ser informados de que a sua participação é voluntária e de outros aspectos da pesquisa que possam influenciar o seu envolvimento;
- No caso de algum imprevisto, o investigador deve informar os participantes do mesmo, logo que possível;
- O investigador deve utilizar todos os meios possíveis para proteger a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes na pesquisa.

Para Cormack (1996) os investigadores encontram-se limitados pelos seus códigos profissionais assim como pelos guias de orientação da pesquisa em geral; contudo, a honestidade e a integridade intelectual devem ser sempre requisitos básicos no processo de investigação.

Figueiredo (1995) refere que a investigação em enfermagem requer dois princípios fundamentais: rigor e integridade. Estes princípios devem aplicar-se a todos os tipos de investigação. Acrescenta ainda esta autora que o investigador deve ter em conta um sistema de valores éticos específico, uma vez que a investigação nesta área afecta vidas humanas e pode ter implicações morais e legais de longo alcance (Figueiredo, 1995).

Quando os trabalhos de pesquisa envolvem adolescentes, por vezes menores (de idade), a complexidade do ponto de vista ético e científico aumenta (Findholt e Robrecht, 2002). Estas autoras defendem a aplicação dos princípios éticos de “respeito” (requer que o investigador considere todos os indivíduos como agentes autónomos com capacidade para estabelecer os seus objectivos pessoais e tomar uma decisão informada), de “beneficência” (o investigador deve ponderar os benefícios potenciais a nível individual e social e a possibilidade de danos) e de “justiça” (requer que o indivíduo ou a população tenha igual oportunidade para participar e obter os ganhos potenciais da pesquisa e ainda que a probabilidade de participar na mesma seja partilhada equitativamente e não imposta de forma a afectar apenas alguns indivíduos ou populações).

Assim, tendo em consideração os princípios éticos anteriormente referidos, respeitamos um conjunto de procedimentos que passamos a expor.

Em relação às Instituições

- Pedidos de autorização aos Conselhos de Administração e às Comissões de Ética das Instituições de Saúde seleccionadas, respeitando as normas em vigor nas mesmas;

Em relação às adolescentes e respectivas famílias:

- Pedido de consentimento informado. Conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983). A solicitação de consentimento incluiu a oportunidade das participantes levantarem as questões que julgaram necessárias; a informação fornecida visou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto e o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso tivesse como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada. Foi ainda assegurada privacidade durante a colheita de dados e a confidencialidade destes.

### 3.2. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados é a etapa subsequente à recolha da informação no período de observação; torna-se necessário tratar e sistematizar a informação obtida de forma a dar resposta às hipóteses ou perguntas de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003). Segundo estes autores, a análise de dados compreende várias operações, nomeadamente: (i) descrição e preparação (tratamento) dos dados; (ii) análise das relações entre as variáveis e (iii) comparação dos resultados observados com os resultados esperados. Quivy e Campenhoudt (2003) referem ainda que estes princípios podem ser aplicados quer aos métodos dedutivos quer aos indutivos.

Para Davis e Smith (1992, p.60) “o *tratamento de dados é simultaneamente um dos aspectos mais fascinantes da investigação e um dos mais exigentes; o investigador deve ter consciência das consequências para a investigação dos erros que possam ser cometidos a este nível*”. Miles e Huberman (1994) definem tratamento de dados como um processo sequencial, sistemático e coerente de verificação e salvaguarda de dados, seguidos de operações mais ou menos complexas para compreender o seu sentido. Definem ainda análise de dados como o processo que envolve quatro operações:

redução, apresentação, verificação e inferências.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) a maior parte dos métodos de análise da informação depende fundamentalmente de uma de duas grandes categorias: a análise estatística dos dados e a análise de conteúdo. Embora o quantitativo e o qualitativo não devam ser dicotomizáveis, podemos considerar que estes últimos introduziram mudanças significativas na análise (Richards e Richards, 1998; Lee e Fielding, 1991; Polit e Hungler, 1997), particularmente quando se considera o forte contraste com a estruturada natureza numérica dos dados quantitativos. Existem diferenças epistemológicas entre a pesquisa qualitativa e quantitativa que tem profundas implicações na análise dos dados.

O presente estudo envolve material de tipo quantitativo e qualitativo. A informação de carácter qualitativo foi trabalhada com base em técnicas de análise de conteúdo (temática). Com o objectivo de minimizar a subjectividade que este método implica, utilizamos estratégia defendida por Ghiglione e Matalon (1992) e Doyle (2001), que consiste em mobilizar, a nível da análise, segmentos de discurso das adolescentes e das respectivas famílias.

Uma etapa preliminar à análise de conteúdo do material colhido através das entrevistas correspondeu à sua transcrição. Após leituras e releituras das respostas e narrativas das inquiridas, tentamos identificar sentidos e significados. Tendo como referência as unidades de análise do estudo e os temas emergentes nas respostas, identificamos um conjunto de unidades de registo. Ainda no decurso do processo de análise destas unidades, identificamos diversas categorias. Seguindo as recomendações de Miles e Huberman (1994) criamos uma "primeira lista" de códigos e categorias. As categorias assim criadas e a taxinomia obtida evoluíram ao longo dos sucessivos processos de análise, tendo em atenção a necessidade de obter categorias mutuamente exclusivas e que simultaneamente permitissem a classificação de toda a informação (Weisberg, Krosnick e Bowen, 1996). Este método (método comparativo) defendido por Glaser e Strauss (1967) facilitou a organização das categorias, a percepção do seu significado e a triangulação com o enquadramento teórico em emergência.

O sistema de categorização obtido teve por objectivo condensar os dados em bruto e fornecer uma representação simplificada da informação (Pourtois e Desmet, 1988). Os processos de identificação de indicadores e de categorização respeitaram o enquadramento teórico-metodológico do projecto, os objectivos da pesquisa e a natureza da informação. Todas as categorias foram codificadas e o

código transcrito para uma base de dados. Foi nosso objectivo, com esta estratégia, adquirir um conhecimento mais pormenorizado sobre o discurso das adolescentes e das respectivas famílias.

Após todos estes procedimentos, que culminaram com a categorização e codificação da informação, dispúnhamos igualmente de conteúdos relevantes das entrevistas (segmentos do discurso das adolescentes e das respectivas famílias). Este processo foi moroso devido à sua complexidade e recursividade.

Como se pode verificar, o processo de tratamento da informação foi um dos pólos mais importantes da pesquisa, dada a natureza da informação que foi possível mobilizar. A informação referente às questões desta primeira parte é apresentada em quadros de distribuição de frequência e em quadros que incluem diversos cruzamentos. Convém referir que é ainda mobilizada a propósito da análise direccionada para as diversas dimensões do estudo.

A informação de tipo quantitativo foi trabalhada com apoio da estatística descritiva e inferencial - análise de variância, correlação linear e análise discriminante. Optou-se por ter sempre como referência a metodologia de tratamento da informação utilizada pelos autores dos estudos de referência (estudos que enquadram as primeiras versões dos instrumentos de recolha de informação e estudos de validação para o contexto português).

Uma das estratégias utilizadas no nosso estudo foi a triangulação. A triangulação consiste na combinação de duas ou mais teorias, métodos, fontes de dados, investigadores ou métodos de análise no estudo do mesmo fenómeno (Burns e Grove, 2001). Cohen e Manion (1980) definem triangulação como a utilização de dois ou mais métodos de recolha de informações no estudo do comportamento humano. Estes autores distinguem vários tipos de triangulação na pesquisa: temporal, espacial, por combinação de níveis, teórica, de observadores, metodológica, de fontes e interna.

Recorremos, neste estudo, a dois tipos de triangulação: triangulação metodológica e de fontes. Diversas dimensões do estudo foram estudadas, por exemplo, com recurso à entrevista semi-estruturada e a um dos questionários (triangulação metodológica). Por outro lado, para o estudo de outras dimensões recorreremos à descrição e comparação entre a percepção da adolescente e da família de origem (triangulação de fontes).



PARTE III - IDENTIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REALIDADES  
E DISCURSOS

## 1. A ADOLESCENTE, O COMPANHEIRO E A FAMÍLIA

A adolescência, período de mudança, representa uma fase charneira para a construção da identidade. Aprender a estabelecer um relacionamento interpessoal e a adaptar o comportamento sexual às expectativas da sociedade é um componente essencial do processo de construção da identidade.

Na adolescência, a maturidade biológica antecede a aquisição de competências na área da gestão do comportamento e das emoções. Esta discrepância torna as adolescentes vulneráveis às consequências do estabelecimento de um relacionamento interpessoal e da experimentação sexual precoces.

A intimidade e a actividade sexual responsável requerem competências a nível comportamental. Para os adolescentes, uma área essencial da competência comportamental é a competência de comunicação interpessoal. Esta competência de comunicação é necessária para o estabelecimento de uma relação mútua benéfica, para evitar as oportunidades de relacionamento sexual com um parceiro indesejável, para resolver os conflitos interpessoais e para recusar os "avanços indesejáveis" em matéria de atenção sexual.

Este hiato a nível da maturidade comportamental relacionado com a intimidade interpessoal e sexual pode ser também exacerbado pelas expectativas do papel do género. Frequentemente, os homens controlam a natureza do relacionamento heterossexual e assumem apenas uma pequena responsabilidade pelas consequências do controle que exercem (Gilchrist e Schinke, 1987).

Na maior parte dos casos, cabe à família o papel de testemunha, de companheira e de protagonista de todos estes acontecimentos. Este papel induz, por vezes, a ocorrência de problemáticas paradoxais e implica que estes acontecimentos digam respeito não só à adolescente mas também aos seus pais e a toda a família (Schmit, 1997). Este autor, recorda que o conceito de adolescência não define uma etapa evolutiva natural mas que se impõe num contexto cultural particular, marcado pela importância do papel da família na passagem da infância para a idade adulta.

Iniciamos, com este capítulo, a análise da informação recolhida no decurso do trabalho de campo. Pretende-se caracterizar o grupo das adolescentes, os seus companheiros, a família e o ambiente familiar.



Mobilizaremos, neste processo de análise, informação recolhida através da entrevista e do questionário relativo ao ambiente familiar. A propósito de diversas dimensões em estudo apresentaremos as narrativas das adolescentes.

Em todo este processo de análise da informação, as narrativas das adolescentes revelam-se estruturantes para a compreensão do contexto da gravidez. Após a ocorrência de um acontecimento importante nas suas vidas, as narrativas constituem uma forma de recrearem ou representarem esse mesmo evento; o foco das narrativas situa-se numa situação concreta e na reflexão pessoal que esta suscitou para a adolescente. A narrativa, enquanto "actividade que produz enredos" (Ricoeur, 1984), foi uma forma das adolescentes verbalizarem as suas "histórias experienciais", não apenas com o intuito de descreverem "o que aconteceu"; na atitude e no discurso das adolescentes pode identificar-se um processo criativo, no qual mais ou menos objectivamente a adolescente vislumbra uma nova experiência. A adolescente, após a vivência deste novo (e marcante) acontecimento, vislumbra "uma luz" naqueles que serão "o seu caminho" e o caminho "do seu menino".

## 1.1. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES E COMPANHEIROS

A generalização da contracepção permitiu às mulheres ter uma vida sexual activa sem estarem expostas ao risco de gravidez. Esperava-se, como refere Le Van (1998) que as mulheres passassem a usufruir a liberdade que a dissociação entre sexualidade e fecundidade permite, em vez de optarem pela maternidade sobretudo numa época em que, como os homens, as mulheres estudam e acedem ao mercado de trabalho. Esta expectativa levou à emergência de uma nova imagem de mulher e ao estabelecimento de uma idade socialmente aceite para a ocorrência de gravidez (Le Van, 1998).

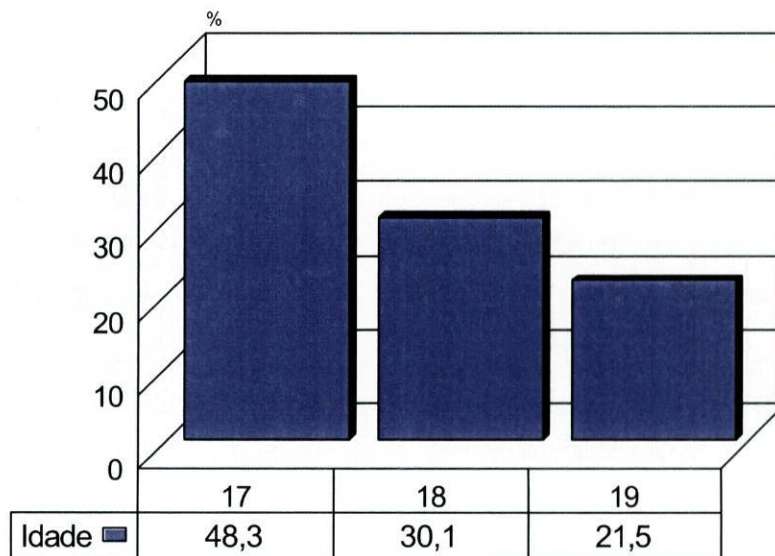
A elevação da idade para a ocorrência da primeira gravidez teve como consequência a diminuição do número de gravidezes precoces. No entanto, este fenómeno também veio enfatizar o comportamento de certa forma marginal das adolescentes que não cumprem este contrato social (Le Van, 1998).

Para Le Van (1998) a gravidez tem sentido quando inscrita na história pessoal da adolescente e também na história relacional do casal que esta

construiu com o seu companheiro. Este pode ser o principal responsável no processo que conduziu à gravidez.

Examinemos a situação pessoal das adolescentes e o contexto da relação com o companheiro.

Gráfico 1 - Idade das adolescentes



Pela observação do Gráfico 1, constatamos que 48.3% das adolescentes têm 17 anos de idade; 30.1% 18 anos e 21.5% 19 anos. A idade é uma das variáveis que mais preocupações suscita nas investigações situadas na área da gravidez na adolescência, fornecendo algumas indicações que não devem ser ignoradas.

As mães com idade inferior ou igual a 18 anos apresentam uma maior probabilidade de associação a um meio socio-económico pobre. Esta probabilidade diminuiria cerca de 2.5% por cada ano que a adolescente adia a maternidade para depois dos 18 anos (Monahan, 2002). As mães adolescentes têm ainda uma maior probabilidade de apresentar problemas de saúde física e mental, baixo nível de escolaridade, emprego mal remunerado e pouco diferenciado, em relação aos seus pares sem filhos (Monahan, 2002; DiCenso, Guyatt, Griffith e Willan, 2002; Meschke, Bartholomae e Zentall, 2000; Luster e Mittelstaedt, 1993).

As consequências que observamos para as mães adolescentes indicam que as suas crianças estão frequentemente expostas a numerosos factores de risco. Segundo Logsdon, Birkimer, Ratterman e outros (2002) e Monahan (2002) as crianças nascidas de mães com idade inferior ou igual a 17 anos apresentam baixo peso à nascença e elevada mortalidade, em relação aos filhos de mulheres adultas. Por sua vez, as crianças que nascem com baixo peso apresentam três vezes mais probabilidade de sofrerem complicações neurológicas, em relação às crianças que nascem com peso normal. Estas crianças também apresentam risco de problemas de desenvolvimento a longo prazo (Monahan, 2002; Luster e Mittelstaedt, 1993).

Juszczak (1992) refere ainda que 20% das mães com idade compreendida entre os 15 e os 17 anos de idade engravidam novamente dois anos após a primeira gravidez e 41% três anos depois da primeira gravidez. A suposição de que a experiência de gravidez e maternidade e as suas consequências incentivavam a utilização de métodos de contracepção está errada.

Por estes motivos a maternidade precoce representa elevados custos sociais e financeiros (DiCenso, Guyatt, Griffith e Willan, 2002; Luster e Mittelstaedt, 1993). Monahan (2002) refere que anualmente são pagos aproximadamente 6.9 biliões de dólares em subsídios a mães com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos e que se regista um aumento de gastos com cuidados de saúde, assistência social e sistema judicial.

Quadro 4 – Habilitações literárias das adolescentes

Habilitações literárias	nº	%
Inferior ao 4º ano	1	0.5
4º ano	24	11.5
6º ano	92	44.0
9º ano	77	36.8
12º ano	15	7.2
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Considerando a idade das adolescentes que constituíram a nossa

amostra, podemos verificar (Quadro 4) que apresentavam um nível de escolaridade relativamente baixo: 56% tinham um nível de escolaridade inferior ao 9º ano. É importante salientar que na altura em que efectuamos a colheita de dados a escolaridade mínima obrigatória era de 9 anos. Apenas 7.2% das adolescentes frequentaram o 12ºano.

Embora as adolescentes do nosso estudo apresentem um baixo nível de escolaridade, registamos um ligeiro aumento do nível de escolaridade em relação a estudos realizados anteriormente em Portugal. Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) realizaram um trabalho que tinha como objectivo a caracterização social e demográfica das grávidas adolescentes que tiveram pelo menos uma consulta numa maternidade do Grande Porto, verificaram que apenas 16.3% das adolescentes possuíam a escolaridade obrigatória; a maioria (83.7%) tinha uma escolaridade inferior ao 9º ano. Abreu (1998) observou que a maioria das adolescentes estudadas (76.2%) possuía uma escolaridade situada entre o 4º e o 6º ano de escolaridade; apenas 23.8% possuíam o 9º ou o 11º ano de escolaridade. Jongenelen (1998), também concluiu que as grávidas adolescentes que participaram no seu estudo possuíam na sua maioria uma escolaridade baixa. Lereno e outros (1996), cujo estudo incidiu em alguns aspectos da inserção social das mães adolescentes, verificaram que 81% das adolescentes do grupo de estudo possuía apenas o 4º ano de escolaridade; 15.1% possuía o ensino secundário e 3.8% eram analfabetas.

Segundo vários autores, o estatuto educacional é um dos indicadores mais importantes para um eventual emprego e para a independência económica (Neinstein, Rabinovitz e Schneir, 1996; Juszczak, 1992).

Outros autores apontam a existência de uma relação entre o número de anos de escolaridade da grávida e a taxa de mortalidade perinatal, peso ao nascer e taxa de anomalias neurológicas de crianças até um ano de idade. Coloca-se a hipótese desta associação não se dever à redução dos problemas que ocorrem durante a gravidez devido à escolaridade, mas ao número de anos de escolaridade, o que é um bom indicador das condições sócio-económicas (Gretchen e outros, 1996; Sweeney, 1996).

Sabendo que a gravidez e a maternidade comprometam o nível educacional da adolescente e, conseqüentemente, privam-na dos benefícios que a educação pode exercer na sua saúde e que o baixo nível de educação também pode constituir um factor de risco para a saúde, questionamos as

adolescentes quanto à frequência escolar.

Quadro 5 – Frequência escolar das adolescentes

Frequência escolar	nº	%
Sim	30	14.4
Não	179	85.6
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Como se pode verificar no Quadro 5 a maioria (85.6%) das adolescentes já não frequentavam a escola na altura em que foi realizada a entrevista. Destas 69.3% tinham abandonado a escola há um e mais anos. Estes dados são consistentes com os encontrados por Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003). Estas autoras verificaram que por altura da concepção a percentagem de adolescentes que já não frequentava a escola era elevada (71.2%) e que o panorama se agravava passadas 24 semanas de gravidez, dado que esta percentagem aumentava significativamente (86.5%).

Identificamos ainda os motivos que levaram estas adolescentes a abandonar os estudos.

Quadro 6 – Motivos que levaram as adolescentes a abandonar os estudos

Motivos do abandono	nº	%
Desinteresse	142	79.3
Gravidez	24	13.4
Dúvidas sobre o curso	3	1.7
Não frequentar o curso desejado	7	4.0
Influência da escola	2	1.1
Não sabe	1	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100.0</b>

Juszczak (1992), refere que a consequência mais imediata e óbvia da gravidez na adolescência é a interrupção dos estudos. Este não foi o principal

motivo que fez com que as adolescentes que participaram no nosso estudo abandonassem a escola. Das adolescentes que já tinham abandonado a escola no momento da entrevista (Quadro 6), 79.3% referiram que o fizeram por desinteresse pelos estudos. Apenas 13.4% atribuiu o abandono à ocorrência de gravidez e 1.1% referiu que foi por influência da escola (os professores foram responsáveis pela motivação para o abandono). Estes resultados sugerem que o abandono escolar e a falta de aspiração vocacional constituem factores de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência (Deschamps e Alvin, 1997; Neinstein, Rabinovitz e Schneir, 1996; Schubiner, Robin e Neinstein, 1996).

De uma forma geral, é desejável que as adolescentes retomem os estudos após o nascimento da criança. O elevado nível educacional traduz um bom prognóstico familiar e social (Dechamps e Alvin, 1997). Por este motivo questionamos as adolescentes relativamente a projectos para o futuro em termos de escolaridade ou de formação profissional.

Quadro 7 – Projectos para o futuro (escolaridade ou formação profissional)

Projectos	nº	%
Continuar os estudos	96	45.9
Não pensa continuar	67	32.1
Não sabe	46	22.0
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Tal como se pode observar no Quadro 7, 45.9% das adolescentes referiram que pensavam continuar os estudos depois do parto. Este resultado corrobora a literatura consultada, que refere que depois do nascimento das suas crianças, muitas jovens mães expressam o desejo de continuar os estudos. De facto, na última década registou-se um aumento do número de mães adolescentes que completaram o ensino secundário (Juszczak, 1992). Existem alguns factores que têm sido apontados como facilitadores deste processo: o apoio social e a ausência de novas gravidezes.

Voltando ao quadro anterior, 32.1% da nossa amostra referiu que não pensava voltar a estudar e 22% manifestou indecisão. Segundo Canavarro e Pereira (2001), a gravidez na adolescência parece agravar as dificuldades no

prosseguimento da escolaridade. As mães adolescentes possuem geralmente, menos anos de escolaridade em relação às adolescentes que adiam a maternidade para a idade adulta (Neinstein, Rabinovitz e Schneir, 1996; Juszczak, 1992). Mais de metade das adolescentes que têm o seu primeiro filho entre os 15 e os 17 anos não completam o ensino secundário com o seu grupo de pares (Neinstein, Rabinovitz e Schneir, 1996). As dificuldades académicas anteriores à ocorrência da gravidez podem desempenhar um importante papel na decisão de abandonar a escola, mas a importância deste factor não é muito claro (Juszczak, 1992). Segundo Levine, Carey e outros (1983), as adolescentes grávidas que abandonam a escola apresentam um elevado risco de engravidar de novo durante a adolescência.

Intimamente relacionado com o abandono escolar está, frequentemente, a diminuição das oportunidades de emprego para as jovens mães. A par do baixo nível educacional surgem os empregos que exigem menos competências, menor satisfação profissional e más perspectivas em relação ao mercado de trabalho (Juszczak, 1992; Levine, Carey e outros 1983).

Quadro 8 – Situação profissional das adolescentes

Situação profissional	nº	%
Desempregada	109	52.2
Estudante	26	12.4
Estudante e trabalhadora	4	1.9
Empregada	70	33.5
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Relativamente à situação profissional das adolescentes (Quadro 8), a maioria (52.2%) referiu estar desempregada; 33.5% encontram-se empregadas; 12.4% referiu ser estudante e 1.9% estudante e trabalhadora. Estes resultados estão em consonância com a literatura, segundo a qual as mães adolescentes apresentam uma maior probabilidade de se encontrarem desempregadas.

Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) verificaram que na altura da concepção uma percentagem significativa (40.4%) de adolescentes tinha emprego, mas no segundo trimestre de gravidez apenas uma percentagem

reduzida (24%) de adolescentes se encontrava empregada. Jongenelen (1998) encontrou resultados idênticos: grande parte das adolescentes não exercia qualquer actividade escolar e profissional. Lerenó e outros (1996), também verificaram nas adolescentes que participaram no seu estudo que uma elevada percentagem não tinha ocupação e que era diminuta a percentagem de estudantes. Silva (1992), no seu estudo sobre a relevância clínica da intervenção pré-natal em adolescentes, também verificou ser diminuto o número de estudantes. Resultados diferentes foram encontrados por Abreu (1998). No seu estudo, esta autora verificou uma menor percentagem de adolescentes desempregadas (33.3%) e uma maior percentagem de estudantes e domésticas (23.8%). A nível internacional Lipovsek, Karin, Gutierrez e outros (2002) realizaram um estudo para responder à questão: porquê que algumas adolescentes em La Paz (Bolívia) engravidam, enquanto que outras nas mesmas circunstâncias evitam a gravidez precoce? Utilizando métodos qualitativos e quantitativos baseados num desenho caso-controle, verificaram que cerca de um terço das adolescentes que pertenciam ao grupo dos casos não frequentavam a escola a tempo inteiro nem trabalhavam, comparadas com 76% das adolescentes que pertenciam ao grupo de controle.

Quadro 9 – Profissão exercida pela adolescente

Profissão	nº	%
Profissões intermédias	1	0.5
Profissões especializadas não manuais	36	19.7
Profissões especializadas manuais	4	2.2
Profissões semi-qualificadas	24	13.1
Profissões sem qualificação	9	4.9
Sem profissão	109	59.6
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>

Relativamente à profissão das adolescentes, como referimos na metodologia do estudo, utilizamos a Classificação Nacional das Profissões (versão de 1994). Consideramos nesta distribuição 183 adolescentes: empregadas, estudantes trabalhadoras e desempregadas. As restantes 26 são



estudantes (foram omitidas da distribuição dado não se enquadrarem em nenhuma das categorias previstas na Classificação Nacional das Profissões). Gostaríamos de referir que as estudantes e simultaneamente trabalhadoras aparecem neste quadro como trabalhadoras.

Como podemos observar no Quadro 9, a maioria (19.7%) das adolescentes referiram exercer uma profissão incluída no grupo das profissões especializadas não manuais (grupo 4 e 5 da CNP); 13.1% uma profissão incluída no grupo das profissões semi-qualificadas (grupo 7 e 8 da CNP) e 0.5% uma profissão incluída no grupo das profissões intermédias (grupo 3 da CNP).

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003). A maioria (43.3%) das adolescentes que constituíram a amostra destas autoras tinha uma profissão manual não especializada e poucas (1.9%) eram as que tinham uma profissão manual especializada ou não manual especializada (4.8%) e 39.4% não tinham profissão. Abreu (1998) verificou que a maioria (57.1%) das adolescentes exercia uma profissão correspondente a trabalhadores semi-especializados e 40.5% exerciam uma profissão correspondente a trabalhadores não especializados. Só uma adolescente exercia uma profissão qualificada. Silva (1992) também constatou a existência de uma escassa diferenciação profissional entre as adolescentes que participaram no seu estudo.

Segundo Logsdon, Birkimer, Ratterman e outros (2002) muitas mães adolescentes são solteiras e desempregadas, dependendo da sua família (apoio material) para satisfazer as suas necessidades mais básicas e as da sua criança. Esta situação torna a adolescente novamente dependente da sua mãe o que normalmente provoca conflitos e problemas de relacionamento, particularmente, quando a mãe da adolescente se manifestou zangada com a ocorrência de gravidez.

Quadro 10 – Forma como as adolescentes ocupavam o tempo livre antes da ocorrência da gravidez

Ocupação dos tempos livres	%
Desporto	13.4
Actividades organizadas	5.7
Café	32.5
Discoteca	26.8
Cinema	49.3
Televisão	68.4
Música	30.6
Leitura	48.3
Computador	3.8
Encontro com amigos	4.8
Namorar	4.8
Passear	3.8
Trabalhar	69.9
Outras	5.7

Relativamente à ocupação dos tempos livres (Quadro 10), é importante realçar que as adolescentes podiam referir mais que uma actividade (as classes não são mutuamente exclusivas). Assim, é interessante verificar a elevada percentagem (69.9%) de adolescentes que referiram “trabalhar nos tempos livres”, o que sugere a inexistência ou a pouca relevância dos espaços lúdicos. Segundo Braconnier e Marcelli (2000) o adolescente transfere gradualmente o seu interesse pelo jogo e pela aprendizagem para o interesse pelas actividades sociais e pelo trabalho voluntário escolhido. Um interesse excessivo e duradouro pelas actividades lúdicas ou uma atitude de passividade face a uma tarefa de aprendizagem, são desvantagens relativamente ao que espera o adolescente. Este deverá investir gradualmente no trabalho escolar ou profissional e quando o adolescente sente satisfação pelo trabalho que realiza, pelo êxito no exercício de uma tarefa, vence uma fase importante do seu desenvolvimento.

A segunda opção das adolescentes relativamente à ocupação de tempos livres antes da ocorrência da gravidez era ver televisão com 68.4%; o cinema constituía a terceira opção para a ocupação de tempos livres, com 49.3%; em

quarto lugar com 48.3% estava a leitura. Apenas 13.4% das adolescentes praticava desporto e 5.7% desenvolvia outras actividades como escrever, pintar e bordar. No estudo realizado em 1998, Abreu verificou que a maioria das adolescentes via televisão, lia romances e ouvia música; apenas um número reduzido de adolescentes referiu o trabalho.

Embora de forma questionável, a televisão e o cinema estão frequentemente associados ao início precoce da actividade sexual, já que exibem frequentemente diferentes tipos de actividade sexual, raramente fazendo referência às suas consequências negativas, como a gravidez ou as doenças sexualmente transmissíveis (Orr, 2002; Brown e Cromer, 1996). Estas últimas podem ter consequências a longo prazo a nível da fertilidade, podem ser causa de cancro ou de outros problemas de saúde (Orr, 2002).

Embora o estudo citado por Orr (2002) refira que alguns adolescentes manifestaram ter recebido informação útil através da televisão acerca da prática de sexo seguro e de como recusar a actividade sexual, esta não é a norma. Os adolescentes passam em média cerca de doze horas por semana a ver televisão, constituindo o alvo preferencial de muitos filmes. Muitos anúncios comerciais proporcionam modelos de atracção sexual para facilitar a venda dos produtos que promovem (Orr, 2002; Brown e Cromer, 1996).

No entanto, não se deve presumir uma relação causal entre a exposição ao cinema e à televisão e o subsequente comportamento sexual. O facto dos adolescentes que vêm muita televisão apresentarem uma maior probabilidade de serem sexualmente activos, pode apenas reflectir o nível sócio-económico ou a falta de supervisão dos pais (Brown e Cromer, 1996).

Não podemos também deixar de referir o impacto de outros meios de comunicação, nomeadamente, as revistas e os livros. Uma das características destes é também explicitar imagens de cariz sexual. Todos os "mass media" utilizam modelos jovens e atraentes para vender produtos, desde cosméticos a "jeans" (Brown e Cromer, 1996; Braverman e Strasburger, 1993; Gilchrist e Schinke, 1987). A ausência de uma ocupação planeada e sistematizada de tempos livres é apontada por muitos autores como um dos factores que pode estar na origem da opção pela maternidade precoce (Braverman e Strasburger, 1993).

*"Os adolescentes de hoje, não são muito diferentes dos de ontem. Eles andam à procura, tal como os pais procuraram, do melhor caminho para o amor,*

só que os caminhos deles estão, agora, talvez, mais abertos; permitem-lhes outras escolhas. Isto é, os adolescentes podem ser diferentes nos seus comportamentos, mas não o são nos seus sentimentos" (Costa, 1999, p. 52). Segundo Levine, Carey e outros (1983) a fase tardia da adolescência é o período em que ocorrem as paixões. Normalmente, nesta fase os jovens deixam de dar tanta importância ao grupo de pares e investem mais numa relação íntima, carinhosa.

Quadro 11 – Idade do companheiro da adolescente

Idade do companheiro	nº	%
= 16 anos	8	3.8
17 – 21	94	45.0
22 – 26	87	41.6
27 – 31	18	8.6
32 – 36	2	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

No nosso estudo (Quadro 11), 48.8% dos companheiros das adolescentes tem idade compreendida entre os 16 e os 21 anos; 41.6% entre os 22 e os 26 anos e 9.6% entre os 27 e os 36 anos de idade.

Tal como sugerem os resultados, um número significativo de adolescentes do nosso estudo tem um companheiro também adolescente. Convém referir que, dos companheiros com idade até 21 anos (102) 57 possuem até 19 anos. O impacto da paternidade na adolescência é menos dramático que a maternidade. Em parte, as diferenças provêm da grande facilidade com que o pai adolescente abandona a sua responsabilidade (Juszczak, 1992). Os pais adolescentes representam ainda um grupo menor do que o das mães adolescentes: em 1985, 45% das mães adolescentes referiram que o pai do seu filho tinha uma idade igual ou superior a 20 anos, 18% referiram que tinha idade inferior a 20 anos e 37% não referiram a sua idade (Juszczak, 1992).

Quase dois terços das mães adolescentes têm companheiros com idade superior a 20 anos (Academia Americana de Pediatria, 1999b). Normalmente, os pais das crianças filhas de mães adolescentes tendem a ser mais velhos 2 a 4

anos que as adolescentes (Juszczak, 1992). Vários investigadores explicaram este facto como resultante do processo de socialização, isto é, da responsabilidade das normas culturais acerca do comportamento apropriado ao modelo sexual. Segundo estas normas, o marido não deve apenas ser mais alto que a esposa (aparência de superioridade) como também mais velho (vantagem de possuir mais informação e experiência). Kenrick, Gabrielidis, Keefe e outros (1996), também acreditam que esta atracção das adolescentes por homens mais velhos se deva à influência dos "mass media".

Costa (1999), refere que muitas adolescentes se sentem sós e com necessidade de protecção. Uma relação com um homem mais velho oferece-lhes, inicialmente, companhia e protecção e ainda o estatuto de pessoa "crescida", uma vez que mantém uma relação com um adulto que a rodeia de sonhos e promessas.

Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) constataram que a idade dos pais dos bebés variava entre os 14 e os 37 anos, sendo a média de idades de 21 anos. No seu estudo, Abreu (1998) verificou que apenas 28.6% dos pais eram adolescentes; 71.4% tinham idade igual ou superior a 20 anos. Jongenelen (1998) verificou que a maioria dos companheiros das adolescentes que participaram no seu estudo tinha idade compreendida entre os 18 e os 21 anos e apenas um pequeno número tinha idade inferior a 18 anos.

Um dos aspectos melhor fundamentados na literatura sobre o relacionamento heterossexual é o princípio de que os indivíduos tendem a seleccionar um companheiro semelhante a si próprio. Esta relação de semelhança/atracção encontrada inclui a atracção física, a beleza, a religião, a personalidade, as atitudes políticas e os hábitos pessoais. Podemos atribuir este fenómeno ao facto das pessoas estarem mais frequentemente expostas a contextos semelhantes. A simples exposição é em si um factor que aumenta a possibilidade de atracção (Kenrick, Gabrielidis, Keefe e outros, 1996). Estas semelhanças podem estender-se ao nível de escolaridade.

Quadro 12 – Habilitações literárias do companheiro da adolescente

Habilitações literárias	nº	%
4º ano	3	1.4
6º ano	21	10.0
9º ano	82	39.2
12º ano	73	34.9
Não sabe / não responde	30	14.4
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Do Quadro 12, importa realçar o elevado número (30) de adolescentes que desconhecia o nível de escolaridade do companheiro. Face aos resultados disponíveis, embora os companheiros apresentem um nível de escolaridade mais elevado que as adolescentes, o seu nível de escolaridade também é baixo: 11.4% possui uma escolaridade compreendida entre o 4º e o 6º ano; 39.2% possui o 9º ano e 34.9 % possui o 12º ano de escolaridade. É ainda importante referir que apenas 5.7% dos companheiros das adolescentes frequentavam a escola/universidade na altura em que se realizou a entrevista.

Uma vez que um número significativo de companheiros das adolescentes da nossa amostra é também adolescente, é importante salientar que os pais adolescentes têm algumas características semelhantes às mães adolescentes: os pais adolescentes apresentam uma maior probabilidade de terem mau aproveitamento escolar, maior taxa de abandono escolar, recursos financeiros limitados a rendimentos reduzidos, relativamente aos seus pares da mesma idade que não são pais (Academia Americana de Pediatria, 1999b; Juszcak, 1992).

Embora os resultados sejam menos graves, a paternidade na adolescência também tem impacto a nível da realização educacional, vocacional e psicossocial do adolescente (Juszcak, 1992).

Quadro 13 – Profissão do companheiro da adolescente

Profissão do companheiro	nº	%
Profissões intermédias	4	2.0
Profissões especializadas não manuais	42	21.3
Profissões especializadas manuais	8	4.1
Profissões semi-qualificadas	62	31.5
Profissões sem qualificação	48	24.4
Outros	4	2.0
Sem profissão	24	12.2
Profissão omitida	5	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>100.0</b>

Antes de procedermos à análise do Quadro 13 queremos referir que o total desta tabela é de 197 porque 12 (5.7%) dos companheiros da adolescente eram estudantes, não sendo contemplados na tabela da classificação das profissões.

Segundo as normas culturais acerca do comportamento adequado ao modelo sexual, as mulheres tendem a escolher homens de um nível sócio-económico mais elevado (Kenrick, Gabrielidis, Keefe e outros, 1996). Como podemos observar no quadro anterior, não parece ter sido com intenção de elevar o seu nível social que as adolescentes da nossa amostra se envolveram com os companheiros, uma vez que as categorias profissionais destes são idênticas (genericamente) às das adolescentes. Nenhum destes exerce uma profissão incluída no grupo de profissões superiores (grupo 1 e 2 da CNP) e apenas 2% exercem uma profissão pertencente ao grupo das profissões intermédias (grupo 3 da CNP). A maioria (31.5%) exerce uma profissão pertencente ao grupo das profissões semi-qualificadas (grupo 7 e 8 da CNP); 24.4% exerce uma profissão incluída no grupo das profissões sem qualificação (grupo 9 da CNP); 21.3% exerce uma profissão incluída no grupo das profissões especializadas não manuais (grupo 4 e 5 da CNP); 12.2% encontram-se desempregados; 2.5% das adolescentes omitiram a profissão do companheiro.

No estudo de Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) a maioria (51.9%) dos companheiros das adolescentes exerciam uma profissão especializada não manual, mas também existiam casos em que os

companheiros tinham empregos manuais especializados (25%). Uma realidade escolar/profissional idêntica à do presente estudo foi também encontrada por Abreu (1998) e Jongenelen (1998).

Juszczak (1992) encontrou resultados similares. Refere que os pais adolescentes apresentam uma maior probabilidade de pertencerem a um nível sócio-económico baixo. Roye e Balk (1996) realizaram uma pesquisa sobre a relação entre o apoio do companheiro e as consequências para a mãe adolescente e para a criança e verificaram que os pais adultos com companheiras adolescentes (grupo 2) apresentavam mais semelhanças socio-económicas com as adolescentes do que os pais adultos com companheira adulta (grupo 1). Enquanto estes apresentam mais anos de escolaridade e possuem melhores empregos, os do grupo 2 apresentam menos anos de escolaridade e apresentam menos probabilidade de estarem empregados ou de terem bons empregos.

É importante referir que a profissão do companheiro da adolescente, como reflexo do nível socio-económico, aparece frequentemente relacionada com a incidência de prematuridade e mortalidade infantil. Alguns estudos indicam que a menor incidência de mortes perinatais ocorrem nos casos em que o pai da criança ocupa um cargo de destaque social, enquanto que as taxas de morte mais elevadas são encontradas nas situações em que o pai está completamente ausente. Entre estes dois parâmetros, a incidência de perdas vai aumentando à medida que o nível sócio-económico decresce (Gretchen e outros, 1996).

À medida que um par se vai formando, a sua intimidade vai aumentando, podendo passar pelo "curtir", pelo "andar com", até ao namorar. As primeiras experiências são partilhadas frequentemente com o grupo ou com o amigo; seguidamente, à medida que se vai fortalecendo o vínculo e enfraquecendo a importância do grupo, o rapaz e a rapariga deixam de divulgar a sua intimidade, iniciando então uma relação de compromisso. A partir deste momento, os namorados passam mais tempo juntos e descobrem-se mutuamente, tentam agradar um ao outro, fazem "juras de amor eterno", falam do futuro, constroem projectos (Costa, 1999).

Para identificar a forma como a adolescente construiu a sua relação com o companheiro, questionamos a adolescente sobre há quanto tempo o conhecia.



Quadro 14 – Distribuição das adolescentes segundo o tempo de conhecimento do companheiro

Conhecimento do companheiro	nº	%
< 1 ano	17	8.1
1 – 3 anos	133	63.6
= 4	56	26.8
Não sabe	3	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

A maioria (63.6%) das adolescentes da nossa amostra (Quadro 14) respondeu que conhecia o namorado entre um e três anos; 26.8% referiu que se conheciam há quatro e mais anos e apenas 8.1% indicou que se conheciam há menos de um ano. Estes resultados sugerem que a gravidez e a maternidade podem expressar a vontade de oficializar a relação, não apenas para testemunhar o seu envolvimento um ao outro, mas também para que a sua união seja reconhecida pelos outros. Muitas adolescentes pensam que a presença de uma criança impede os adultos de negar ou contestar a existência e a legitimidade da sua união (Le Van, 1998).

A gravidez na adolescência frequentemente não planeada e não desejada é referida anualmente por uma em cada dez adolescentes. As consequências da gravidez e do casamento durante a adolescência comportam múltiplos problemas, por vezes irreversíveis. A gravidez precoce e o casamento apresentam alguns pontos comuns. O principal ponto comum é que a gravidez precoce e o casamento estão frequentemente relacionados, embora com taxas menores que no passado. Estes casamentos nem sempre são benéficos para as adolescentes, para os companheiros e para as crianças (South e Baumer, 2001; Gilchrist e Schnike, 1987).

Os casamentos que ocorrem por motivo de gravidez, ou em que a gravidez ocorre imediatamente a seguir ao casamento, são particularmente problemáticos. Os casais em que em que esta situação acontece, tendem a apresentar um maior número de divórcios, menor nível de escolaridade, menor probabilidade de carreira profissional, menor nível de emprego e menor rendimento familiar (South e Baumer, 2001; Gilchrist e Schnike, 1987).

Em relação aos homens, aqueles que se casam mais tarde apresentam

um maior nível educacional, uma menor probabilidade de desemprego e uma maior probabilidade de estabilidade matrimonial (Gilchrist e Schnike, 1987).

No entanto, é importante salientar que embora actualmente as adolescentes apresentem atitudes mais permissivas em relação ao comportamento sexual, a maior parte delas não são promíscuas. As adolescentes acreditam que é necessário um certo envolvimento emocional antes do início da relação sexual. Para Braconnier e Marcelli (2000), os sentimentos que conduzem ao acto sexual distinguem as raparigas dos rapazes. Maioritariamente, as raparigas fazem amor por amor (60%); aproximadamente metade dos rapazes fá-lo por atracção ou por desejo físico: o amor só é referido por 38% deles. O sentimento é o elemento com que as raparigas se demarcam claramente dos rapazes.

Quadro 15 – Relacionamento da adolescente com o companheiro

Relacionamento com o companheiro	nº	%
Casados	32	15.3
Juntos	75	35.9
Noivos	24	11.5
Namoro	60	28.7
Separados	18	8.6
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Talvez por conhecerem efeitos negativos do casamento na adolescência apenas 15.3% das adolescentes se casaram durante este período (algumas adolescentes casaram anteriormente à ocorrência da gravidez) (Quadro 15); 11.5% estão a pensar formalizar a sua relação logo após o nascimento da criança; 35.9% das adolescentes decidiram viver apenas em coabitação. Ao recusar a institucionalização de deveres e obrigações, a coabitação apresenta-se aparentemente bem colocada para assegurar a preservação da autonomia individual em que assenta a base igualitária da relação conjugal moderna (Ferreira e Aboim, 2002). É também possível considerar que a coabitação reflecte o declínio das vantagens simbólicas, materiais e legais associadas ao casamento. O declínio do casamento poderá também ser fruto das mudanças trazidas pela modernidade. Mudanças como a diminuição da influência da igreja

ou a tendência para o alargamento da democratização dos direitos individuais e sociais terão eliminado discriminações legais e estigmatizações sociais que pesavam sobre outros tipos de relações de proximidade (Ferreira e Aboim, 2002).

Segundo a American Academy of Pediatrics (1999), a taxa de natalidade nas adolescentes solteiras tem vindo a subir uniformemente durante os últimos trinta anos. Entre nós Ferreira e Aboim (2002) referem que a maternidade adolescente ou jovem é mais característica das uniões de facto ou das situações de não coabitação.

É importante também referir que 8.6% das adolescentes da nossa amostra, na altura da entrevista já não tinham qualquer tipo de relacionamento com o pai da criança. Estes resultados estão em consonância com a literatura: "*Alguns pais desaparecem da vida das suas parceiras adolescentes, mas muitos tentam manter-se com elas*" (Academia Americana de Pediatria, 1999b, p. 172). Segundo Costa (1999), perder uma relação de amor é muitas vezes como perder parte de si, uma sensação de amputação de algo muito importante, um obstáculo ao processo de construção da identidade.

Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) verificaram que mais de três quartos das adolescentes da amostra eram solteiras quando engravidaram (77.9%), as restantes eram casadas ou viviam em regime de coabitação. No entanto, verificaram uma mudança significativa no estado civil das adolescentes no decorrer da gravidez: 26% casaram ou foram viver com o companheiro durante os primeiros seis meses de gravidez, apenas 2.9% das adolescentes deixaram de viver com o companheiro neste período. Abreu (1998) constatou que 80.9% das adolescentes do seu estudo viviam com o cônjuge/namorado. Jongenelen (1998) verificou que a gravidez foi responsável pelo casamento ou união de facto de muitas das adolescentes que participaram no seu estudo.

Uma questão que emerge da ocorrência da gravidez fora do casamento é o reconhecimento da paternidade. O resultado do estabelecimento da paternidade formal e o apoio às crianças filhas de mães adolescentes tem vindo a ser objecto de estudo. A longo prazo, do ponto de vista económico, a mãe adolescente e a sua criança beneficiam do estabelecimento formal da paternidade. As vantagens para a criança incluem o acesso no futuro aos recursos do pai, incluindo os rendimentos provenientes do emprego, benefícios da segurança social e a possibilidade de estabelecimento de laços familiares.

Para as adolescentes as vantagens incluem o estabelecimento dos direitos legais e o bem-estar psicossocial (Juszczak, 1992).

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

A família constitui um dos principais contextos onde têm lugar as transformações físicas, cognitivas e sociais da adolescência (Sprinthall e Collins, 1999; Bawin - Legros, 1996).

A família determina ainda as primeiras relações sociais dos indivíduos, os contextos onde ocorre a maior parte das suas aprendizagens iniciais acerca dos outros, das situações e o desenvolvimento das suas capacidades individuais. Estas aquisições exercem uma grande influência no processo de construção da identidade da pessoa. A influência formativa das aprendizagens iniciais talvez explique a influência da família no estabelecimento de novas relações e na realização de tarefas durante a adolescência e a idade adulta. O rendimento escolar, as aspirações e o sucesso vocacional, o ajustamento conjugal e familiar são dimensões da vida que estão ligadas, em certa medida, às experiências vividas no seio da família (Sprinthall e Collins, 1999).

Para falarmos de família como contexto das grávidas adolescentes é imprescindível clarificar o termo família. A diversidade de modelos familiares, ao longo dos tempos e nas diferentes culturas, torna difícil um consenso acerca de uma única definição de família.

A família pode ser definida como sendo constituída por todas as pessoas que partilham os mesmos ancestrais. O estatuto, a reputação, a herança material, a origem étnica dos ancestrais podem influenciar as escolhas de vida do adolescente e as expectativas acerca da vida familiar (Newman e Newman, 1986).

A família pode também ser definida como um conjunto de adultos e de crianças que partilham a mesma habitação e cuja primeira função é a educação destas. É no seio da família de origem que as crianças aprendem os papéis de adulto (Newman e Newman, 1986).

A imagem tradicional de família (com base na família nuclear: mãe, pai e filhos pequenos, em que os pais permaneciam juntos ao longo das fases do ciclo vital e eram monógamos), tem vindo a modificar-se. Estas mudanças têm

afectado o desenvolvimento da família, tanto na sua estrutura como nas suas funções e interações.

Em relação à família da grávida adolescente também não existe uma família tipo. Sabemos que múltiplos factores estão associados à gravidez e maternidade na adolescência. Alguns estão relacionados com o processo desenvolvimental e outros com a influência familiar e social. As tentativas para isolar um único não foram bem sucedidas: não parece existir um único perfil comum à maioria das grávidas adolescentes (Meschke, Bartholomae e Zentall, 2000; Neinstein, Rabinovitz e Schneir, 1996).

Assim, vamos abordar algumas características do contexto familiar das adolescentes que participaram no nosso estudo: as pessoas com quem a adolescente vivia antes da ocorrência da gravidez, a idade, o estado civil e a profissão dos pais e o número de irmãos da adolescente.

Quadro 16 – Pessoas com quem a adolescente vivia antes da ocorrência da gravidez

Com quem vivia a adolescente	nº	%
Companheiro	43	20.6
Família nuclear	107	51.2
Pai	3	1.4
Mãe	25	12.0
Avós	17	8.1
Pai e madrasta	4	1.9
Mãe e padrasto	17	8.1
Só	1	0.5
Outros	56	26.8

No Quadro 16 verificamos que a maioria das adolescentes do nosso estudo (51.2%) vivia com a família nuclear (pais e irmãos biológicos); 13.4% vivia no seio de uma família monoparental e 10% vivia com mãe ou pai biológico e o padrasto ou madrasta. Apenas uma adolescente vivia sozinha (0.5%). Como podemos constatar as respostas não eram exclusivas: as adolescentes podiam referir mais que uma opção.

Muitos estudos revelam que o início precoce da actividade sexual nas adolescentes está relacionado com o facto destas viverem em famílias monoparentais; está moderadamente relacionado com o viver com padrasto/madrasta e finalmente com o viver com os pais biológicos (Miller, 2002; Meschke, Bartholomae e Zentall, 2000; Tremblay, 1997).

Normalmente, associa-se a coabitação com os pais biológicos a uma maior supervisão dos adolescentes e a uma maior facilidade na transmissão dos valores parentais relacionados com a actividade sexual. À coabitação com os pais que vivem sós, solteiros ou divorciados, associa-se uma maior permissividade a nível do comportamento sexual e/ou ao exercício de uma menor supervisão (Miller, 2002). É evidente o facto da supervisão parental estar associada ao adiamento da actividade sexual e conseqüentemente à diminuição do risco de gravidez. As regras familiares, as rotinas e a supervisão do namoro por parte dos pais estão relacionadas com a ausência de actividade sexual, com o seu início tardio e com a existência de um pequeno número de parceiros sexuais (Miller, 2002).

Segundo Miller (2002) a supervisão e o controle parentais também podem reduzir a probabilidade de gravidez na adolescência indirectamente ao impedir a associação das crianças com pares de risco, ao controlar o consumo de álcool, droga e talvez evitando a actividade sexual não protegida. A proximidade e o envolvimento pais-adolescente estão ainda associados ao estímulo da realização escolar, proporcionando aos jovens oportunidades para desenvolverem competências sociais e um sentimento de dignidade. No entanto, o controle parental é multidimensional. Pode ter conseqüências negativas se for excessivo ou coercivo, isto é, o controle materno excessivo pode estar relacionado com o início precoce da actividade sexual (Miller, 2002).

Para Meschke, Bartholomae e Zentall (2000), a proximidade e o envolvimento pais-adolescente também favorecem a comunicação e são fundamentais para o estabelecimento de limites.

A comunicação pais-adolescente, outra dimensão do relacionamento familiar, tem sido estudada por vários investigadores. Os resultados destes estudos são tão variáveis e discrepantes que não é possível discernir nenhum efeito simples e directo. Assim, alguns investigadores não encontraram nenhuma ligação entre comunicação pais-adolescente e comportamento sexual.

Outros referem que através da comunicação os pais transmitem aos

filhos os seus valores acerca da sexualidade. A desaprovação parental da actividade sexual do adolescente está relacionada com o início tardio da actividade sexual, o pequeno número de parceiros sexuais, a menor frequência de actividade sexual e a menor taxa de gravidez na adolescência.

Além da comunicação e do relacionamento pais-adolescentes, as características da família também estão associadas com o comportamento sexual dos adolescentes.

Quadro 17 – Idade dos pais das adolescentes

Idade dos pais	Pai		Mãe	
	nº	%	nº	%
= 34	0	0	15	7.2
35 - 39	0	0	65	31.1
40 - 44	18	8.6	67	32.1
45 - 49	67	32.1	35	16.7
50 - 54	52	24.9	11	5.3
55 - 59	20	9.6	6	2.9
60 - 64	9	4.3	1	0.5
65 - 69	4	1.9	0	0
70 - 74	1	0.5	0	0
Não sabe / não aplicável	38	18.2	9	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

No início da análise dos quadros relacionados com os pais da adolescente é importante referir que 36 (17.2%) das adolescentes do nosso estudo não tinham qualquer contacto com o pai biológico, por este ter falecido ou por desconhecimento ou porque não mantiveram o contacto social após a separação. Em relação às mães, 9 (4.3%) das adolescentes que participaram no nosso estudo não viviam com a sua mãe biológica por esta ter falecido ou abandonado a adolescente.

Como se pode observar no Quadro 17, a idade dos pais das adolescentes variava entre os 40 e os 74 anos. A maioria (32.1%) tinha idade compreendida entre os 45 e os 49 anos e 24.9% entre os 50 e os 54 anos.

Relativamente às mães das adolescentes, a sua idade variava entre os 34 e os 64 anos e 38.3% tinham idade compreendida entre os 34 a os 39 anos. Sabemos que algumas delas foram mães na adolescência. Como foi referido no enquadramento teórico, as adolescentes com história familiar de gravidez na adolescência apresentam uma probabilidade maior de engravidar durante esse período (Emans, Laufer e Goldstein, 1997). Segundo a Academia Americana de Pediatria (2000), pelo menos um terço dos pais adolescentes, são eles próprios, filhos de mães adolescentes. À medida que a criança se desenvolve, observa como a mãe se comporta como mulher, como o pai se comporta como homem e como eles se comportam entre si. Estas impressões permanecem durante muito tempo, ajudando a criança a definir o que deve ser um homem ou uma mulher (Brown e Cromer, 1996). Assim, o início precoce da actividade sexual da mãe e da irmã mais velha influencia a precocidade da actividade sexual de um adolescente mais novo. Esta situação talvez seja interpretada pelo adolescente como uma atitude paterna permissiva no que se refere à actividade sexual e facilitar o seu início precoce. Em segundo lugar temos as mães que pertencem à classe etária dos 40-44 anos com 32.1%.

Em relação à idade dos pais da adolescente também constatamos a influência das normas culturais acerca do comportamento adequado ao modelo sexual: o pai tende a ser mais velho do que a mãe.

Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) encontraram resultados semelhantes aos do nosso estudo, em relação às mães. A idade das mães das adolescentes da amostra variava entre os 33 e os 63 anos e 31.7% também tinham sido mães adolescentes. Os pais das adolescentes eram um pouco mais novos que os pais das adolescentes que participaram no nosso estudo: tinham idade compreendida entre os 28 e os 75 anos. A maioria (43.3%) tinha idade compreendida entre os 33 e os 42 anos; 31.7% entre os 43 e os 52 anos.

Abreu (1998) encontrou resultados semelhantes aos do nosso estudo; verificou que a maior percentagem das mães pertencia à classe etária dos 34 – 40 anos; seguidas das mães que pertenciam à classe etária dos 40 – 46 anos. Relativamente aos pais, constatou que eles eram consideravelmente mais velhos que as mães: enquanto os pais apresentavam uma idade média de 49.35 anos, as mães apresentavam uma idade média de 44.66 anos.



Quadro 18 – Estado civil dos pais da adolescente

Estado civil dos pais	Pai		Mãe	
	nº	%	nº	%
Solteiro	3	1.4	8	3.8
Casado / junto	148	70.8	148	70.8
Divorciado / separado	19	9.1	29	13.9
Viúvo	3	1.4	15	7.2
Não aplicável	36	17.2	9	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Como se pode constatar pela observação do Quadro 18, a maioria (70.8%) dos pais das adolescentes são casados ou vivem maritalmente; 9.1% encontram-se separados/divorciados e 1.4% encontram-se viúvos.

Em relação à mãe da adolescente, 70.8% está casada ou vive maritalmente; 13.9% encontra-se separada/divorciada e 7.2% são viúvas.

Resultados diferentes foram encontrados por Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003): mais de um quarto da amostra (26.9%) tinha pais separados ou divorciados e algumas (12.5%) adolescentes eram órfãs de pelo menos um dos pais. As autoras ainda encontraram uma percentagem diferente de pais e mães casados ou a viver em coabitação: 70.2% de pais e 72.1% de mães.

Resultados semelhantes aos do nosso estudo foram encontrados por Abreu (1998), relativamente ao estado civil - casados ou a viver maritalmente e divorciados ou separados: no seu estudo 76.2% dos pais das adolescentes eram casados ou viviam maritalmente e 9.5% eram divorciados. Em relação aos pais viúvos esta autora encontrou um número mais elevado de pais viúvos (14.3%).

O estado civil dos pais tem sido relacionado com a actividade sexual dos adolescentes. As adolescentes que vivem em famílias monoparentais apresentam uma maior probabilidade de iniciar precocemente a actividade sexual e utilizar com menor frequência métodos de contracepção, em relação as adolescentes que vivem com ambos os pais biológicos (Meschke, Bartholomae e Zentall, 2000; Brown e Cromer, 1996). Esta associação talvez seja causada por um sentimento de isolamento físico ou emocional por parte do adolescente (Brown e Cromer, 1996); ou por um aumento de tensão provocada pela

diminuição do rendimento familiar, pelo sentimento de isolamento do progenitor presente, pelo exercício do duplo papel e por existir a sensação de prestar uma assistência inadequada às adolescentes.

Existe alguma evidência de que a ausência do pai pode influenciar o desenvolvimento sócio-emocional das adolescentes (Newman e Newman, 1986). Alguns estudos referidos por estes autores revelam que as raparigas adolescentes cujos pais estão ausentes sentem-se menos confortáveis e apresentam mais dificuldade no relacionamento com os indivíduos do sexo oposto do que as adolescentes cujos pais estão presentes. Estes autores também distinguem as filhas de mães divorciadas das mães viúvas: as filhas das mães divorciadas tendem a desejar mais a interacção com os indivíduos do sexo oposto, envolvem-se mais com os rapazes e passam muito mais tempo na sua companhia, falam mais abertamente com os indivíduos do sexo masculino e iniciam mais precocemente o namoro e a actividade sexual do que as raparigas cujos pais estão presentes. As filhas de mães viúvas são mais tímidas, mais reservadas na presença de indivíduos do sexo masculino.

Os resultados do nosso estudo não sugerem qualquer tipo de associação entre o início da actividade sexual das adolescentes e o estado civil dos pais.

Quadro 19 – Habilitações literárias dos pais das adolescentes

Habilitações literárias dos pais	Pai		Mãe	
	nº	%	nº	%
Analfabeto	13	6.2	22	10.5
4º Ano	96	45.9	114	54.5
6º Ano	31	14.8	31	14.8
9º Ano	14	6.7	14	6.7
11º Ano	5	2.4	8	3.8
Curso superior	1	0.5	1	0.5
Não sabe / não aplicável	49	23.4	19	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Em relação às habilitações académicas dos pais das adolescentes do nosso estudo (Quadro 19), a maioria destes (45.9%) apenas tem o 4º ano de

escolaridade; apenas um frequentou a universidade (0.5%) e 6.2% nem sequer concluiu o 4º ano.

Relativamente às mães das adolescentes, a situação é idêntica: a maioria (54.5%) frequentou a escola apenas até ao 4º ano de escolaridade; só uma (0.5%) frequentou um curso superior e 10.5% é analfabeta.

As habilitações literárias dos pais são uma das variáveis familiares que influenciam, segundo diversos estudos, a gravidez na adolescência: o elevado nível educacional dos pais está associado ao adiamento do início da actividade sexual, a um baixo nível de actividade sexual, à utilização de contraceptivos e a um menor risco de gravidez (Miller, 2002; Schvaneveldt, Miller, Berry e outros, 2001).

O nível educacional dos pais está positivamente correlacionado com os planos educacionais dos adolescentes e com a percepção destes acerca da importância de atingir um elevado nível educacional. Os pais com um elevado nível educacional têm filhos que apresentam um menor nível de actividade sexual, possivelmente porque enfatizam a importância do êxito académico e acompanham as actividades escolares dos filhos (Schvaneveldt, Miller, Berry e outros, 2001; Braconnier e Marcelli, 2000).

Assim, o nível educacional dos pais e as expectativas dos filhos em termos académicos constituem importantes indicadores que devem ser utilizados na previsão do início da actividade sexual do adolescente. Estes autores realizaram um estudo longitudinal com o objectivo de verificar a relação entre a idade da primeira relação sexual e as expectativas académicas. Os resultados encontrados sugeriram um efeito bidireccional: os adolescentes com elevadas expectativas educacionais adiavam o início da actividade sexual devido à percepção dos riscos (a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis poderiam interferir nos seus planos para o futuro). Pelo contrário, os adolescentes que iniciaram precocemente a sua actividade sexual apresentavam menores expectativas em relação à sua realização académica.

Quadro 20 – Profissão dos pais das adolescentes

Profissão dos pais	Pai		Mãe	
	nº	%	nº	%
Profissões superiores	0	0	2	1.0
Profissões intermédias	1	0.5	1	0.5
Profissões especializadas não manuais	36	17.2	34	16.3
Profissões especializadas manuais	12	5.7	3	1.4
Profissões semi-qualificadas	43	20.6	39	18.7
Profissões sem qualificação	50	23.9	56	26.8
Outros	11	5.3	12	5.7
Sem profissão	13	6.2	51	24.4
Profissão omitida	7	3.3	2	1.0
Não aplicável	36	17.2	9	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Como se pode observar no Quadro 20, a maioria dos pais (23.9%) exercia uma profissão pertencente ao grupo de profissões sem qualificação (grupo 9 da CNP); 20.6% exercia uma profissão pertencente ao grupo das profissões semi-qualificadas (grupo 7 e 8 da CNP); 17.2% exercia uma profissão pertencente ao grupo das profissões especializadas não manuais (grupo 4 e 5 da CNP); 5.3% encontravam-se reformados (outros) e 6.2% estavam desempregados (sem profissão).

Tal como os pais, a maioria das mães (26.8%) também exercia uma profissão incluída no grupo das profissões sem qualificação (grupo 9 da CNP); 24.4% encontravam-se no grupo sem profissão (desempregadas). Apenas duas (1%) exerciam profissões superiores (grupo 1 e 2 da CNP) e uma (0.5%) tinha uma actividade profissional incluída no grupo das profissões intermédias (grupo 3 da CNP).

Os resultados deste estudo são convergentes com os resultados da maioria das pesquisas nacionais e internacionais. Existe uma grande probabilidade de uma rapariga cujos pais pertencem a um baixo nível socio-económico se torne uma mãe adolescente (NHS, 2003; Schvaneveldt, Miller, Berry e outros, 2001; Academia Americana de Pediatria, 1999b; Abreu, 1998;

Jongenelen, 1998; Silva, 1992).

A profissão dos pais exerce uma grande influência no nível sócio-económico da família e tem profundas implicações no estilo de vida dos adolescentes. Muitos adolescentes pertencentes a famílias com escassos recursos económicos apresentam bastantes dificuldades em prosseguirem os estudos. Os jovens provenientes de famílias com baixos recursos económicos apresentam maior tendência a procurar emprego e simultaneamente têm mais dificuldade em encontra-lo. Existe uma tendência para as adolescentes provenientes de famílias muito pobres assumirem mais precocemente os papéis dos adultos, incluindo o trabalho, o casamento, a maternidade e a saída de casa.

Quadro 21 – Número de irmãos das adolescentes

Número de irmãos	nº	%
Nenhum ou um	87	41.6
Dois ou três	75	35.9
Quatro ou superior	47	22.5
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Neste estudo, como podemos observar no Quadro 21, a maioria (41.6%) das adolescentes que constituíram a nossa amostra possuía nenhum ou um irmão; 35.9% das adolescentes tinham 2 ou 3 irmãos e 22.5% tinham quatro e mais irmãos.

A presença de irmãos é, geralmente, um elemento de riqueza: certas relações fraternas denunciam uma grande cumplicidade, funcionando os mais velhos como um referencial importante para os adolescentes, particularmente em áreas cujo diálogo com os pais é mais difícil (Braconnier e Marcelli, 2000; Costa, 1999). No entanto, todos conhecemos os comportamentos de rivalidade que por vezes acontecem no seio familiar. Na maioria dos casos observa-se uma flutuação neste tipo de relações no seio do mesmo grupo de irmãos (Braconnier e Marcelli, 2000). Segundo Costa (1999) a rivalidade, que também tem uma função formadora, tende a diminuir com a idade.

Para Newman e Newman (1986), o impacto da família manifesta-se essencialmente a nível do controle parental e da capacidade intelectual das

crianças; os pais de famílias com quatro ou mais filhos tendem a ser mais autoritários e mais favoráveis à aplicação de castigos físicos do que os pais de famílias pequenas. Relativamente à capacidade intelectual dos adolescentes, quando os irmãos destes nascem com intervalos muito curtos, os recursos parentais encontram-se continuamente limitados, os pais utilizam com mais frequência o autoritarismo como método de controle e os filhos têm menos oportunidades para desenvolver a linguagem e os papéis conceptuais.

### 1.3. AMBIENTE FAMILIAR: PERCEÇÃO DA ADOLESCENTE E DA FAMÍLIA

*"The high energy level and intense emotion of adolescence are unsettling to the family's equilibrium."*

(Newman e Newman, 1986, p. 185)

O processo de construção da identidade do adolescente depende do desenvolvimento social, intelectual e emocional que é fomentado pelo clima social da sua família. Moos (1986) refere que o clima social da família constitui a sua "personalidade". Cada família tem uma única "personalidade" ou clima social que lhe confere a sua unidade e coerência.

Muitas das influências a nível social, intelectual e emocional começam a fazer-se sentir muito antes da adolescência, ou seja, a atmosfera emocional da família, a forma como os pais preparam e ensinam os filhos, as oportunidades e as dificuldades que a vida familiar coloca ao desenvolvimento normal, são factores que estão presentes desde o nascimento e continuam a exercer a sua influência ao longo da adolescência (Sprinthal e Collins, 1999).

Famílias com adolescentes enfrentam mudanças típicas. Estas devem-se por vezes às alterações a nível das necessidades e preferências dos adolescentes, à medida que procuram tornar-se independentes.

O objectivo dos pais durante o período de adolescência dos filhos é o de contribuir para a independência e a autonomia destes, embora mantendo o interesse e a coesão familiar (Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn, 1995). Os conflitos que eventualmente possam resultar destas alterações, exigem uma

adaptação a novos papéis, a novos padrões de interação e de disciplina, à emergência de autonomia. Idealmente o exercício parental durante este período devia tornar-se menos dominado pela autoridade e poder parental (Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn, 1995).

O modo como a família enfrenta as situações e os problemas específicos da adolescência é também um aspecto importante a ter em consideração. Segundo Gimeno (2003), ao longo da história familiar juntam-se sonhos e realidades, estímulos e respostas, causas e efeitos, configurando uma rede de enlances múltiplos. Logo, quando os acontecimentos ultrapassam as expectativas da família pode emergir um elevado nível de *stress* e tensão e, conseqüentemente a transformação das interações familiares (Sprinthal e Collins, 1999; Levine, Carey e outros, 1983).

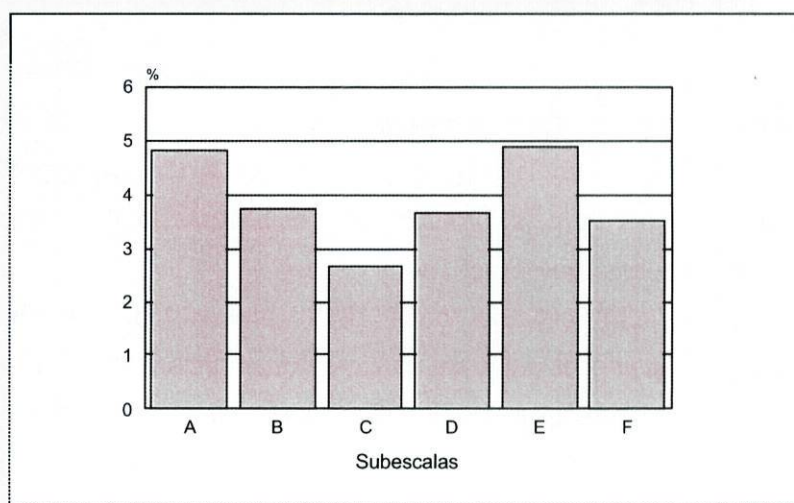
As relações interpessoais apresentam um carácter pluridimensional em que todas as diferentes dimensões se combinam sem coexistirem em perfeita harmonia, mas também sem serem totalmente estranhas entre si (Gimeno, 2003). A família conjuga assim uma complexa rede de relações necessárias ao desenvolvimento pessoal.

Antes de passarmos a apresentar e a analisar as percepções que as adolescentes e as/os suas/seus familiares têm do seu ambiente familiar, recordamos que para avaliar estas percepções utilizamos a *Escala do Ambiente Familiar*. Trata-se de um questionário de auto-preenchimento, do qual aplicamos as subescalas de "Coesão", "Expressividade", "Conflito", "Independência", "Organização" e "Controle".

É importante salientar que para facilitar a comparação dos dados obtidos neste estudo com outros estudos realizados com a *Escala do Ambiente Familiar*, utilizamos os mesmos procedimentos estatísticos que os autores desses estudos.

O Gráfico 2 representa os resultados estatísticos relativos às subescalas "Coesão", "Expressividade", "Conflito", "Independência", "Organização" e "Controle" da FES, relativos às adolescentes da nossa amostra. Como referimos na metodologia do estudo, a cada uma das subescalas estão associadas nove questões do questionário.

Gráfico 2 - Percepção das adolescentes sobre o seu ambiente familiar



AMBIENTE FAMILIAR – SUBESCALAS	Média	Desvio-padrão
A. Coesão	4.80	0.99
B. Expressividade	3.75	0.57
C. Conflito	2.66	0.78
D. Independência	3.67	0.54
E. Organização	4.89	0.64
F. Controle	3.51	0.68

Como se pode observar no Gráfico 2, os valores médios mais elevados registam-se nas subescalas “Organização” ( $\bar{x}=4.89$ ) e “Coesão” ( $\bar{x}=4.80$ ). Em relação à primeira, estes dados significam que em média as adolescentes têm a percepção que a sua família valoriza a organização e a estruturação no planeamento das actividades e responsabilidades familiares. Segundo Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn (1995), as mudanças desenvolvimentais e contextuais que ocorrem durante a adolescência requerem a modificação dos papéis parentais em termos de maior flexibilidade e responsabilidade. Face a estes resultados parece que os pais das adolescentes (ou os seus substitutos) não manifestam ainda transformações a este nível.

Relativamente à “Coesão”, os resultados traduzem que a representação que as adolescentes possuem da sua família é que esta fornece aos seus membros um nível significativo de apoio e de ajuda. Para Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn (1995), um ambiente familiar caloroso e coeso permite aos



adolescentes continuar a considerar os pais como uma fonte de apoio.

A subescala "Expressividade" é a terceira com os valores médios mais elevados ( $\bar{x}=3.75$ ). Recordamos que esta subescala traduz até que ponto os membros da família são encorajados a agir abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos. É importante para os pais terem consciência que ao interagirem com os seus filhos estão a exercer o papel de modelo relativamente ao comportamento interpessoal e expressividade. Através da interacção que os pais estabelecem entre si, da capacidade ou do desejo de expressarem uma ampla gama de sentimentos e do envolvimento com os seus próprios amigos, os pais fornecem ao adolescente uma perspectiva da forma como os adultos gerem os sentimentos e estabelecem relações pessoais satisfatórias. Um elevado nível de expressividade parental permite ao adolescente conhecer o tipo de sentimentos característicos da idade adulta. Um baixo nível de expressividade parental pode transmitir a ideia que os adultos não controlam determinadas situações e são invulneráveis face a um conflito ou crise. Os adolescentes também podem interpretar o baixo nível de expressividade dos pais como uma falta de confiança ou de compreensão (Newman e Newman, 1986). Para Sprinthal e Collins (1999) nas famílias em que os pais expressavam atitudes emocionais positivas, mostravam uma abertura à comunicação e ofereciam uma educação fortemente baseada em princípios orientadores, os seus membros continuavam a estabelecer interacções eficazes entre si e demonstravam ser competentes e capazes de dar respostas adaptativas às situações extra familiares.

A quarta subescala com os valores médios mais elevados é a da "Independência" ( $\bar{x}=3.67$ ). Esta subescala manifesta até que ponto os membros da família são assertivos, auto-suficientes e tomam as suas próprias decisões. Para Newman e Newman (1986) a independência emerge dentro do contexto familiar como organização. Diferentes padrões de tomada de decisão, disciplina e distribuição de recursos podem influenciar as oportunidades dos adolescentes para experienciar responsabilidade e autonomia.

Relativamente à subescala "Controle", a média obtida foi de 3.51. Este valor significa que a adolescente tem a percepção de que na sua família é utilizado um conjunto significativo de regras e procedimentos para gerir a vida familiar. Segundo Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn (1995), frequentemente os pais são desafiados a mudar a forma de gerir o seu relacionamento com os filhos adolescentes. Por exemplo, um dos desafios mais difíceis para os pais durante o

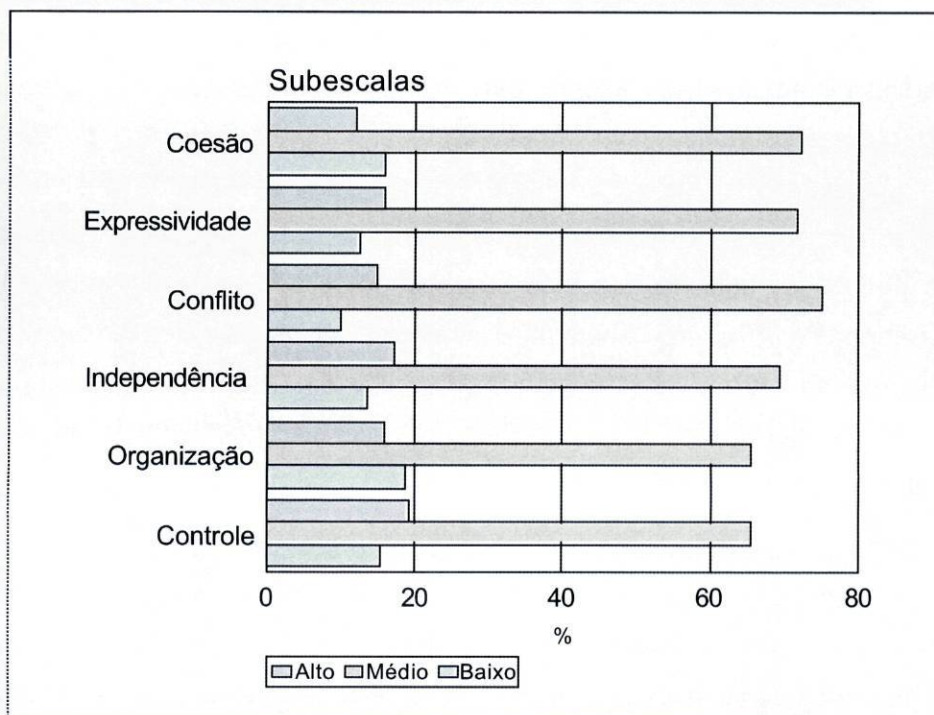
período da adolescência dos filhos envolve a negociação das suas relações com os adolescentes; a revisão e a modificação das discussões e debates familiares, assim como das regras e regulamentos; a negociação do nível de supervisão e de monitorização, enquanto facilitam a socialização adolescente-grupo de pares.

No Gráfico 2 também se pode verificar que em média as adolescentes percebem um nível baixo de "Conflito" na sua família ( $\bar{x}=2.66$ ). Estes dados estão em consonância com Levine, Carey e outros (1983), segundo os quais durante a fase média da adolescência começa a resolver-se a situação de desequilíbrio que por vezes ocorre na fase inicial da adolescência. Sabe-se que no período da adolescência, não são apenas os adolescentes que vivenciam uma série de transformações a nível intraindividual, os seus pais também. Vários autores referem que estes podem manifestar maior insatisfação a nível marital, físico e da identidade (Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn, 1995; Levine, Carey e outros, 1983), o que potencia o conflito.

Para obter uma visão mais completa do conjunto de dados, recorreremos, para a operacionalização das subescalas do nosso estudo, à forma de tratamento dos dados adoptado por Nelson, Hughes, Handal e outros (1993) para o tratamento da subescala "Conflito". No seu estudo, as respostas dos inquiridos foram classificadas em três níveis: alto (quando existia mais de um desvio padrão acima da média), baixo (quando existia mais de um desvio padrão abaixo da média) e médio (quando o desvio padrão era apenas de um acima ou abaixo da média).

No gráfico seguinte podem observar-se as cotações atribuídas pelas adolescentes, agregadas nas seis subescalas e classificadas nos três níveis propostos por Nelson, Hughes, Handal e outros (1993).

Gráfico 3 – Nível de percepção das adolescentes acerca do seu ambiente familiar



Subescalas	Níveis	Alto (%)	Médio (%)	Baixo (%)
Coesão		12	72,2	15,8
Expressividade		15,8	71,8	12,4
Conflito		14,8	75,1	10
Independência		17,2	69,4	13,4
Organização		15,8	65,6	18,7
Controle		19,1	65,6	15,3

Assim, verificamos que a maioria (65.6%) das adolescentes tinha a percepção que na sua família existia um nível médio de organização e estrutura claras no planejamento das actividades e responsabilidades familiares; 18.7% atribuía à sua família um nível baixo e 15.8% um elevado nível. Em relação à subescala “Coesão”, 72,2% das adolescentes tinha a percepção que os membros da sua família prestavam uns aos outros um nível médio de ajuda e apoio; 15.8% considerava que a sua família prestava um baixo nível de ajuda e apoio aos seus membros e apenas 12% tinham a percepção da existência de um elevado nível de ajuda e de apoio da parte dos membros da sua família. Quanto à subescala “Expressividade” verificamos que a maioria das adolescentes

(71.8%) manifestava a percepção de que os membros da sua família apresentavam um nível médio de encorajamento para agir abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos; apenas 15.8% apresentavam um nível elevado e 12.4% um nível baixo. Relativamente à subescala de "Independência", 69.4% das adolescentes tinha a percepção de que os membros da sua família manifestavam um nível médio em termos de assertividade e auto-suficiência na tomada das suas decisões; 17.2% um nível elevado e 13.4% um nível baixo. Em relação à subescala "Controle", a maioria das adolescentes (65.6%) manifestou a percepção de que na sua família existia um nível médio de regras e de procedimentos para gerir a vida familiar; 19.1% referiu um nível elevado e 15.3% um nível baixo. Finalmente, quanto à subescala "Conflito", embora fosse a subescala com os valores médios mais baixos a maioria das adolescentes (75.1%) atribuía à sua família um nível médio de zangas, agressões e conflitos; 14.8% um nível elevado e 10% um nível baixo.

Para Gimeno (2003) da mesma forma que o indivíduo não tem consciência de todos os seus processos mentais, nem de toda a sua vida emocional, também pode não ter consciência de todos os afectos, apoios e mensagens que recebe e transmite. Num meio como o familiar, que é propício à intimidade, espontaneidade e expressão de emoções, o bloqueio destes afectos pode tornar-se doloroso para todos os indivíduos envolvidos. Quando as normas, impostas pela sociedade ou pela própria família, censuram as vivências reais dos seus elementos, os sentimentos emergem de uma forma pouco consciente, envolvidos em expressões familiares e socialmente aceitáveis.

Holmbeck, Paikoff e Brooks-Gunn (1995) acrescentam ainda que podem existir incompatibilidades entre as necessidades desenvolvimentais dos adolescentes e o comportamento dos pais durante este período de rápida transformação intra-individual. A incongruência entre pais e adolescentes pode manifestar-se de várias formas: (i) incongruência entre adolescentes e pais relativamente a percepções; (ii) incongruência entre adolescentes e pais relativamente a expectativas; (iii) discrepâncias entre percepções e expectativas no próprio adolescente; (iv) discrepâncias entre percepções e expectativas nos próprios pais.

Estes factos associados ao conhecimento de que é a família da adolescente grávida (principalmente a mãe da adolescente) que lhe fornece maior apoio durante a gravidez e o pós-parto, levaram-nos a considerar pertinente questionar também as mães das adolescentes sobre as suas

percepções acerca do ambiente da sua família nuclear. No entanto, por impossibilidade de abordar todas as mães das adolescentes, por estas terem falecido, por não terem qualquer contacto com as adolescentes, por residirem fora do Grande Porto ou por se mostrarem indisponíveis para participarem no estudo, optamos por nesta situação abordar um outro elemento da família de origem que mostrasse disponibilidade para participar no estudo e tivesse uma relação de proximidade com a adolescente. Mesmo assim, das duzentas e nove adolescentes que constituíram a nossa amostra apenas tivemos a colaboração de cento e trinta e um elementos da sua família de origem.

Quadro 22 - Diferenças na percepção do ambiente familiar entre a adolescente e um elemento da família nuclear

Valores das subescalas (adolescente e familiar)				
Subescalas	Adolescente		Familiar	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Coesão	4.8	0.9	4.9	0.9
Expressividade	3.8	0.6	3.9	0.7
Conflito	2.7	0.8	2.8	0.8
Independência	3.7	0.5	3.5	0.6
Organização	4.9	0.6	5.0	0.6
Controle	3.5	0.7	3.9	0.7

N=131 adolescentes; N=131 familiares

A observação do Quadro 22, permite-nos constatar que existem diferenças mínimas entre a percepção das adolescentes e dos(as) respectivos(as) familiares relativamente ao ambiente familiar. As adolescentes dão menos ênfase à "Coesão", "Expressividade", "Conflito", "Organização" e "Controle". É precisamente nesta última subescala (manifesta até que ponto são utilizados conjuntos de regras e procedimentos para gerir a vida familiar) que se regista a maior diferença de percepção: as adolescentes apresentam  $\bar{x}=3.5$  e os respectivos familiares apresentam  $\bar{x}=3.9$ , sendo igual o desvio padrão ( $\sigma=0.7$ ).

De acordo com Moos e Moos (1986) estes resultados sugerem satisfação com a vida familiar, uma vez que esta está associada com elevada coesão

familiar, expressividade e organização e baixo nível de conflito. Segundo estes autores, a satisfação com a vida familiar reduz o stress e permite a adaptação aos acontecimentos da vida. O apoio familiar pode ainda reduzir o risco de depressão. Ainda estudos revelados por Moos e Moos (1986), mostraram que a elevada auto-estima em adolescentes estava relacionada com elevada coesão familiar, elevada expressividade e baixo conflito. Outro estudo referido por estes autores, embora a amostra não tenha sido constituída por adolescentes, indicou que a qualidade do relacionamento familiar (elevada coesão, elevada expressividade e baixo conflito) e as variáveis da estrutura familiar estavam positivamente relacionadas com a auto-estima das mulheres durante a gravidez e o pós-parto (até aos 18 meses). Face a estes dados, as adolescentes que constituíram a nossa amostra apresentam uma grande probabilidade de continuarem a usufruir do apoio da sua família e, conseqüentemente, adaptar-se à gravidez e maternidade seguirem o seu percurso desenvolvimental com vista à realização pessoal.

No entanto, continuando a utilizar os procedimentos de Nelson, Hughes, Handal e outros (1993) obtivemos resultados interessantes, como se pode constatar no quadro seguinte.

Quadro 23 - Percepção das adolescentes e do seu familiar acerca do ambiente na família

Níveis Subescalas	Alto (%)		Médio (%)		Baixo (%)	
	Adolescente	Família	Adolescente	Família	Adolescente	Família
Coesão	14.5	20.6	71.0	60.3	14.5	19.1
Expressividade	13.7	9.9	72.5	79.4	13.7	10.7
Conflito	12.2	16.8	72.5	67.2	15.3	16.0
Independência	19.1	12.2	70.2	87.8	10.7	0.0
Organização	15.3	22.9	69.5	64.1	15.3	13.0
Controle	16.8	19.8	67.9	63.4	15.3	16.8

N=131 adolescentes; N=131 familiares

No Quadro 23 observaram-se diferenças (algumas significativas) entre a percepção das adolescentes e do familiar acerca do ambiente social da família. Na subescala "Coesão" verificamos que 71% das adolescentes tinham a

percepção que a sua família apresentava um nível médio de coesão e que apenas 60.3% dos familiares manifestaram esta mesma percepção. No entanto, era maior a percentagem de familiares que manifestaram a percepção de um nível mais elevado de coesão (20.6%) e também um nível mais baixo (19.1%), enquanto 14.5% das adolescentes tinham a percepção de um nível baixo de coesão e a mesma percentagem (14.5%) a de um nível elevado.

Quanto à subescala "Expressividade" encontramos uma maior percentagem de familiares (79.4%) que tinham a percepção de que a sua família manifestava um nível médio de expressividade; 9.9% um nível elevado e 10.7% um nível baixo, comparativamente com 72.5% das adolescentes que tinham a percepção de um nível médio de expressividade e 13.7% um nível elevado e igual percentagem um nível baixo. Encontramos uma maior percentagem de adolescentes (72.5%) que tinham a percepção de existência de um nível médio de conflito na sua família e uma percentagem maior de familiares que manifestaram um maior nível de conflito (16.8%) e também menor (16%) em relação às adolescentes. Relativamente à subescala "Independência" foram os(as) familiares que manifestaram uma maior percentagem de percepção de um nível médio de independência (87.8%), apenas 70.2% das adolescentes tinham a percepção do mesmo nível de independência; aqui gostaríamos de salientar que nenhum(a) familiar teve a percepção de baixo nível de independência, comparativamente aos 10.7% das adolescentes que tinham essa percepção.

Quanto à "Organização", foram as adolescentes que manifestaram uma percentagem maior de percepção de um nível médio de organização (69.5%) comparativamente com 64.1% dos(as) familiares; no entanto 22.9% dos familiares manifestaram a percepção de um nível elevado comparativamente 15.3% das adolescentes.

Por último, na subescala de "Controle" também encontramos uma maior percentagem de adolescentes (67.9%) que tinham a percepção de um nível médio de controle, comparativamente com 63.4% dos(as) familiares; no entanto, a percentagem destes(as) que tinha uma percepção da existência de um elevado nível de controle era maior (19.8%), comparativamente com 16.8% das adolescentes.

Estes resultados estão, em parte, em congruência com Moos e Moos (1986), segundo os quais os adolescentes dão menor ênfase à coesão familiar,

expressividade e independência e maior ênfase ao conflito. Para estes autores, estas diferenças indicam que os familiares (por exemplo os pais) que possuem maior autoridade e responsabilidade sobre o ambiente tendem a considera-lo de uma forma mais positiva, em comparação com os indivíduos (por exemplo os adolescentes) que têm menos autoridade e responsabilidade.



## 2. ADOLESCENTE E REACÇÃO FACE À GRAVIDEZ

O fenómeno da gravidez na adolescência não é novo, embora actualmente tenha maior visibilidade, uma vez que nas sociedades industrializadas é considerado um grave problema social, muitas vezes associado à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza.

A gravidez na adolescência, na sua maioria, não é planeada e acontece antes do casamento (Academia Americana de Pediatria, 1999b; Davidson e Felice, 1992; Juszczak, 1992; Newman e Newman, 1986). Para Braconnier e Marcelli (2000) a gravidez na adolescência constitui uma complicação e uma dificuldade da sexualidade, porque um tal acontecimento provoca, frequentemente, uma série de perturbações, quer na própria adolescente quer no seu meio envolvente.

Como referimos no enquadramento teórico, quanto mais jovens forem as adolescentes, maior é o risco que a gravidez representa, quer para a mãe quer para a criança, porque as complicações ginecológicas e obstétricas são tanto mais frequentes quanto mais jovem é a mãe. Na criança, as anomalias parecem igualmente mais frequentes quanto mais jovem é a mãe.

A nível psicológico, a gravidez acidental traduz em geral um profundo mal-estar na adolescente, perturbações na sua identidade sexual ou dificuldades nas relações com os pais.

No plano familiar a descoberta de uma gravidez, nestas condições, é sempre fonte de extrema tensão. Muitas adolescentes revelam a sua gravidez tardiamente, o que compromete a prevenção e, nalguns casos, o tratamento de eventuais complicações ginecológicas.

Assim, o diagnóstico de gravidez constitui um momento emocionalmente delicado para a adolescente, família e companheiro. É importante o estabelecimento de um ambiente caloroso e de compreensão, no qual a adolescente se sinta suficientemente segura para explorar os seus próprios sentimentos sobre a gravidez. Tornar-se mãe, dar a criança para adopção ou abortar são decisões que podem ter consequências significativas a longo prazo para a adolescente. É importante assegurar todo o apoio, independentemente da decisão da adolescente acerca da gravidez (Academia Americana de Pediatria, 1998a).

Neste capítulo iremos abordar a gravidez, o processo gravídico e as atitudes pessoais face à gravidez (dados provenientes da entrevista semi-estruturada). Analisaremos ainda um conjunto de dados referentes às subescalas incluídas no *Questionário de Avaliação da Gravidez*: “Desejo de gravidez”, “Medos em relação ao self”, “Dependência”, “Irritabilidade”, “Sentimento maternal” e “Medos em relação ao bebé”. A propósito das diversas dimensões em estudo apresentaremos as narrativas das adolescentes.

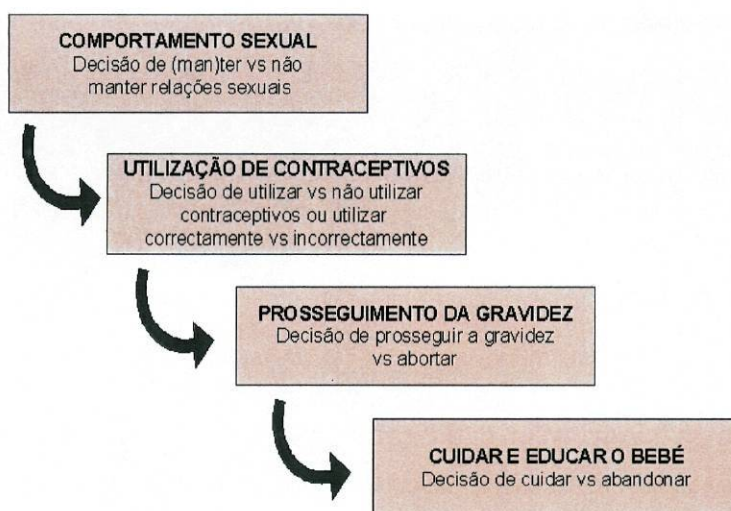
## 2.1. GRAVIDEZ E PROCESSO GRAVÍDICO

Entre os adolescentes que recorrem aos serviços de saúde são cada vez mais os sexualmente activos, necessitando de aconselhamento acerca da utilização de contraceptivos (Spikes e Drapp, 2001). O aumento da actividade sexual na adolescência, durante os últimos trinta anos, reflecte o início precoce da puberdade e a flexibilidade de valores e de regras de comportamento face às relações íntimas e à realização pessoal (Neinstein e Nelson, 1996).

A decisão de um adolescente iniciar ou não a actividade sexual é complexa. Muitas vezes os adolescentes são confrontados com a necessidade de tomar importantes decisões acerca do início ou não da actividade sexual numa altura em que ainda não desenvolveram a sua capacidade cognitiva, isto é, a capacidade de pensamento abstracto que o ajude a definir as alternativas possíveis.

A cadeia da tomada de decisão a nível do comportamento sexual representa o processo de tomada de decisão que o adolescente vivencia relativamente a esta problemática.

Figura 6 - Processo de tomada de decisão acerca da actividade sexual



Fonte: Adaptado de Spikes e Drapp (1991)

Tendo como referência este esquema vamos abordar a forma como decorreu o processo de tomada de decisão acerca da actividade sexual das adolescentes da nossa amostra.

Quadro 24 – Idade com que as adolescentes iniciaram a actividade sexual

Início da actividade sexual	nº	%
= 14 anos	35	16.7
15 – 17 anos	142	67.9
= 18 anos	30	14.4
Não sabe/Não refere	2	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Como se pode observar no Quadro 24, a maioria (67.9%) das adolescentes da nossa amostra iniciou a sua actividade sexual entre os 15 e os 17 anos; 16.7% iniciou a actividade sexual com idade inferior ou igual a 14 anos e 14.4% com idade igual ou superior a 18 anos. Estes dados vêm de encontro

aos apresentados por Levy, Romeira e Ribeiro (1996) e pela Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar (1991), que referem que é em média entre os 15 e os 17 anos de idade que os adolescentes portugueses iniciam a sua vida sexual activa. Jongenelen (1998) verificou que o início da actividade sexual ocorreu para a maioria das adolescentes que participaram no seu estudo aos 16 anos.

Pacheco, Figueiredo, Costa e outros (2003) constataram que mais de metade (67.3%) das adolescentes do seu estudo teve a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos.

As tendências a nível da actividade sexual dos adolescentes portugueses acompanham as tendências dos adolescentes de muitos países desenvolvidos. Segundo a Academia Americana de Pediatria (1999a) a maioria dos adolescentes americanos inicia a sua vida sexual entre o período médio e o final da adolescência, situando-se a idade média da primeira relação sexual entre os 15 e os 17 anos.

Schvaneveldt, Miller, Berry e outros (2001) referem que aproximadamente 22% de mulheres e 27% de homens iniciaram a sua actividade sexual cerca dos 15 anos e aproximadamente 76% e 85%, respectivamente, pelos 19 anos de idade.

Em França, a proporção de adolescentes com idade inferior a 15 anos que iniciam a sua actividade sexual é baixa: menos de um rapaz e de uma rapariga em cinco inicia a actividade sexual antes dos 15 anos de idade. Entre os 17 e os 18 anos, 50% dos jovens referiram já ter tido relações sexuais pelo menos uma vez; aos 20 anos, 80% dos jovens referiram ter pelo menos uma experiência sexual. Estes dados sugerem que a primeira relação sexual deverá ocorrer entre os 15 e os 16 anos (Michaud, 1997a).

Schvaneveldt, Miller, Berry e outros (2001) apontam também como factores ligados ao início precoce da actividade sexual a influência do grupo de pares, o nível educacional, as características da comunidade, a raça, o sexo e a influência parental. Neinstein, Juliani e Shapiro (1996) acrescentam ainda a antecipação da menarca, o adiamento do casamento e a alteração dos valores em relação a actividade sexual pré-marital.

Mescheke, Bartholomae e Zentall (2000), referem que o início precoce da actividade sexual coloca os adolescentes em risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis. Comparados com outros grupos etários, os

adolescentes apresentam uma maior probabilidade de terem múltiplos parceiros sexuais, envolverem-se em actividade sexual sem protecção e seleccionarem parceiros de risco.

Face à precocidade da actividade sexual e à noção veiculada por numerosos autores de que a ignorância das questões ligadas ao sexo induzem a experimentação sexual (Levine, Carey e outros, 1983; Brown e Cromer, 1996; Academia Americana de Pediatria, 1998b), questionamos as adolescentes relativamente à idade em que receberam educação sexual (face à dificuldade das adolescentes recordarem a idade precisa com que receberam educação sexual pedimos-lhes que referissem se tinha sido antes ou depois da menarca):

Quadro 25 – Período da vida em que teve início a educação sexual

Educação sexual	nº	%
Antes da menarca	114	54.5
Depois da menarca	40	19.1
Não sabe/Não refere	55	26.3
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Face à questão (Quadro 25), 54.5% das adolescentes referiram que receberam informações sobre aspectos ligados à sexualidade antes da menarca. É importante realçar a elevada percentagem das que não se lembraram ou não responderam (26.3%).

Considerando que a educação sexual desempenha um papel fundamental na formação da personalidade e na mobilização da vida afectiva dos adolescentes, a questão que muitos colocam é quando é que ela deve ter início. A este propósito é interessante a opinião transmitida por Levine, Carey e outros (1983): se a educação sexual for realizada precocemente pode não ter qualquer sentido ou ser prejudicial e provocar ansiedade; se for realizada tardiamente, o adolescente pode pensar que se trata de uma atitude hipócrita. No entanto, na ausência de um ensino individualizado, através do qual o adolescente possa procurar a informação que necessita a partir de um cuidador adulto e responsável, é preferível optar por fornecer a informação tarde do que pura e simplesmente não a facultar.

Como referimos no nosso quadro teórico, a sexualidade constitui uma componente essencial de todos os seres humanos. As nossas percepções realçam todas as nossas relações e influenciam muitos dos nossos comportamentos. Assim, o diálogo com os jovens sobre questões relacionadas com a sexualidade é mais eficaz no sentido de os motivar a adiar o início da actividade sexual e a evitar a gravidez do que para os incentivar a ter relações sexuais (Academia Americana de Pediatria, 1998b).

Nos países ocidentais com os melhores indicadores de saúde sexual, os indivíduos encaram geralmente a expressão da sexualidade como parte do crescimento normal. O desenvolvimento sexual é considerado um processo que reflecte a saúde biológica, social, emocional e cultural. A saúde sexual é promovida através da adopção de atitudes desprovidas de juízos de valor por parte dos adultos, pelas campanhas desenvolvidas pelos *mass media* em coordenação com a educação sexual fornecida na escola e com nos serviços de saúde (Lottes, 2002).

Quadro 26 – Elementos responsáveis pela educação sexual das adolescentes

Responsáveis pela formação	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Pais	126	60.3	83	39.7
Outros familiares	43	20.6	166	79.4
Amigos	71	34.0	138	66.0
Professores	100	47.8	109	52.2
Profissionais de saúde	14	6.7	195	93.3
Mass-media	22	10.5	187	89.5
Não sabe/não refere	3	1.4	206	98.6

Antes de procedermos à análise do Quadro 26, gostaríamos de salientar que as adolescentes podiam referir mais que uma fonte de educação sexual pelo que as respostas não são exclusivas. A maioria (60.3%) das adolescentes da nossa amostra referiram os pais como fonte de educação sexual. Santos (1999), no seu estudo sobre "Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida", cuja amostra foi constituída por 81 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, verificou que a mãe (59.3%) foi

apontada como o meio que mais informação forneceu acerca de sexualidade.

Atendendo simultaneamente aos resultados do nosso estudo e às opiniões de Michaud (1997b) e de Koshar (2001), segundo as quais os adolescentes utilizam os pais como modelos de referência e os seus *inputs* na tomada de decisão, os nossos resultados permitem levantar algumas questões: as adolescentes do nosso estudo terão tido em consideração a informação fornecida pelos pais? Os pais terão transmitido correctamente às adolescentes os seus valores relativamente à sexualidade? A mensagem possuía erros no seu conteúdo ou os pais foram muito permissivos nesta matéria?

Já Gilchrist e Schinke (1987) referem que embora os pais sejam frequentemente considerados pela escola e pelos políticos como as pessoas indicadas para informar os jovens sobre os aspectos da intimidade sexual e pessoal, os dados documentam, com alguma consistência, a inabilidade ou a relutância da maioria das famílias para partilhar este tipo de conhecimentos com as suas crianças.

Em segundo lugar, as adolescentes apontam como fonte de educação sexual os professores com 47.8%. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Santos (1999): a escola foi mencionada por 48.1% dos adolescentes. Tal como referimos no nosso quadro teórico, foi na escola que a educação sexual mais se desenvolveu nestes últimos anos. Nas escolas os alunos aprendem essencialmente a fisiologia da reprodução e a contracepção (Academia Americana de Pediatria, 1998b; Michaud, 1997b; Brown e Cromer, 1996; Gilchrist e Schinke, 1987; Levine, Carey e outros, 1983). O processo de construção das relações interpessoais, a comunicação interpessoal e a preparação para a intimidade raramente estão incluídos nos currículos escolares (Gilchrist e Schinke, 1987).

Em terceiro lugar as adolescentes referiram os amigos como fonte de educação sexual com 34%. Estes dados são semelhantes aos obtidos por Santos (1999). Este autor verificou que 30% dos adolescentes referiram os amigos como fonte de informação. Este destaque dos amigos em termos de fonte de informação sobre aspectos ligados à sexualidade ainda está de acordo com o que vem descrito na literatura. Mas, se há autores que consideram que os pares podem participar como conselheiros em programas de clarificação de valores e de responsabilidade pela actividade sexual (Levine, Carey e outros, 1983), outros consideram a informação transmitida pelos colegas pouco fiável

(Brown e Cromer, 1996).

Embora os *mass media*, particularmente a televisão, sejam apontados como o meio através do qual as crianças obtêm a maior parte das suas informações sobre educação sexual, no nosso estudo apenas 10.5% das adolescentes referiram este meio como fonte de informação. Relativamente a esta, Santos (1999) encontrou valores muito mais elevados: 100% dos adolescentes que participaram no seu estudo referiram os *mass media* como fonte de educação sexual.

Os profissionais de saúde são apontados apenas por 6.7% das adolescentes do nosso estudo. Talvez este seja o resultado da falta de diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes sobre esta matéria, que referimos no quadro teórico. Ajudar os indivíduos a lidar com aspectos relacionados com a sexualidade e saúde sexual é uma área de intervenção de enfermagem (Royal College of Nursing, 2002). O seu contacto diário com os pais, os pré-adolescentes e os adolescentes dá-lhes uma oportunidade única para promoverem a segurança do comportamento sexual na adolescência (actividades que vão da abstinência à utilização regular de contraceptivos) e a facilitar a comunicação necessária entre adolescentes e pais acerca da sexualidade. Mais ainda, o grande número de adolescentes sexualmente activos exige o alerta para a necessidade de vigilância da saúde reprodutiva.

Na globalidade, os resultados obtidos por nós são bastante diferentes dos obtidos por Lipovsek, Karim, Gutierrez e outros (2002). Os adolescentes que participaram no estudo destes autores, quando questionados sobre as suas fontes de informação sexual referiram em primeiro lugar os amigos, em segundo os media, em terceiro a escola e por fim os pais.

Quadro 27 – Utilização de métodos anticoncepcionais pelas adolescentes

Recurso aos métodos anticoncepcionais	nº	%
Sim	92	44.0
Não	117	56.0
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

A utilização de contraceptivos tem aumentado bastante entre os



adolescentes em resposta à necessidade de prevenção das infecções de transmissão sexual. Actualmente, dois terços de adolescentes referem utilizar alguma forma de contracepção na altura da primeira relação sexual, normalmente o preservativo, mas ainda existe um número significativo que não o faz. Muitas adolescentes são sexualmente activas durante meses antes de recorrerem a uma consulta de planeamento familiar; apenas 40% procura os serviços de saúde durante o primeiro ano em que inicia a actividade sexual (Neinstein e Nelson, 1996).

Nos Estados Unidos, as pesquisas mais recentes revelam que 72% dos adolescentes sexualmente activos com idades compreendidas entre os 15 a os 17 anos e 84% dos adolescentes com idades entre os 18 a os 19 anos utilizam um método de contracepção. A taxa de sucesso das adolescentes solteiras sexualmente activas que adiam a gravidez através da utilização da pílula ou do preservativo é sensivelmente igual à das mulheres casadas com idade compreendida entre os 20 e os 24 anos (American Academy of Pediatrics, 1999). Segundo esta Academia o contraceptivo ideal para os adolescentes deve ser seguro, efectivo, reversível, barato, conveniente, privado e ter poucos efeitos secundários.

Os resultados do nosso estudo revelam uma situação ligeiramente diferente do que acabamos de descrever (Quadro 27). Das adolescentes que participaram no nosso estudo apenas 44% utilizavam um método contraceptivo. No entanto, estes resultados, comparativamente com o estudo de Santos (1999) e o de Abreu (1998), revelam um aumento da utilização de métodos contraceptivos. Santos verificou no seu estudo que 81.2% dos adolescentes sexualmente activos da sua amostra não utilizavam métodos contraceptivos. Abreu observou que 72.2% das adolescentes do seu estudo também não utilizavam qualquer método contraceptivo.

Quadro 28 – Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes

Método contraceptivo	nº	%
Preservativo	49	53.3
Pílula	41	44.5
Coito interrompido	1	1.1
Métodos naturais	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Das adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos (Quadro 28), a maioria (53.3%) utilizava o preservativo; 44.5% utilizava a pílula. Uma (1.1%) das adolescentes ainda utilizava o coito interrompido como método de contracepção e outra utilizava métodos naturais. A percentagem de adolescentes do nosso estudo que utilizava o preservativo é claramente superior ao resultado obtido por Levy, Romeira e Ribeiro (1996). No seu estudo estas médicas pretendiam averiguar os factores associados ao adiamento da vida sexual activa e ao uso de preservativos. Concluíram que dos adolescentes que já tinham iniciado a vida sexual activa, 43.1% utilizava o preservativo sempre que tinha relações com o parceiro habitual.

Abreu (1998), também encontrou resultados diferentes: no seu estudo a maioria das adolescentes utilizava a pílula (33.3%); 19% utilizava o preservativo e 14.3% utilizava o coito interrompido.

Face a estes estudos parece que, tal como nos Estados Unidos, a utilização do preservativo tem vindo a aumentar entre os adolescentes. O que parece ainda não se registar entre nós é a utilização de uma dupla contracepção: o preservativo para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e o vírus HIV e a pílula, mais eficaz para prevenir a gravidez não desejada (Michaud, 1997a).

Quadro 29 – Responsável pela prescrição dos métodos contraceptivos às adolescentes

Responsável pela prescrição	Nº	%
Médico	44	47.8
Auto-prescrição	39	42.4
Família	4	4.3
Farmacêutico	5	5.4
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Como se pode observar no Quadro 29, das adolescentes que referiram utilizar um método contraceptivo apenas 47.8% referiu que este foi prescrito pelo médico; 42.4% referiram que foi seleccionado por si; 4.3% referiu que foi recomendado por familiares e 5.4% referiu que foi indicado pelo farmacêutico.

Para Cordeiro (1997), a selecção de um método de contracepção implica, para a adolescente: primeiro, conhecer os diversos métodos; segundo, conversar com o companheiro sobre o método a utilizar e por último, é conveniente ouvir a opinião de um profissional de saúde, já que este poderá informar de alguns pormenores práticos e dizer, em termos médicos, se há algum inconveniente para a adolescente em particular.

Concretamente no nosso estudo, 48.8% das adolescentes referiram que frequentavam regularmente o Centro de Saúde; 18.2% raramente e uma percentagem significativa das adolescentes não responderam a esta questão (25.8%).

Estes dados estão de acordo com os do Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (Ministério da Saúde, 1993), segundo os quais os adolescentes são o grupo etário que menos procura os serviços de saúde. Face a estes dados o Ministério da Saúde (2004) no seu Plano Nacional de Saúde – orientações estratégicas para 2004-2010 preconiza a necessidade de privilegiar os seguintes lugares para intervenção nesta fase da vida: a escola, os locais de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde. Neste documento, os adolescentes são considerados grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Informam ainda que serão reforçadas as iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos Centros da Saúde e nos Hospitais. Nestes últimos, é importante incluir na prestação de cuidados de saúde ao adolescente a história sexual. Esta deverá ser obtida num ambiente seguro e não agressivo, através de comunicação aberta, honesta, sem juízos de valor e que garanta a confidencialidade. Durante os anos da pré-adolescência, os profissionais de saúde deverão fornecer antecipadamente todo o apoio, debatendo questões relacionadas com a puberdade e facilitando informação escrita sobre educação para a saúde, tanto aos jovens como aos seus familiares. Na puberdade, a anamnese deverá incluir informação sobre atitudes e conhecimentos relacionados com o comportamento sexual, grau de envolvimento em actividade sexual e recurso a contracepção. Nesta fase da vida do adolescente, as consultas de rotina deverão ser realizadas com privacidade e confidencialidade (Academia Americana de Pediatria, 1999a, 1999b).

Quadro 30 – Razões apontadas para a não utilização de métodos de contracepção

Razões da não utilização dos métodos	nº	%
Desejo de engravidar	48	41.0
Informação deficiente	46	39.3
Achava-se muito nova	10	8.5
Imprevisto (o acto não foi planeado)	8	6.8
Não sabe / Não refere	5	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100.0</b>

Os adolescentes são particularmente vulneráveis à falta de informação. Recorrem frequentemente ao grupo de pares para esclarecimento. Outros factores que contribuem para a não utilização de métodos contraceptivos incluem questões inerentes ao próprio desenvolvimento do adolescente, tais como relutância em admitir a actividade sexual, um sentimento de invencibilidade, negação da possibilidade de gravidez e conceitos erróneos relativamente à utilização de anticoncepcionais apropriados. Outras razões apontadas pelos adolescentes para a não utilização de métodos anticoncepcionais são o medo que os pais descubram, a ambivalência e a ideia de que o controle da natalidade tem riscos (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

No entanto, para algumas adolescentes procurar ou provocar uma gravidez é até uma forma de afirmar a sua feminilidade ou de mostrar a sua revolta contra o meio familiar. Algumas adolescentes depois do parto entregam o seu bebé à mãe e conquistam assim uma autonomia que não tinham tido anteriormente. Face a este contexto emocional, onde dominam muitas vezes elementos de carência afectiva e/ou educativa, é evidente que as condições para cuidar de um filho pequeno são frequentemente muito precárias (Braconnier e Marcelli, 2000).

Relativamente às adolescentes do nosso estudo que referiram não utilizar qualquer método contraceptivo, as razões que alegam vão de encontro às que acabamos de referir (Quadro 30): como se pode observar 41% referiu que foi por desejo de engravidar; 39.3% das adolescentes manifestaram informação deficiente; 8.5% referiu que foi por se considerar muito nova e 6.8% referiu que o

acto não foi planeado.

Abreu (1998) observou que 42.9% das adolescentes do seu estudo não utilizava qualquer método contraceptivo por escolha deliberada e 4.8% por desconhecimento.

Questionamos também estas adolescentes se alguma vez tinham utilizado métodos contraceptivos; 54.7% das adolescentes referiram que sim, 43.6% referiram que nunca tinham utilizado qualquer método contraceptivo e 1.7% não responderam à questão.

Sabemos, que a decisão da adolescente utilizar ou não métodos anticoncepcionais é complexa. Embora as tendências tenham melhorado, sendo maior o número de adolescentes declarando a utilização de métodos contraceptivos, a recorrerem a esses métodos na primeira relação sexual e mais frequentemente com a continuação da relação, a utilização permanente de qualquer contraceptivo, continua a constituir um desafio para a maioria dos adolescentes. O período aproximado de tempo que decorre entre o momento em que uma adolescente inicia a sua actividade sexual e a primeira vez que procura os serviços de saúde para prescrição de um método contraceptivo é de 12 meses (Academia Americana de Pediatria, 1999a). Segundo esta Academia, aproximadamente metade das gravidezes na adolescência ocorre nos primeiros seis meses após a adolescente ter iniciado a actividade sexual e um quinto ocorre no primeiro mês.

Os dados mais recentes obtidos do estudo dos comportamentos de risco nos jovens revelaram que 78% de todos os adolescentes sexualmente activos referiram a utilização de um método de contracepção de confiança na última relação sexual. No entanto, a utilização de um contraceptivo durante cada encontro sexual revelou-se inconsistente e esporádico (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

Os adolescentes que recorreram a contracepção de uma forma irregular são os mais jovens, nos quais a probabilidade de se envolverem numa relação estável e prolongada é menor e nos jovens que preferem as relações ocasionais (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

A principal razão pela qual a adolescente adia ou hesita em recorrer ao Centro de Saúde para aconselhamento sobre contracepção é a preocupação com a confidencialidade (Academia Americana de Pediatria, 1999a).

De acordo com as estatísticas (American Academy of Pediatrics, 1999),

3.3% das adolescentes que tiveram relações sexuais ficaram grávidas uma vez na vida; destas 72% interromperam voluntariamente a gravidez, 16% abortaram espontaneamente a 12% tiveram um filho.

É a presença de determinados sinais e sintomas que levam a adolescente a procurar realizar o diagnóstico de gravidez. Os sintomas mais comuns de gravidez incluem o aumento do tamanho e da sensibilidade dos seios, que aparece normalmente uma ou duas semanas após a concepção; fadiga, náuseas, vômitos, dor abdominal e aumento da frequência urinária que podem aparecer a partir das duas semanas de gravidez (Davidson e Felice, 1992).

Apesar da necessidade de cuidados pré-natais precoces e exaustivos, muitas adolescentes recebem poucos ou tardios cuidados pré-natais. Esta situação talvez se deva ao adiamento da realização do diagnóstico (Davidson e Felice, 1992). Segundo Deschamps e Alvin (1997) a gravidez de uma adolescente é com frequência descoberta tardiamente: falta de conhecimentos, medo de falar, ausência de interlocutor, ansiedade face à necessidade de vigilância da gravidez, crença em ser obrigada a interromper "voluntariamente" a gravidez e para algumas a negação de uma realidade desejada mas receada logo que acontece. Em casos extremos, a gravidez evolui até ao seu termo sem que ninguém tome conhecimento.

Para Deschamps e Alvin (1997) a presunção ou o reconhecimento de gravidez deve constituir uma urgência prioritária. Na medida do possível, a adolescente deve ser ajudada (já que muitas vezes se encontra num impasse e também por ser necessário antecipar a crise familiar que a revelação da gravidez fará despoletar) e não apenas enviada para um serviço de obstetrícia.

Davidson e Felice (1992) referem ainda que embora alguns considerem todas as adolescentes grávidas pacientes de alto risco, estudos mais recentes mostraram que as adolescentes grávidas que realizam o diagnóstico de gravidez precocemente e recebem cuidados pré-natais precoces, consistentes e de acordo com as suas necessidades, não apresentam maior risco de complicações, comparativamente a grávidas adultas da mesma raça ou nível sócio-económico. Segundo estes autores, a idade está associada ao aumento da morbilidade apenas nas adolescentes mais novas (14 anos ou menos).

Passaremos em seguida a apresentar a forma como as adolescentes da nossa amostra se comportaram face a esta problemática (Quadro 31).

Quadro 31 – Momento em que a adolescente realizou a primeira consulta de  
vigilância de gravidez

Momento da primeira consulta	nº	%
1º trimestre	144	68.9
2º trimestre	63	30.1
3º trimestre	2	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

A maioria (68.9%) das adolescentes da nossa amostra recorreu a consultas para a vigilância da sua gravidez durante o primeiro trimestre. Foi notória a preocupação de várias adolescentes pela sua vigilância de saúde:

*Depois (da confirmação da gravidez) marquei uma consulta numa ginecologista particular. Foi ela que me fez logo a ecografia ...*

**Entrevista 29**

*... eu andava com medo, porque eu sou prima do meu marido e então tinha medo, foi quando a gente foi ao médico de família ...*

**Entrevista 68**

*Quando eu soube que estava grávida, no dia seguinte fui à Caixa e não havia médico de família e disseram se era uma coisa urgente ... pronto eu queria saber!*

**Entrevista 74**

*...fui logo ao médico, pedi para fazer uma ecografia para saber se estava tudo bem.*

**Entrevista 92**

No entanto, uma percentagem significativa de adolescentes (30.1%) recorreu à consulta de vigilância pré-natal só no segundo trimestre de gravidez. Duas destas adolescentes justificaram este atraso na procura de cuidados de saúde da seguinte forma:

*O período já me estava a falhar, como já chegou a falhar quatro meses eu parecia-me normal, depois quando vi a barriga a crescer eu fui ao meu médico, fui fazer análises e estava...Tinha cinco meses quando confirmei a gravidez.*

#### **Entrevista 195**

*Eu já sabia que estava grávida, que tinha um bocado de barriga, já não me vinha o período há muito tempo. Por um lado tive assim...com medo, por causa dos meus pais...Pensei que estava com três, afinal estava com cinco meses.*

#### **Entrevista 197**

Ainda encontramos duas adolescentes (1%) que iniciaram as consultas de vigilância médica apenas no último trimestre de gravidez.

Estes resultados são francamente melhores do que os obtidos por Silva (1992). No estudo realizado por este autor, apenas 21% das adolescentes do grupo de estudo e 6% das adolescentes do grupo de controle realizaram a sua primeira consulta pré-natal durante o primeiro trimestre e 25% das adolescentes pertencentes ao grupo de controle não frequentou nenhuma consulta. Abreu (1998), também verificou no seu estudo que apenas 59.5% das adolescentes realizaram a sua primeira consulta pré-natal durante o primeiro trimestre de gravidez; 31% no segundo trimestre a 9.5% no terceiro trimestre. Jongenelen (1998) verificou no seu estudo que mais de metade das adolescentes teve a primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre de gestação; cerca de 17% após o sexto mês e 6.5% no último trimestre.

A gravidez na mulher adulta é considerada uma crise maturacional que implica mudanças significativas a nível emocional e físico (Trad, 1999; Costa, 1994). Quando se trata de uma adolescente, às mudanças físicas e emocionais associam-se questões de ordem psicossocial e falta de apoio, tornando a gravidez uma experiência traumática a nível emocional, social, de saúde e,



consequentemente, uma gravidez de alto risco.

A nível psicológico, as adolescentes grávidas apresentam frequentemente baixa auto-estima, sentimento de culpa, depressão, instabilidade, irritabilidade, sentimentos de incapacidade, dificuldades relacionais com os outros e consigo próprias.

Ao examinar o fenómeno da maternidade na adolescência, verifica-se que as características da família, da adolescente, do grupo de pares e do meio sócio económico podem influenciar a ocorrência da gravidez na adolescência, a reacção da adolescente e a sua tomada de decisão face à gravidez (casar, abortar, continuar a gravidez, ficar com o filho ou doa-lo para adopção). Estas características podem ainda influenciar o impacto que a gravidez tem na família, no grupo de pares e na criança (Costa, 1994).

Verifica-se também que os filhos das adolescentes tendem a ter mais problemas de desenvolvimento do que as crianças filhas de mães adultas. As atitudes positivas das mães adolescentes em relação aos seus filhos parecem estar directamente relacionadas como apoio da família e do companheiro, quer a nível emocional quer económico.

A aceitação da gravidez e do filho pela adolescente pareceu estar ainda relacionadas com a aceitação do grupo de pares, dada a sua importância como referência neste período e pela possibilidade que estes lhes dão de se autonomizar em relação aos pais (Costa, 1994).

Pensamos que uma forma de manifestação de apoio à adolescente grávida é o envolvimento das pessoas mais significativas nos seus cuidados de saúde. Por outro lado, os companheiros e a família podem necessitar de apoio para verbalizar as suas respostas emocionais à gravidez.

Segundo as adolescentes do nosso estudo 84.7% iam acompanhadas à consulta de vigilância pré-natal; apenas 15.3% se deslocaram sós. São interessantes algumas das razões que as adolescentes apontam para irem sós às consultas:

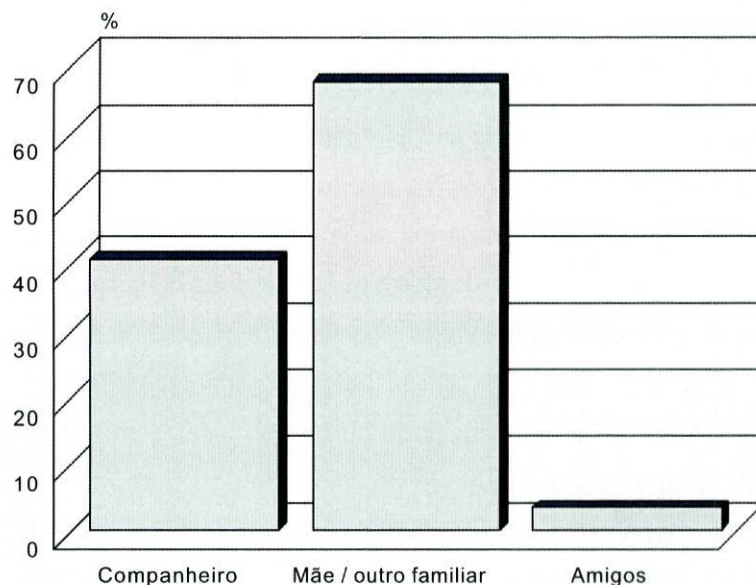
*...é uma coisa que tenho de encarar como responsabilidade minha...não é que eu não gostasse que a minha mãe viesse, não tenho nada contra isso, mas pronto, gosto de encarar as coisas independentemente...*

**Entrevista 61**

*Eu é que não quero, gosto antes de vir sozinha. Porque depois quando chego a casa é só comer.*

### Entrevista 70

Gráfico 4 – Acompanhamento das adolescentes às consultas de vigilância pré – natal



Como podemos observar no Gráfico 4, das adolescentes que referiram ir acompanhadas à consulta (84.7%) a maioria (67.5%) referiu ser acompanhada pela mãe ou outro familiar; 40.7% pelo companheiro e 3.3% pelos amigos. É importante salientar que as respostas a esta questão não eram mutuamente exclusivas.

Abreu (1998) verificou que 90.5% das adolescentes iam acompanhadas às consultas de vigilância pré-natal. As pessoas que as acompanharam eram o namorado/marido, a mãe e outros familiares. Apenas 9.5% referiram que iam sempre sozinhas.

## 2.2. ATITUDES PESSOAIS FACE À GRAVIDEZ

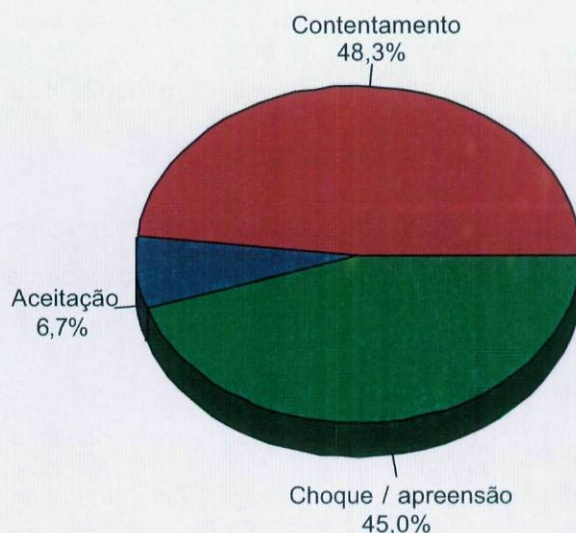
O fenómeno gravidez na adolescência tem sido alvo de diversas

interpretações: alguns profissionais de saúde associam-no geralmente à banalização das relações sexuais entre os jovens, à sua falta de conhecimentos de fisiologia e à não utilização de anti-concepcionais; os psiquiatras e psicanalistas atribuem-no à existência de um comportamento adolescente caracterizado pela resistência à utilização de contraceptivos e ao desejo inconsciente de gravidez e/ou de uma criança (Le Van, 1998).

Para Le Van (1998) independentemente da aparente diversidade de interpretações, as explicações da gravidez e da maternidade precoces estão sempre relacionadas com a suposta especificidade das adolescentes, classe etária, práticas sociais e características psicológicas.

Por estas razões, face ao diagnóstico de gravidez, umas adolescentes podem sentir receio de a comunicar aos pais, podem sentir-se sozinhas, apavoradas, deprimidas, zangadas ou negar a gravidez (Davidson e Felice, 1992). Outras adolescentes podem sentir-se felizes com o diagnóstico. As razões para o desejo de gravidez são variadas: a adolescente que se sente sozinha ou abandonada pela família ou pelos amigos pode ver no bebé uma forma de obter amor e atenção, pode pretender imitar o comportamento de uma irmã ou de uma amiga ou pode ser pressionada pelo namorado para engravidar. A avaliação da reacção da adolescente, da sua família, do companheiro e de outros significativos permite aos profissionais de saúde prever alguns problemas durante a gravidez e no pós-parto (Emans, Laufer e Goldstein, 1997).

Gráfico 5 – Reacção das adolescentes face à gravidez



Para identificar as reacções das adolescentes à gravidez, optamos por criar as seguintes categorias, de acordo com o enquadramento teórico-metodológico do projecto, dos objectivos da pesquisa e da natureza da informação: Contentamento, Aceitação e Choque/apreensão.

Como se pode verificar no Gráfico 5, 48.3% das adolescentes reagiram com contentamento face a gravidez; três das adolescentes referiram:

*Ai, fiquei contente! Nós já queríamos casar em Setembro, só que depois a minha mãe começou com problemas e isto aconteceu também (gravidez). Isto foi a maneira para casarmos mais depressa.*

**Entrevista 103**

*Fiquei feliz, fiquei contente. Não era para já, não era isso que estávamos a pensar para já. Era primeiro organizar a nossa vida, mas fiquei contente.*

**Entrevista 106**

*Fiquei muito contente. Tinha mais ou menos dois mesinhos. Eu fiz um teste de supermercado, deu positivo, só que para ter a certeza fui ao médico e disse que gostava de fazer uma análise. Ela marcou-me logo uma análise, fui ao laboratório, fiz e deu positivo.*

**Entrevista 172**

Uma percentagem elevada (45%) das adolescentes, face ao diagnóstico de gravidez, manifestaram choque/apreensão, como ilustramos com os estratos das seguintes entrevistas:

*...a farmacêutica diz que é positivo e eu ia-me dando uma coisa. Não estava mesmo a contar! Ali na farmácia mesmo derramei a chorar, não conseguia falar nem nada e estava acompanhada por colegas de trabalho e eu não consegui disfarçar sequer a situação.*

**Entrevista 120**

*...aceitei um bocado mal, claro!...não sabia o que é que havia de fazer. Porque não estava à espera mesmo, sempre...sempre fui uma pessoa de ideias muito...sempre decidida: só vou ter filhos a esta hora, só me vou casar a esta hora! Só que não foi assim e eu pensava só aos outros é que acontece, mas não!*

**Entrevista 168**

Das adolescentes inquiridas, 67% aceitaram a gravidez, de entre elas seleccionamos os depoimentos de duas :

*Desconfiei, fui ao médico. Ele mandou-me fazer uma análise, deu positivo. Tive que aceitar.*

**Entrevista 124**

*Não era isto bem que eu estava à espera. Ia-me casar este ano, este ano quer dizer entre este ano e o ano que vem. Ia-me casar, ia fazer a minha vida primeiro, gozar um pouco. Contava casar, mas pronto ninguém há-de morrer.*

**Entrevista 200**

Abreu (1998), no seu estudo, verificou que 52.4% das adolescentes aceitaram e muitas até manifestaram contentamento com a gravidez. Por seu lado, Jongenelen (1998) identificou uma percentagem ainda superior de adolescentes que aceitou a gravidez (74%).

Uma vez que, como já foi salientado, a maioria das adolescentes anteriormente à gravidez já tinha abandonado a escola, enquadrando-se na sua maioria num nível socio-económico baixo, podemos interrogar-nos se esta reacção favorável das adolescentes não traduzirá uma resposta que estará de acordo com determinados valores individuais e familiares (face à contracepção e à gravidez/maternidade) e que se traduzirá por uma maior aceitação da gravidez como marco de transição para a vida adulta, quando outras oportunidades de vida, nomeadamente, da esfera escolar e profissional, não estão disponíveis ou não são percebidas como metas realistas a atingir.

Quadro 32 – Percepção da adolescente relativamente à reacção da sua família à gravidez

Reacção dos familiares	Mãe		Pai		Irmãos	
	nº	%	nº	%	nº	%
Contentamento	46	22.0	33	15.8	75	35.9
Apoio / aceitação	52	24.9	53	25.4	44	21.1
Choque / apreensão	98	46.9	69	33.0	32	15.3
Não se manifestaram	-	-	-	-	5	2.4
Não sabe / não refere	4	1.9	18	8.6	32	15.3
Não aplicável	9	4.3	36	17.2	21	10.0
<b>TOTAL</b>	209	100.0	209	100.0	209	100.0

A família pode reagir à notícia da gravidez de várias formas, esta reacção pode oscilar entre a reprovção e a felicidade (Davidson e Felice, 1992). No conjunto familiar, apesar da mãe ser habitualmente o elemento mais desaprovador da gravidez, é também aquele que oferece apoio mais significativo.

O apoio familiar, em geral, e materno em particular, pode ter implicações positivas e negativas. Por um lado, as adolescentes que recebem grande apoio

da família de origem, têm maior probabilidade de receber ajuda na prestação de cuidados à criança, ficando menos sobrecarregadas pelas exigências inerentes à maternidade. Por outro lado, quando a mãe da adolescente se impõe como a principal prestadora de cuidados à criança, este apoio pode interferir com o processo de estabelecimento de autonomia da adolescente, com o seu desempenho do papel de mãe, bem como afastar o companheiro da adolescente, conduzindo à perda do que poderia ser uma importante fonte de apoio emocional e financeiro (Soares e Jongenelen, 1998; Juszcak, 1992).

No nosso estudo (Quadro 32) a maioria das adolescentes referiu que mães (46.9%) reagiram com choque/apreensão quando foram confrontadas com a notícia da gravidez; durante as entrevistas duas adolescentes referiram:

*Foi um bocado ... ao principio não aceitaram bem. Tanto que eu saí de casa e ... comecei a ...porque eu já sabia que a minha mãe andava a desconfiar e ela dizia se soubesse que tinha a certeza que me batia. Deixei uma carta a dizer que estava de bebé e ia morar para casa do meu namorado, para casa dos pais dele.*

**Entrevista 106**

*Quando a minha tia contou à minha mãe, ela deu um pulo do banco que eu não sabia onde me havia de meter. Estava a ver que ela explodia. E ela: o quê? Não acredito! É impossível! A minha mãe ficou transtornada.*

**Entrevista 120**

Três das adolescentes (1.4%) que referiram que as mães manifestaram choque/apreensão, verbalizaram ainda que as suas mães sugeriram a interrupção da gravidez:

*Ela aceitou mesmo muito mal ...a minha mãe queria que eu não tivesse este filho e então foi por isso que ela e o meu namorado agora nem se podem ver, não se podem ver.*

**Entrevista 168**

A mãe desta adolescente quando questionada acerca da sua reacção face à gravidez da filha referiu:

*... eu sei perfeitamente que ela não estava a contar com uma gravidez ou se fez foi para me confrontar porque ela sabia que eu mais tarde ou mais cedo ia trazê-la para casa, que eu andava a tratar disso. Ela é menor ele é maior, eu sei perfeitamente que ela não está bem. É assim, se ele fosse um rapaz que trabalhasse, se lhe desse mimos, se a estimasse, tudo bem eu ia dar-lhe apoio, tudo bem... ele já é pai de uma filha, nossa aluna aqui, se não tem capacidade para sustentar uma menina muito menos a J. Ela está a ser privada de tudo: ela é privada de ter amigos, ela é privada de estar com os seus familiares, ela é privada de vir à rua, ela é privada de tudo.*

**Entrevista 168**

Segundo as adolescentes 24.9% das suas mães manifestaram apoio/aceitação face à notícia de gravidez. Assim, referiram duas adolescentes:

*Aceitou bem, ajuda.*

**Entrevista 79**

*A minha mãe disse prefiro isso que uma doença e disse que tinha o apoio dela, tinha o apoio da família de certeza.*

**Entrevista 199**

Por sua vez, a mãe desta adolescente referiu:

*Fiquei preocupada com a saúde dela, sinceramente! E com a saúde de um ser que está lá dentro, é um ser vivo...*

**Entrevista 199**

Por outro lado, 22% das mães reagiram com contentamento, referiu uma adolescente:

*Ficou contente, principalmente porque era uma menina.*

**Entrevista 105**

Relativamente ao pai da adolescente, a maioria (33%) também reagiu



com choque/apreensão à notícia de gravidez. Duas adolescentes quando questionadas acerca da reacção do pai face ao diagnóstico de gravidez referiram:

*O meu pai entrou em estado de choque!*

**Entrevista 30**

*O meu pai ficou...claro que ficou assim abalado...parece que ainda está no choque...*

**Entrevista 61**

Um dos pais que reagiu com choque/apreensão, referiu:

*Ao princípio foi assim um bocadinho... um choquezinho.*

**Entrevista 179**

De entre os pais das inquiridas, 25.4% manifestaram apoio/aceitação face ao diagnóstico de gravidez:

*Apoiou muito.*

**Entrevista 123**

*Aceitou, não tinha outra escolha.*

**Entrevista 60**

Apenas 15.8% dos pais reagiram com contentamento, uma adolescente referiu:

*O meu pai por mais incrível que seja ficou contente.*

**Entrevista 120**

As relações entre irmãos são, frequentemente positivas e próximas, funcionando os mais velhos como um referencial importante para os adolescentes, podendo ser os seus modelos e confidentes, principalmente em áreas cujo diálogo com os pais é mais difícil.

No entanto, todos conhecem os comportamentos de implicância e rivalidade que tantas vezes acontecem no seio familiar. Estes comportamentos tendem a diminuir com a idade, mas podem persistir, funcionando como uma forma de auto-afirmação, em que cada um quer medir forças com o outro, não estando em causa, normalmente, os laços emocionais que os unem.

Na nossa amostra encontramos irmãos que reflectem estas duas situações: face ao diagnóstico de gravidez 35.9% dos irmãos manifestaram contentamento:

*Ui! Os meus irmãos já queriam ser os padrinhos!*

**Entrevista 131**

*Primeiras palavras: vou ser tio! E foi buscar uma garrafa de champanhe. Ele ficou contente, eu estava com receio por ser irmão.*

**Entrevista 28**

Por outro lado, 21.1% dos irmãos manifestaram apoio/aceitação. Alguns deles até ajudaram a adolescente a dar a notícia de gravidez aos pais:

*...falo mais com o meu irmão mais novo, é diferente. Um é mais calado, mais observador, o mais velho; o outro é um bocadinho mais brincalhão...mas os dois aceitaram muito bem...o meu irmão já sabia, foi o primeiro a saber, o mais novo. Como é muito brincalhão começou a dizer ao meu pai.*

**Entrevista 17**

Algumas adolescentes (15.3%) referiram que os seus irmãos receberam com choque/apreensão a notícia da sua gravidez:

*No princípio, claro! Por causa da minha idade e tudo não acharam muita piada...*

### **Entrevista 123**

Apenas cinco adolescentes (2.4%) referiram que os irmãos não se manifestaram face à notícia de gravidez:

*Isso, não ligam muito!*

### **Entrevista 124**

No estudo de Abreu (1998), a percentagem de adolescentes que viram a sua gravidez aceite pelos familiares e em que alguns até manifestaram contentamento foi de 59.5%; apenas 2.4% dos familiares sugeriram a interrupção da gravidez.

Nesta fase do ciclo de vida, a gravidez e a maternidade interferem, necessariamente, com as relações amorosas estabelecidas. Newman e Newman (1986), referem que o apoio e o afecto do pai do bebé é muito importante para que a adolescente mantenha uma elevada auto-estima. Um estudo apresentado por estes autores, revela que a adolescente considerava o seu companheiro como uma das três pessoas mais significativas da sua vida.

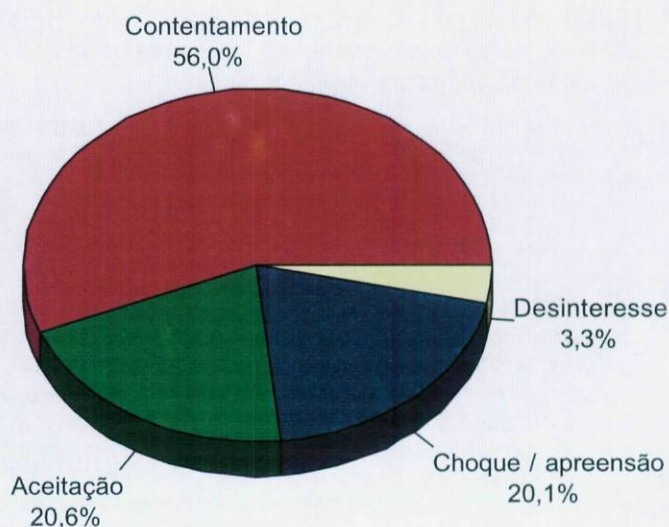
Como reagiram os companheiros das adolescentes à notícia de gravidez? Para o companheiro da adolescente a notícia de gravidez pode conduzir ao aparecimento de sentimentos controversos como orgulho, culpa ou ansiedade. Também se pode debater com o facto de que as suas aventuras amorosas resultaram em gravidez e que esta pode conduzir a uma situação de dor e de conflito (Newman e Newman, 1986). Assim, este também se vê confrontado com a necessidade de tomar uma decisão face à gravidez.

Le Van (1998) refere que o homem pode estar mesmo na origem da decisão de engravidar, esforçando-se para convencer a adolescente a tornar-se mãe. Para estes homens a paternidade constitui um "motor" para avançar na vida e um acto de maturidade.

Como já referimos anteriormente, alguns companheiros desaparecem da vida das adolescentes, mas muitos mantêm-se com elas (Academia Americana de Pediatria, 1999b; Juszczak, 1992). As consequências da gravidez na

adolescência, para a adolescente e para a sua criança, dependem da estabilidade do apoio social após o parto, especialmente do apoio emocional dos pais, do companheiro e da acessibilidade a recursos financeiros adequados (Newman e Newman, 1986).

Gráfico 6 – Percepção da adolescente acerca da reacção do companheiro face à gravidez



No caso das adolescentes da nossa amostra (Gráfico 6) a maioria dos companheiros reagiu bem face a gravidez: 56% reagiram mesmo com contentamento. Duas adolescentes referiram:

*Ficou contente, claro! Tínhamos tudo planeado!*

**Entrevista 28**

*Fiquei contente e ele ainda mais. Ele ficou o dobro!*

**Entrevista 125**

As adolescentes referiram que 20.6% dos companheiros manifestaram aceitação:

*Ele também aceitou bem...isso já fazia parte dos nossos planos., mas era depois de casados, não é?*

**Entrevista 29**

Por outro lado, 20.1% dos companheiros das adolescentes reagiram com choque/apreensão à notícia de gravidez, revelada da seguinte forma:

*Pus-lhe a ecografia em cima da mesa, dei-lha para a mão e ele perguntou: o que é isto? Oh! Uma coisa que admiro é que ele nunca me falou em aborto.*

**Entrevista 26**

*... ficou muito surpreso ...para ele foi mais o choque porque ele já tinha ...a ex-namorada dele também estava grávida dele de uma menina e então quando soube que ia ser pai duas vezes num ano foi um choque para ele. Foi um choque.*

**Entrevista 185**

Por último, 3.3% “desapareceram” da vida das adolescentes:

*Foi realmente desastroso, não estava à espera.*

**Entrevista 120**

*Começou a olhar para mim de uma maneira, depois foi rápido embora. ...quando vi ele já tinha apanhado o autocarro, quando cheguei à paragem.*

**Entrevista 188**

Abreu (1998), no seu estudo encontrou uma percentagem mais elevada (90.5%) de companheiros que aceitaram, alguns até com contentamento a gravidez da adolescente; Jongenelen (1998), também referiu que as adolescentes percepcionaram a reacção inicial do companheiro face a gravidez como favorável (84%).

Quadro 33 – Percepção das adolescentes acerca da reacção dos seus professores face à gravidez

Reacção dos professores	nº	%
Apoio / aceitação	1	0.5
Choque / apreensão	27	12.9
Não sabe / não aplicável	181	86.6
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Sabemos que a gravidez na adolescência é um fenómeno complexo que afecta a vida das adolescentes e a da escola (Newman e Newman, 1986). A gravidez parece agravar as dificuldades no prosseguimento da escolaridade e as mães adolescentes sentem-se muito pressionadas para abandonar a escola. Canavarro e Pereira (2001), referem que a sua experiência clínica mostra que cerca de dois terços das grávidas adolescentes desistem de estudar e quando continuam a frequentar a escola enfrentam grandes dificuldades para conseguir desempenhar, simultaneamente, as diferentes tarefas em que estão envolvidas.

Sem um diploma de curso secundário ou formação profissional, estas mães jovens e solteiras, assim como as suas crianças, entram num círculo vicioso de dependência da segurança social e de nova gravidez (Sweeney, 1996).

Alguns investigadores referem que mesmo as crianças saudáveis e normais, nascidas de mães adolescentes, correm um risco maior de morrer durante o primeiro ano de vida, em relação aos filhos de mães adultas. Estes índices mais elevados de mortalidade devem-se sobretudo a infecções, violência, acidentes e síndromes de morte súbita e poderem ainda estar indirectamente relacionados com as limitações sociais, económicas e educacionais da mãe.

Assim, por consideramos o papel dos professores fundamental na prevenção do abandono escolar, questionamos as adolescentes quanto à reacção dos professores face a gravidez.

Antes de mais temos de salientar (Quadro 33) a elevada percentagem (86.6%) de adolescentes que não responderam a esta questão (ou porque já tinham abandonado a escola antes de engravidarem, ou porque decidiram

desistir da escola sem comunicar aos professores a sua gravidez, ou porque o ano lectivo terminou antes da gravidez ter-se tornado notória). Das adolescentes que comunicaram a sua gravidez aos professores, 12.9% reagiram com choque/apreensão:

*... disseram que devia sair, que era um mau exemplo.*

#### **Entrevista 57**

Apenas 0.5% dos professores manifestou o seu apoio/aceitação, como ilustra a seguinte narrativa:

*Informei a minha directora de turma e ela por sua vez informou os restantes professores. Já faltava pouco para os exames e eles ajudaram-me.*

#### **Entrevista 51**

Quadro 34 – Percepção das adolescentes acerca da reacção dos seus amigos face à gravidez

Reacção dos amigos	nº	%
Contentamento	32	15.3
Apoio / aceitação	54	25.8
Choque / apreensão	13	6.2
Desinteresse	2	1.0
Não sabe / não aplicável	108	51.7
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>

Quando a adolescente engravida predomina um sentimento de diferença, física e psicológica, em relação aos seus pares. Se anteriormente à ocorrência da gravidez o relacionamento com o grupo de pares não era considerado muito significativo, este sentimento é reforçado durante a gravidez já que a jovem deixa de os acompanhar na maioria das actividades.

A reacção dos amigos varia em função do significado que estes atribuem

à gravidez na adolescência. Os pares podem manifestar reacções tão diversas, como camaradagem e apoio ou a rejeição da adolescente.

No caso das adolescentes da nossa amostra (Quadro 34) parece notório o número de adolescentes que se afastaram dos amigos e não sabem ou não referem a reacção destes à sua gravidez (51.7%). Dos amigos que tomaram conhecimento da gravidez, 25.8% manifestaram apoio/aceitação; 15.3% manifestaram contentamento; 6.2% manifestaram choque/apreensão e duas adolescentes (1%) referem que os seus amigos reagiram com desinteresse.

Não há dúvida que a gravidez precoce é problemática tanto para a rapariga como para o companheiro. Com a gravidez, o casal necessita de se preparar para integrar o novo elemento na sua relação. Principalmente no caso do primeiro filho, o companheiro que habitualmente era percebido como parceiro romântico, passa também a ser investido da identidade de "pai do meu filho", aquele com quem a adolescente vai partilhar a responsabilidade de cuidar e de educar uma criança (Canavarro, 2001).

Papéis e identidades não se formam segundo um processo cumulativo, em que os novos papéis são acrescentados aos já existentes. O desempenho de novos papéis e funções implica a sua integração num todo preexistente, com a consequente reestruturação dos mais antigos. Neste sentido o relacionamento entre a adolescente e o companheiro vai ser desafiado (Canavarro, 2001).

No caso do companheiro da adolescente ser também adolescente e a gravidez tiver como consequência a interrupção escolar, a perda do apoio da família e dos amigos e a pobreza, a probabilidade de uma boa qualidade de vida está consideravelmente reduzida. No entanto, estas consequências não têm que ocorrer necessariamente; tudo depende da resposta dos membros da família do companheiro, sobretudo a nível de apoio financeiro e emocional.

Pelos resultados obtidos no nosso estudo, existe uma grande probabilidade da adolescente e do seu companheiro contarem com o apoio da família deste: 37.3% dos familiares reagiram com contentamento quando receberam a notícia de gravidez:

*Ficaram muito contentes. Para os pais dele é o primeiro neto, não se fala noutra coisa.*

**Entrevista 29**



Uma percentagem inferior (30.6%) dos familiares do companheiro manifestou apoio/aceitação:

*Reagiram bem. Sempre nos apoiaram em tudo.*

**Entrevista 43**

Sobre os que reagiram inicialmente com choque/apreensão (14.8%), duas adolescentes referiram:

*Ele não tem pai, já faleceu. A mãe em princípio também reagiu assim...porque ele é novo como o caraças. Mas depois ela reagiu bem, agora está tudo bem.*

**Entrevista 85**

*E agora como é que vai ser (mãe do companheiro)? Vais abortar? Ela tanto é que me disse que me dava o dinheiro para eu ir abortar, se eu quisesse abortar. Mas agora se eu o quisesse ter não estava para sustentar o filho de ninguém.*

**Entrevista 188**

Antes de continuarmos a apresentar e a analisar as reacções e os sentimentos face à gravidez das adolescentes que colaboraram no nosso estudo, pensamos ser pertinente recordar que para avaliar as reacções e sentimentos da mulher face à gravidez (considerados como dimensões relevantes na adaptação parental e, conseqüentemente, facilitadores da construção de um sentimento de identidade realizada), utilizamos o *Questionário de Avaliação da Gravidez*. Trata-se de um questionário de auto-relato constituído por 37 itens, agrupados em 6 subescalas diferentes: "Desejo de gravidez", "Medos em relação ao *self*", "Dependência", "Irritabilidade", "Sentimento maternal" e "Medos em relação ao bebé".

### 2.3. DESEJO DE GRAVIDEZ E MEDOS EM RELAÇÃO AO SELF

A literatura existente sobre gravidez na adolescência revela que este

fenómeno está geralmente associado à banalização da actividade sexual nos jovens, à sua falta de conhecimentos sobre a fisiologia do aparelho reprodutor, à sua rara utilização de métodos anticoncepcionais e ao seu desejo de gravidez (consciente ou inconsciente).

Para Le Van (1998) o desejo de gravidez é multiforme: certas gravidezes são programadas e resultam de uma vontade clara e declarada; outras são atribuídas ao acaso ou a acidente, mesmo que tendo sido desejadas (neste último caso, existe um desejo implícito de gravidez).

Ainda segundo Le Van, muitas adolescentes adoptam conscientemente um comportamento contraceptivo de alto risco, mas declaram que desconheciam que pudessem engravidar. Após os primeiros dias de atraso do seu ciclo menstrual, fazem o teste de gravidez e, frequentemente, manifestam contentamento quando o resultado é positivo. Assim, inicialmente atribuem a sua gravidez a uma falha de contraceção, apresentando vários motivos para a ocorrência desta. Esta autora, refere que as adolescentes que têm consciência que o seu comportamento contraceptivo as expõe a um risco de gravidez, pretendem negar a existência de um risco individual. Posteriormente, podem justificar a continuação da gravidez pela recusa de a interromper. Segundo Le Van (1998) a expressão do desejo de gravidez pela recusa de utilização de métodos contraceptivos ou de submissão a um aborto é negativa, pois a adolescente demarca-se de toda a responsabilidade face à sua gravidez.

O desejo de gravidez e/ou da criança nem sempre é fácil de evidenciar, nomeadamente no caso de esquecimento da tomada da pílula. A priori, nada prova que a omissão de um ou de vários comprimidos tenha sido um acto voluntário.

Le Van (1998) sublinha ainda que a tendência da adolescente atribuir a sua gravidez ao acaso ou a um acidente é típico das mais jovens, nas quais a gravidez pode suscitar uma maior reprovação social. A não declaração do seu desejo de gravidez e/ou da criança é uma forma de auto-censura, em referência às normas sociais interiorizadas. Atribuir a gravidez ao acaso ou a um acidente permite a estas adolescentes adoptar uma posição de compromisso entre o seu desejo profundo e a interdição social que pesa sobre a gravidez na adolescência.

Por sua vez, Deschamps e Alvin (1997) referem que ter desejado uma criança é uma coisa, tê-la no seu ventre, vê-la desenvolver-se e transformar uma

imagem corporal ainda não bem integrada é outra. Aceitar este outro em si, não apenas para satisfazer um projecto pessoal, mas para lhe preparar o seu próprio projecto, é particularmente difícil. Desde que não resulte de violência ou de uma relação ocasional, a gravidez na adolescência substitui finalmente um comportamento narcisista. A qualidade da relação pré-natal com a criança pode estar comprometida.

Os investigadores concordam que a gravidez constitui um período de transição dramática: a gravidez proclama a modificação do estatuto de mulher para o de mãe (Trad, 1999). Alguns desenvolvimentalistas referem-se ainda ao período de gravidez como um período de crise, durante o qual a mulher sofre modificações a nível psicológico e revê o seu sentimento de identidade. Sendo estas mudanças notáveis nas mulheres adultas confrontadas com a gravidez, o seu efeito toma maiores proporções quando a grávida é adolescente.

As adolescentes grávidas experienciam simultaneamente dois processos físicos: as transformações físicas normais que ocorrem durante a adolescência e as modificações hormonais inerentes ao processo gestacional.

Por outro lado, a gravidez na adolescência interrompe o processo de crescimento físico normal. Um aspecto vital da identidade sexual de uma adolescente é a forma como o seu corpo se transforma. Quando a adolescente engravida o seu corpo rapidamente sofre novas transformações. As modificações, tais como o aumento de peso pode fazer com que a adolescente não atraia as atenções sexuais do seu grupo de pares; pode impedir as adolescentes de ter uma vida social activa e de se envolverem em relações sexuais. Estas alterações podem ter efeitos negativos: a gravidez impede a adolescente de se adaptar às transformações normais da adolescência, de explorar a sua individualidade e a sua capacidade para se relacionar com os outros. Assim, a gravidez na adolescência pode impedir a compreensão adaptativa da adolescente relativamente à maturação física.

O Quadro 35 representa os resultados estatísticos relativos às dimensões "Desejo de gravidez" e "Medos em relação ao *self*". Como referimos na metodologia do estudo, a primeira dimensão é definida a partir da conjugação das questões 1, 3, 7, 11, 14, 17, 20 e 24 do *Questionário de Avaliação da Gravidez*. A segunda dimensão é definida a partir da configuração das questões 10, 23 e 25 do mesmo questionário. A pontuação final de cada uma destas dimensões é obtida através da soma da pontuação dos itens que as constituíam.

Quadro 35 – Subescalas “Desejo de gravidez” e “Medos em relação ao *self*” –  
dados estatísticos

<i>Questionário de avaliação das reacções e sentimentos face à gravidez</i>			
<b>Subescalas</b>	Média	Desvio-padrão	Ponto Médio
“Desejo de gravidez”	14.4	4.6	20.5
“Medos em relação ao <i>self</i> ”	6.7	1.7	7.5

Nota: A escala do Desejo de gravidez vai no sentido de quanto mais elevada a pontuação obtida menor o desejo de gravidez.

Em relação à dimensão “Desejo de gravidez”, cuja pontuação pode variar entre 7 e 34, verifica-se que a média dos valores é de 14.4. O desvio padrão de 4.6, o mais elevado dos calculados para as escalas constituintes do *Questionário de Avaliação da Gravidez*, deixa entender a heterogeneidade das respostas. No entanto, o valor médio obtido situa-se abaixo do ponto médio da escala (20.5), o que traduz a tendência para um elevado desejo de gravidez. O depoimento das seguintes adolescentes demonstra bem o desejo de gravidez:

*Era o meu maior sonho e o do meu namorado! Ele queria ter um filho meu. O meu pai queria ser avô, por isso eu não evitei ficar grávida.*

**Entrevista 86**

*Eu não usei nada porque eu também não me interessava muito. É assim, se eu não quisesse ficar com ele (namorado) e não tivesse a certeza daquilo que estava a fazer, aí sim! Eu tinha a certeza do que estava a fazer!*

**Entrevista 87**

*Nunca tomei nada ... eu tentei, tentei e consegui. Nunca tomei nada. Queria ter um bebé.*

**Entrevista 180**

Estes dados estão em consonância com a literatura que refere a gravidez na adolescência pode resultar do desejo consciente ou inconsciente da adolescente (Le Van, 1998). Recordemos que das adolescentes que participaram no nosso estudo 56% não utilizavam métodos anticoncepcionais e destas 41% manifestaram explicitamente o desejo de engravidar. Kalil e Spindel (2003) e Spear (2001) também encontraram no seu estudo adolescentes que manifestaram o desejo de ter uma criança.

Nesta dimensão os nossos resultados são semelhantes aos obtidos por Soares, Marques, Martins e outros (2001): o valor médio obtido situou-se abaixo do ponto médio da escala.

Relativamente à dimensão "Medos em relação ao *self*", a pontuação pode oscilar entre 3 e 12. O valor médio obtido (6.7) situa-se abaixo do ponto médio da escala (7.5), o que denota uma tendência para um nível baixo de medos em relação a si própria. O desvio padrão de 1.7, um dos mais baixos calculados, deixa entender uma maior uniformidade de respostas. Estes resultados estão de acordo com a perspectiva de Levine, Carey e outros (1983), segundo a qual na fase tardia da adolescência a maioria dos jovens já experienciaram as mudanças pubertais e a maior parte do crescimento linear, tendo já construído uma imagem corporal realista e, conseqüentemente já não estão preocupadas com a sua imagem corporal. Por outro lado, sabemos que quando as adolescentes não aceitam a sua gravidez ou quando esta não é aceite socialmente, os desconfortos da gravidez assumem maiores proporções, o que não é o caso de muitas das nossas adolescentes. As adolescentes da nossa amostra referem-se naturalmente às alterações corporais e do bem-estar inerentes à gravidez; tendo sido estas alterações que lhes permitiram tomar conhecimento da gravidez e as levaram a confirmar o diagnóstico:

*Ao princípio um cheiro de nada eu vomitava, eu acordava de manhã já a vomitar, sem nada no estômago, então fui à médica ... a médica mandou-me fazer um exame, fiz e deu positivo. Fiquei contente. Telefonei logo ao meu marido a dizer que estava grávida.*

**Entrevista 87**

*... eu sentia assim os peitos a crescer e eu para o meu namorado: olha que isto é qualquer coisa. E ele: vai fazer (o teste). ... fui à farmácia fazer o teste e deu positivo! Fiquei contente.*

#### **Entrevista 103**

*... Depois vi a minha barriga assim a desenvolver, depois estive aqui nas urgências com a médica, estive a falar com ela. Ela pôs-me uma máquina que se ouve o coração do bebé e deu para ver logo que eu estava de bebé. Mas eu também já tinha a certeza foi mais pela minha barriga ter crescido ...*

#### **Entrevista 207**

Outro aspecto interessante nesta dimensão é que algumas adolescentes não utilizavam contraceptivos orais com medo de engordar, mas posteriormente face à gravidez não manifestavam essa preocupação:

*Nunca tomei (a pílula). Diziam que a pílula engordava e essas coisas todas ... falhou-me o período, deixei passar 15 dias fui fazer o teste e já estava grávida de um mês. Fiquei contente!*

#### **Entrevista 144**

Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Soares, Marques, Martins e outros (2001).

## **2.4. DEPENDÊNCIA E IRRITABILIDADE**

As actuais civilizações ocidentais, que elegeram como um valor essencial a independência do indivíduo, o seu direito a uma identidade pessoal, livre e autónoma, encorajam a autonomia dos adolescentes em relação à sua família.

Para Cloutier (1997) o estabelecimento de autonomia em relação aos pais, uma das primeiras tarefas da adolescência, exige que os jovens ultrapassem as fronteiras da família para construir o seu próprio mundo. O desenvolvimento das suas ideias, a definição dos projectos em relação à sua carreira profissional, o estabelecimento de independência emocional, o

envolvimento numa relação amorosa e o desenvolvimento da sexualidade, de acordo com as normas socialmente aceites, são os eixos mais importantes para o estabelecimento da independência adulta.

No entanto, esta tarefa pode ser dificultada pela discrepância entre a capacidade procriativa e a capacidade sócio-económica e ainda pela necessidade de manter fortes laços familiares e obrigações mútuas entre pais e filhos ao longo de toda a vida (Fleming, 1997). Ainda segundo esta autora, estes factores vão condicionar o adolescente e reforçar o carácter paradoxal da própria adolescência: o adolescente, que até esse período foi gratificado pelas experiências vividas com os seus pais, emerge com um desejo contraditório de separação. Este paradoxo gera tensão e mudança.

Para Fleming (1997) nenhuma sociedade pode funcionar ou perdurar se cada um dos seus membros não funcionar competentemente por si mesmo, se não contribuir com a sua parte pessoal para a sobrevivência, ou seja, todas as sociedades esperam que os seus membros adultos tenham um certo grau de auto-suficiência e que os seus membros jovens se tornem mais autónomos ou mais auto-suficientes durante o período do seu maior crescimento, desenvolvimento e socialização.

Para os adolescentes, a autonomia é também um valor fundamental na sua vida, uma das questões mais importantes e aliciantes associadas à expectativa de entrada na adolescência, um dos aspectos mais interessantes da idade. Fleming (1997) refere um estudo com adolescentes portugueses, em que é co-autora, em que se verificou a presença de um desejo de autonomia: colocados perante o dilema entre a autonomia e a dependência da família, 48% de rapazes e 46.8% de raparigas de 12-13 anos optaram pela autonomia e essa proporção subiu significativamente com o aumento da idade.

Quando a adolescente engravida pode ser obrigada a procurar de novo o apoio dos pais: muitas grávidas e mães adolescentes são solteiras, desempregadas e dependem das suas mães para satisfazer as necessidades mais básicas; frequentemente, algumas mães prestam cuidados à criança para que a adolescente continue a estudar ou a trabalhar. Esta situação pode conduzir a conflito e a problemas de relacionamento, particularmente, se a mãe da adolescente manifestar zanga e ressentimento face à gravidez. A maior parte das vezes, o pai da adolescente é referenciado como exercendo uma influência mínima e fornecendo pouco apoio (Logsdon, Birkimer, Ratterman e outros,

2002).

Os adolescentes, tal como as crianças e os indivíduos mais velhos, manifestam muitas vezes zanga e receio. Estes sentimentos são causados por condições que ameaçam ou parecem ameaçar o bem-estar do adolescente: a sua segurança física, conforto, planos, desejos, orgulho ou algo que ele valoriza e deseja proteger (Jersild, 1963). Face a uma situação ameaçadora, se o adolescente sentir que tem capacidade e desejo para se opor, sente zanga; se possuir um sentimento de subjugação ou não confiar na sua força, sente receio e recua. Zanga e receio estão interrelacionados entre si e com outras emoções de uma forma complexa: o adolescente pode estar zangado mas ter receio de o manifestar; pode estar zangado por sentir receio; o receio pode ser inerente ao processo de zanga e esta pode englobar outros sentimentos, tais como depressão e auto-piedade (Jersild, 1963).

Sabemos que a gravidez é um período em que ocorrem modificações a nível emocional, mesmo em ótimas condições. Quando a expectante mãe é adolescente, a perspectiva de mudanças dramáticas que acompanham uma gravidez normal pode tornar-se esmagadora. Ao engravidar a adolescente é, a curto prazo, impedida de continuar o processo de formação da sua identidade e é obrigada a ter como foco de atenção a gravidez e as suas consequências. Como resultado, a adolescente grávida pode adoptar comportamentos e emoções inadequados que afectam não só o seu desenvolvimento, mas também podem influenciar o seu relacionamento com a criança (Trad, 1999).

Para lidar com esta perturbação psicológica, é necessário compreender quando as perturbações típicas da gravidez se tornam exageradas. Atendendo a este ponto de vista, a gravidez pode ser considerada como uma experiência emocional e interpessoal.

A gravidez é também conhecida como um período de tempo durante o qual as respostas emocionais da grávida estão aumentadas. Os sonhos e as fantasias das mulheres confrontadas com a iminente maternidade são conhecidas por conter uma poderosa mistura de ansiedade, medo e/ou depressão. Num estudo apresentado por Trad (1999) verificou-se que 13% das mães adolescentes tentam o suicídio. Medos e conflitos relacionados com a transição desenvolvimental tendem a dominar as fantasias da mulher durante a gravidez, uma resposta compreensível dado o sentimento de falta de controle que a gravidez evoca. Nesta perspectiva, muitas grávidas consideram o feto



como uma “força devoradora”, “prisão” ou um “destruidor”. Estes fortes sentimentos podem impedir a jovem mãe de estabelecer uma ligação adaptativa com a sua criança. Como consequência, existe uma grande probabilidade de a criança sofrer abuso ou ser negligenciada depois do nascimento. No entanto, as mulheres adultas têm a capacidade de reconduzir estas fortes emoções, substituindo as imagens negativas por antecipações positivas acerca do nascimento iminente da criança.

Frequentemente, a eliminação destas emoções é difícil para a grávida adolescente. A gravidez pode impedir a adolescente de sentir que controla a sua vida. Pode sentir receio, vergonha, culpa e zanga. Pode construir expectativas negativas acerca do futuro, pode considerar que a gravidez interfere com a sua própria independência, ressentir-se das excessivas exigências da criança em termos do seu próprio corpo e de ressentir a criança como um objecto que lhe restringe seriamente a sua independência.

Estas expectativas negativas podem oprimir a adolescente. As adolescentes podem ter de enfrentar dois sentimentos antagónicos: por um lado manifestam ressentimento pelas limitações que a gravidez impõe às suas actividades; por outro, sentem-se culpadas e responsáveis pela gravidez. Estas emoções aumentam à medida que a hora do parto se aproxima, especialmente se a gravidez não foi planeada nem desejada.

Os resultados estatísticos relativos às dimensões “Dependência” e “Irritabilidade” encontram-se representados no Quadro 36. Como referimos na metodologia do estudo, a dimensão “Dependência” é definida a partir da conjugação das questões 4, 12 e 21 do *Questionário de Avaliação da Gravidez*. A dimensão “Irritabilidade” é definida a partir das questões 6, 19, 29a, b, c, d, e, f, g, h, i do mesmo questionário. A pontuação de cada uma destas dimensões é obtida através da soma da pontuação dos itens que as constituíam.

Quadro 36 – Subescalas “Dependência” e “Irritabilidade” – dados estatísticos

<i>Questionário de avaliação das reacções e sentimentos face à gravidez</i>			
<b>Subescalas</b>	Média	Desvio-padrão	Ponto Médio
“Dependência”	8.9	1.3	7.5
“Irritabilidade”	28.3	4.3	32

Em relação à dimensão “Dependência”, cuja pontuação pode variar entre 3 e 12, o valor médio é de 8.9 (situando-se acima do ponto médio da escala: 7.5). O desvio padrão de 1.3, o mais baixo calculado para as escalas do *Questionário de Avaliação da Gravidez*, deixa entender uma uniformidade de respostas.

Gostaríamos de recordar que quanto mais elevada é a pontuação obtida nesta escala, mais elevados são os sentimentos de dependência, principalmente uma elevada dependência em relação a outras pessoas, na gravidez e na prestação de cuidados ao bebé, após o nascimento. Algumas adolescentes manifestavam o seu sentimento de dependência da seguinte forma:

*Estou a viver sozinha, só eu e o meu namorado. ... no princípio ele (namorado) não trabalhava, ficou desempregado e então a minha mãe ajudava-me: tirava-me o passe para eu ir, para vir aqui para o C. e dava-me de comer durante o dia e tudo, ajudava-me.*

**Entrevista 106**

*... se não fosse a minha mãe e a minha avó, não sei como isto seria.... A minha avó é uma das pessoas que faz tudo por mim.*

**Entrevista 166**

*Há sempre ajudas, mas não tinha assim muitas possibilidades de criar um bebé. Mas há sempre ajudas.*

**Entrevista 180**

*... Depois daí nunca mais o vi (namorado). Já me disseram que ele está a trabalhar para fora, eu não sei. Eu costumo passar por ela (mãe do namorado) e não dizer nada, ela também é assim para mim. Não me pergunta nada. É o que se espera da família dele! Tenho de depender de mim e da minha mãe.*

#### **Entrevista 188**

Estes resultados são convergentes com a literatura do desenvolvimento psicológico da gravidez na adolescência, a qual tem enfatizado que este acontecimento parece aumentar a dependência da adolescente face aos adultos, especialmente em relação aos membros da sua família (Trad, 1999; Oliveira, 1998; Spikes e Drapp, 1991). Os valores médios obtidos por nós, nesta escala, são mais elevados do que os encontrados por Jongenelen (1998) e idênticos aos encontrados por Soares, Marques, Martins e outros (2001). Spear (2001) também verificou no seu estudo que as participantes manifestaram dependência das suas mães em termos afectivos, de apoio emocional, de estabilidade e de prestação de cuidados ao bebé. Já muitas das participantes no estudo de Kalil e Spindel (2003), expressaram o desejo de independência em termos económicos e na prestação de cuidados à criança.

Em relação à dimensão "Irritabilidade", o *score* total pode variar entre 20 e 44. O valor médio é de 28.3 e o desvio padrão é de 4.3, um dos mais elevados calculados nas escalas do *Questionário de Avaliação da Gravidez*, deixa entender a heterogeneidade das respostas. Sendo o ponto médio da escala igual a 32, os resultados da escala de irritabilidade sugerem que a vivência emocional da gravidez não parece ter assumido contornos negativos para estas adolescentes. Este baixo nível de "Irritabilidade" é natural face ao apoio da família e do namorado:

*Ele (namorado) estava comigo (quando foi revelado o diagnóstico), ficou todo contente. Primeiro fui à médica, primeiro para resolver as coisas, depois é que disse em minha casa. Comecei por dizer à minha madrastra, depois à minha irmã e depois é que disse ao meu pai. Primeiro disse que eu não tinha juízo, depois ficou toda contente (madrastra). Agora estão todos contentes.*

#### **Entrevista 98**

*Ao princípio fiquei um bocado assustada, mas pronto ele (namorado) deu-me sempre apoio em tudo. A minha mãe reagiu um bocado mal no início, ainda passamos um bocado, só que agora está tudo bem. Ele (namorado) nunca me deixou ir muito abaixo.*

#### **Entrevista 100**

No entanto, não podemos deixar de referir um excerto da entrevista de uma adolescente que apresentava um valor mais elevado nesta escala:

*Quando mudar a lua posso ter, eu queria quando tivesse os nove meses. Pesa pouco: 1Kg e 900. Sabe porque pesa pouco? Porque eu também me enervo muito. Devia estar mais gorda, não digo mais, um bocadinho mais gorda. Enervo-me por causa dele (namorado). Eu não vou rebaixar. Se ele é mau para mim também sou má para ele.*

#### **Entrevista 109**

Estes resultados são consistentes com outros obtidos em pesquisas realizadas por Soares, Marques, Martins e outros (2001); Spear (2001) e Jongenelen (1998).

Segundo Luster e Mittelstaedt (1993) o bem-estar psicológico está relacionado com a competência parental das mães adolescentes.

### **2.5. SENTIMENTO MATERNAL E MEDOS EM RELAÇÃO AO BEBÉ**

Alguns autores defendem que a dimensão maternal deve emergir numa identidade feminina bem estruturada (Leal, 2001; Correia, 1998; Larsen e Juhasz, 1985).

Em princípio a capacidade de procriação baseia-se numa dimensão biológica, o que significa que a maioria das mulheres pode ter filhos. No entanto, ser mãe também engloba uma dimensão social e antropológica que implica na nossa cultura a capacidade de conter, amparar e apoiar (Leal, 2001). Segundo esta autora, o facto de ter a capacidade física de ter filhos não garante a existência das desejáveis capacidades de maternalização.

Neste contexto percebe-se o sentido que tem falar de sentimento maternal. O sentimento maternal significa afecto, ternura, capacidade de cuidar e tomar conta, altruísmo, defesa e protecção do outro. A função materna é, no essencial, uma função contentora e de acolhimento mas igualmente interactiva e produtora de estímulos que as crianças necessitam para se desenvolverem (Leal, 2001).

Para Figueiredo (2000b) a falta de preparação das mães para as tarefas da maternidade, tem sido considerada, quer na compreensão das dificuldades que a vivência da maternidade na adolescência pode implicar, quer na compreensão das dificuldades que a mãe adolescente pode sentir nos cuidados a prestar ao bebé.

Alguns estudos evidenciaram que a preparação da adolescente para a maternidade (o seu conhecimento acerca do desenvolvimento da criança e das práticas parentais adequadas, bem como as suas atitudes para com o papel parental) é uma dimensão significativa para as práticas parentais que futuramente vem a estabelecer, interferindo na trajectória desenvolvimental da criança.

As mães adolescentes estão cognitivamente menos preparadas para o papel parental do que as mães adultas, nomeadamente, reportam expectativas irrealistas a propósito da criança, o que compromete negativamente os cuidados e interacção com o bebé (Figueiredo, 2001; Larsen e Juhasz, 1985). Num estudo referido por Larsen e Juhasz (1985) verificou-se que as adolescentes mães de recém-nascidos de termo esperavam que as suas crianças atingissem determinados aspectos desenvolvimentais mais tarde comparativamente com as mães adultas; as adolescentes mães de crianças pré-termo esperavam que estas características desenvolvimentais acontecessem mais cedo.

Diversos estudos mostraram que as mães adolescentes são menos capazes de estabelecer interacções adequadas com o bebé do que as mães adultas, o que contribuiria para os problemas e atrasos que os seus filhos com frequência apresentam.

Segundo Luster e Mittelstaedt (1993), as mães adolescentes, tal como as mães adultas, apresentam diferentes níveis de conhecimentos acerca do desenvolvimento da criança e diversos pontos de vista acerca dos cuidados apropriados a prestar à criança. Estes autores apresentam alguns estudos em que foi examinada a relação entre as ideias das mães adolescentes e o

conhecimento acerca dos cuidados a prestar à criança e das suas práticas parentais. Os resultados revelaram que as mães adolescentes mais novas manifestavam mais atitudes punitivas em relação às adolescentes mais velhas e as mães com atitudes mais punitivas tendiam a fornecer menos apoio. Outro estudo mostrava as mães adolescentes com atitudes mais responsáveis exibiam mais sorrisos e contacto visual com os seus bebés. Ainda num outro estudo referenciado por estes autores, verificou-se que as mães adolescentes que forneciam um ambiente de apoio às suas crianças diferiam dos seus pares que forneciam menos apoio em termos de crenças acerca da educação das crianças. As mães que proporcionavam o ambiente de maior apoio enfatizavam a importância de falar com as crianças precoce e frequentemente e acreditavam que as crianças deviam ter um espaço próprio para explorar. O fornecimento de menor apoio era proporcionado por mães que acreditavam que as crianças se comportavam como saqueadores se a mãe interagisse com a criança e se fosse afectiva e por mães que enfatizavam a importância da disciplina.

Para estudar as crenças acerca das práticas apropriadas para a educação das crianças, Luster e Rhoades (1989) avaliaram em que medida as crenças maternas influenciavam o desenvolvimento da sua criança. As jovens mães que forneciam um ambiente de apoio às suas crianças acreditavam que os pais exerciam uma considerável influência no desenvolvimento da criança; as mães que apresentavam maiores conhecimentos acerca do desenvolvimento da criança também forneciam um ambiente que lhe proporcionava apoio.

O medo em relação ao bebé é uma outra dimensão que pode ser influenciada pelas atitudes face à maternidade, pelo conhecimento acerca do desenvolvimento da criança e pela maturidade sócio-emocional.

Passaremos de seguida a apresentar a forma como as adolescentes da nossa amostra se comportam face ao "Sentimento maternal" e "Medos em relação ao bebé".

No Quadro 37 estão representados os resultados estatísticos relativos às dimensões "Sentimento maternal" e "Medos em relação ao bebé". Como se referiu anteriormente, a dimensão "Sentimento maternal" é definida a partir da conjugação das questões 2, 9, 16, 27 e 28 do *Questionário de Avaliação da Gravidez*. A dimensão "Medos em relação ao bebé" é definida a partir da conjugação das questões 5, 8, 13, 15, 18, 22 e 26 do PRQ. Recordamos que a pontuação final de cada uma destas dimensões é obtida através da soma da

pontuação dos itens que as constituíam.

Quadro 37 – Subescalas “Sentimento maternal” e “Medos em relação ao bebé” – dados estatísticos

<i>Questionário de avaliação das reacções e sentimentos face à gravidez</i>			
<b>Subescalas</b>	Média	Desvio-padrão	Ponto Médio
“Sentimento maternal”	11.8	2.1	15
“Medos em relação ao bebé”	22.5	2.8	17.5

Nota: Uma pontuação elevada na subescala Sentimento maternal significa um menor sentimento maternal da grávida

No que se refere à escala “Sentimento maternal”, a média é de 11.8, sendo o ponto médio 15 (a pontuação total pode variar entre 5 e 25). O desvio padrão é de 2.1, trata-se de um valor baixo relativamente às escalas constituintes do *Questionário de Avaliação da Gravidez*. Estes resultados revelam elevados sentimentos maternos, o que se tem revelado determinante no ajustamento à gravidez precoce (Jongenelen, 1998). A maternidade implica amar e ter capacidade para atender às necessidades da criança. Assim, referem as seguintes adolescentes:

*... agora ainda estou mais contente que é um menino!  
Estava a ver a carinha dele a rir-se (na ecografia).*

**Entrevista 86**

*... Mas se não for agora é daqui a dez anos ou mais tarde. Vai ser igual, vou-me ter de prender na mesma. Então porque não o vou ter agora, que sou nova e tenho paciência para educá-lo?*

**Entrevista 87**

*Estou contente ... uma pessoa fica sempre mais contente quando vê a ecografia e vê que está tudo bem e já começa a encarar mais ...*

#### **Entrevista 157**

Estes resultados também são idênticos aos obtidos por Soares, Marques, Martins e outros (2001) e Jongenelen (1998). Estas autoras, verificaram nos seus estudos que a escala do "Sentimento maternal" apresentava valores baixos, isto é, os valores médios encontrados situavam-se abaixo do ponto médio da escala.

Em relação a esta dimensão, Kalil e Spindel (2003) constataram no seu estudo que a maioria das adolescentes que constituíram a sua amostra manifestaram um sentimento de preparação para o desempenho do papel maternal em virtude de terem prestado cuidados aos membros mais novos da sua família. Spear (2001), também verificou que muitas participantes no seu estudo demonstraram estar a desenvolver uma ligação com o feto na medida em que falavam com o feto, referiam-se ao feto como "ele" ou "ela" e expressavam o desejo de satisfazer as necessidades físicas e emocionais do bebé.

Relativamente à escala "Medos em relação ao bebé", o valor médio encontrado foi de 22.5, situando-se acima do ponto médio da escala (17.5). O desvio padrão de 2.8, um valor relativamente baixo face às restantes escalas do PQR. Salientamos que a pontuação final pode variar entre 7 e 28. Estes resultados revelam, assim, níveis elevados de receios em relação ao bebé, particularmente uma elevada preocupação quanto à integridade física do feto e ao subsequente bem-estar físico e desenvolvimento do bebé. Algumas adolescentes manifestaram medo em relação ao bebé da seguinte forma:

*Soube que estava grávida com três meses, fui logo ao médico. Pedi para fazer uma ecografia para saber se estava tudo bem. O meu problema tinha medo que o feto podia estar ... como eu estava a tomar os calmantes, mas estava tudo bem!*

#### **Entrevista 92**



*Tinha um mês e meio quando soube que estava grávida. Quando eu fui lá à farmácia o senhor que estava na farmácia disse que eu tinha de ir à médica depressa porque eu tinha não sei quê um princípio de anemia e eu fui logo à médica.*

#### **Entrevista 107**

*... eu falei então com o meu professor de ginástica porque tinha medo que a fazer algum exercício pudesse magoar (o bebé).*

#### **Entrevista 145**

*Fiquei assim com um bocadinho de medo, principalmente por não ter muitos estudos e por não ter muita valorização profissional e por pensar acima de tudo que se calhar não podia oferecer grande coisa ao bebé. Era o que eu sempre tinha pensado, quando tivesse um filho gostava de uma boa posição, uma boa profissão para poder dar aquilo que eu não tive. Assustou-me um bocadinho não ter estudos e isso...*

#### **Entrevista 181**

*De certa forma a família gostaria de ver a situação resolvida dessa maneira (com o casamento), mas eu, pessoalmente, também acho que para acabar com conversa e pronto para me sentir bem e mesmo para dar segurança à criança. Eu acho que também é importante ter o pai ao lado. É obvio que a criança não sabe se o pai e a mãe são casados, mas dá uma certa estabilidade que de outra forma a criança não terá.*

#### **Entrevista 184**

Estes resultados são idênticos aos obtidos por Jongenelen (1998). Os elevados níveis de medos em relação ao bebé, poderão ser reflexo dos escassos conhecimentos da adolescente acerca da evolução da gravidez e do desenvolvimento da criança, que poderão advir do seu baixo nível de escolaridade, pela falta de interesse pela leitura deste tipo de livros e até da pouca experiência com crianças. Spear (2001) também verificou no seu estudo que as adolescentes demonstravam preocupação em relação à integridade do

feto, na medida em que evitavam envolver-se em brigas durante a gravidez para não magoar o feto ou impedir o seu desenvolvimento.

Já Soares, Marques, Martins e outros (2001), verificaram que as adolescentes da sua amostra demonstraram níveis baixos de medos em relação ao bebé: os valores médios encontrados situaram-se abaixo do ponto médio da escala.

### 3. A ADOLESCENTE E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE

A construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente num adulto produtivo e maduro.

Para Erikson (1976), a identidade é uma concepção de si mesmo, composta por valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido. Logo, a construção da identidade implica que o indivíduo defina quem é, quais os seus valores e quais as direcções que pretende seguir durante a sua vida.

Para Marcia (1980), a identidade refere-se a uma posição existencial, à organização interna de necessidades, habilidades e auto-percepções e à realidade socio-política local.

O processo de construção da identidade é influenciado por factores intra pessoais (as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade); por factores interpessoais (identificações com outros indivíduos) e por factores culturais (valores sociais, globais e comunitários, a que o indivíduo está exposto) (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares, 2003). Estas autoras referem ainda que o sentimento de identidade pessoal se constrói de duas formas: a primeira implica que o indivíduo se perceba como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; a segunda implica que os outros reconheçam essa semelhança e continuidade.

Marcia (1980) afirmou que quanto mais desenvolvido o sentimento de identidade, mais o indivíduo valoriza as suas semelhanças ou diferenças em relação aos outros e mais claramente reconhece as suas limitações e habilidades. Quanto menos desenvolvido o sentimento de identidade, mais o indivíduo necessita do apoio de opiniões externas para se avaliar e mais dificuldade tem em distinguir-se dos outros.

As adolescentes que desenvolvem um sentimento seguro de identidade apresentam elevada auto-estima e têm tendência a ter melhor saúde mental (Greig, 2003; Marcia, 1980).

Estes dados e outros obtidos a partir do momento em que Marcia operacionalizou o constructo da identidade de Erikson, indicam que a progressão no sentido da formação da identidade é útil e saudável para os(as)

adolescentes na fase tardia da adolescência (Bernard, 1981).

Sabemos que a gravidez precoce pode dificultar o processo de construção da identidade. As responsabilidades do papel maternal podem impedir as adolescentes de explorar outros papéis e forçar a adolescente a continuar dependente da sua família de origem ou da família alargada a nível económico, material e social.

Relativamente à família das adolescentes, embora não focando especificamente a maternidade na adolescência, muitos estudos abordaram o desenvolvimento da adolescente dentro do contexto familiar, nomeadamente a influência da família na formação da identidade. A coesão e a autonomia foram duas variáveis consideradas de especial interesse pelos investigadores no desenvolvimento da identidade. No entanto, tem-se tornado evidente a relação entre as dimensões da interacção familiar e o desenvolvimento da identidade do indivíduo.

Os pais da adolescente experienciam uma ruptura no seu percurso de vida ao terem de desempenhar prematuramente o papel de avós. Partilham com a adolescente muitas das responsabilidades inerentes à prestação de cuidados à criança, tais como a partilha da habitação para ajudar a prestar cuidados à criança a tempo inteiro e o apoio financeiro. Esta partilha de responsabilidades podem conduzir a um aumento de conflito e à confusão de papéis, o que pode colocar em risco a formação da identidade da adolescente.

Em Portugal, embora se verifique um aumento da pesquisa na área da gravidez e maternidade na adolescência, pouco se sabe acerca da relação entre gravidez e maternidade, ambiente familiar durante este período e o processo de construção da identidade.

Procederemos, neste capítulo, à identificação do estatuto da identidade e à análise subjacente às hipóteses anteriormente formuladas:

- Hipótese 1: Existe uma relação entre o desejo de gravidez e o estatuto de identidade das grávidas adolescentes;
- Hipótese 2: Os sentimentos maternos, medo em relação ao self e irritabilidade têm um peso idêntico na variação do estatuto da identidade da grávida adolescente;
- Hipótese 3: Existe uma relação entre a percepção do nível de relacionamento familiar e o estatuto da identidade das grávidas

adolescentes;

- Hipótese 4: Existe uma relação entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade da adolescente grávida;
- Hipótese 5: Existe uma relação entre o nível socio-económico e o estatuto da identidade da grávida adolescente.

Iremos abordar seguidamente os estatutos dominantes da identidade das adolescentes que constituíram a nossa amostra; a adolescente, a identidade e a identificação: os sentimentos em análise e o processo identitário e contexto familiar.

### 3.1. ESTATUTOS DOMINANTES DA IDENTIDADE

Como referimos anteriormente, para o estudo do processo de formação da identidade das adolescentes grávidas adoptamos a abordagem dos estatutos de identidade de Marcia.

Marcia (1966) considerou essenciais, no processo de formação da identidade do(a) adolescente, duas dimensões: crise ou exploração e investimento. Definiu crise ou exploração como um período de tomada de decisão, em que o indivíduo reexamina valores e escolhas anteriores; definiu investimento como uma escolha relativamente firme, que serviria de base ou guia para a acção do indivíduo.

Segundo Marcia o resultado desejado da exploração seria o investimento num determinado papel e numa determinada ideologia. O investimento seria medido pelo grau de compromisso pessoal que o indivíduo expressasse. Os compromissos corresponderiam às questões que o indivíduo mais valoriza e com as quais mais se preocupam, reflectindo um sentimento de identidade pessoal.

Considerando as duas dimensões, crise e investimento, Marcia (1966) questionou os adolescentes sobre três temas: escolha profissional, religião e política. Como resultado do seu estudo, propôs quatro estatutos da identidade: "Identidade realizada", "Identidade outorgada", "Moratória" e "Difusão".

No estatuto de "Identidade realizada", incluiu os adolescentes que realizaram as suas escolhas e perseguiram metas profissionais ou ideológicas, isto é, os adolescentes que ultrapassaram a crise e realizaram um investimento.

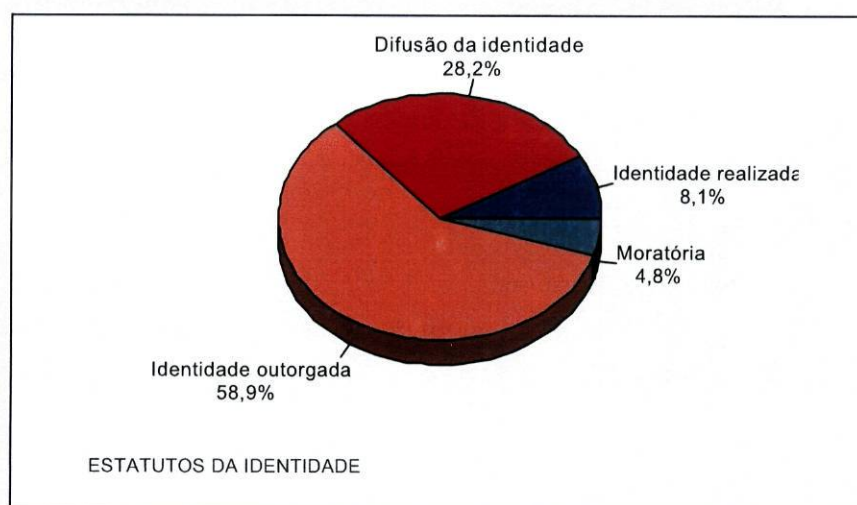
No estatuto de "Identidade outorgada", incluiu os adolescentes que perseguiram metas ideológicas e profissionais seleccionadas por outros (pais, figuras de autoridade, etc.), ou seja, aqueles que não vivenciaram um período de crise.

No estatuto de "Moratória", incluiu os adolescentes que se encontravam a debater com questões profissionais ou ideológicas, isto é, os que se encontravam a atravessar um período de crise e ainda não tinham definido as suas escolhas.

Finalmente, no estatuto de "Difusão da identidade", incluiu os adolescentes que não se encontravam a atravessar um período de crise, embora possa ter existido uma no passado, nem tinham realizado qualquer investimento.

Os estatutos da identidade foram estudados por nós através do *Questionário da Identidade do Ego*, elaborado por Balistreri, Busch-Rossnagel e Geisinger (1995). Trata-se de um questionário de auto-relato constituído por 32 itens. Para determinar os estatutos da identidade de cada participante realizamos os mesmos procedimentos que os autores: utilizamos o *score* médio da dimensão exploração (66.5) e o *score* médio da dimensão investimento (60.03), encontrados na nossa população de referência. Assim, as respondentes com uma média superior em ambas as dimensões foram classificadas em "Identidade realizada"; as que apresentavam uma média inferior em ambas as dimensões foram classificadas em "Difusão de identidade"; as respondentes que apresentavam uma média superior na dimensão exploração, mas um valor inferior à média na dimensão investimento foram classificadas no estatuto "Moratória" e as que apresentaram o padrão inverso foram classificadas como "Identidade outorgada".

Gráfico 7 - Estatutos da identidade das adolescentes grávidas



<b>Estatutos da Identidade</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
A. Identidade realizada	17	8.1
B. Difusão da identidade	59	28.2
C. Identidade outorgada	123	58.9
D. Moratória	10	4.8
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Como se pode observar no Gráfico 7, 58.9% das adolescentes que constituíram a nossa amostra encontram-se em Identidade outorgada; 28.2% em Difusão; apenas 8.1% em Identidade realizada e 4.8% em Moratória.

Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Protinsky, Sporakowski e Atkins (1982). No seu estudo, estes autores pretenderam mostrar que a gravidez durante a adolescência interferia com a formação da identidade. Para este efeito, estudaram o processo de formação da identidade de um grupo de grávidas adolescentes e de um grupo de adolescentes não grávidas, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Verificaram que o grupo de grávidas apresentava baixos *scores* a nível da Escala de Identidade do Ego, comparativamente com o grupo de adolescentes não grávidas. Segundo os autores, as adolescentes grávidas e não grávidas podiam não ter desenvolvido um sentimento de bem-estar psicossocial ou desconheciam os seus planos e objectivos para o futuro.

Como referimos no quadro teórico, o processo de formação da identidade

sofre uma aceleração na fase tardia da adolescência: até aos 15 anos são poucos os jovens que manifestam interesse em realizar investimentos sérios a nível da sua vida futura; a partir dos 15 até aos 18 anos os adolescentes começam a manifestar interesse pela exploração de alternativas, seleccionando os seus investimentos e procurando a sua identidade. No entanto, a nível ocupacional o processo de exploração e de investimento pode ultrapassar o período da adolescência.

Os adolescentes iniciam, normalmente, o processo de formação da identidade no estatuto de Difusão, não manifestando muito interesse ou não se envolvendo no sentido da construção da sua identidade. Segundo o padrão fornecido por Waterman (In: Sprinthal e Collins, 1999), a maturação da adolescência para a idade adulta envolve a progressão de um estado de Difusão para o de Moratória e, posteriormente, para o de Identidade realizada.

Frequentemente, outra forma de progressão no sentido da formação da identidade envolve, numa fase inicial, a permanência em Identidade outorgada mas, posteriormente, os indivíduos entram em Moratória e progridem para Identidade realizada. Geralmente, esta sequência ocorre quando os jovens enfrentam experiências de vida que modificam os investimentos realizados apressadamente, obrigando-os a reflectir cuidadosamente sobre esses investimentos (Kimmel e Weiner, 1995).

Marcia (1966, 1967) considerou os estatutos de Identidade realizada e Moratória os mais elevados no processo de desenvolvimento da identidade pessoal, uma vez que estes podem ser considerados realmente auto-construídos. Estão também associados com características positivas, como elevada auto-estima, maior autonomia, maior abertura para as mudanças na sociedade e nas relações (Stephen, Fraser e Marcia, 1992). Estes autores afirmam ainda que os indivíduos não seguem todos o mesmo percurso na construção da sua identidade, isto é, o processo de construção da identidade pode desenvolver-se de forma diferente de acordo com as características individuais e sociais.

Kimmel e Weiner (1995), salientam que embora a tendência seja a progressão no sentido da construção da identidade – Identidade realizada - pode ocorrer uma regressão. Um indivíduo no estatuto de Identidade outorgada pode abandonar esse estatuto não para pensar melhor determinadas alternativas (Moratória), mas devido à perda de interesse pelos investimentos realizados,



regredindo, assim, para o estatuto de Difusão de identidade. De forma similar, os indivíduos em Moratória podem desistir da realização de investimentos e regredir para Difusão; os indivíduos em Identidade realizada podem desistir dos seus projectos e, talvez em resposta a experiências de vida infelizes, regredir para Difusão, não sentindo urgência em procurar novos investimentos.

Em alguns casos, os jovens permanecem indefinidamente no estatuto de Difusão sem nunca fazerem um esforço sério para trabalhar as questões da identidade. Em outros casos, os adolescentes fazem investimentos permanentes sem anteriormente terem explorado alternativas, transportando para a vida adulta um conjunto de objectivos e de valores adoptados na fase inicial ou intermédia da adolescência (Kimmel e Weiner, 1995).

### 3.2. A ADOLESCENTE, A IDENTIDADE E A IDENTIFICAÇÃO: OS SENTIMENTOS EM ANÁLISE

Segundo Marcia (2001) determinados grupos são seleccionados para estudo pelo facto da avaliação a identidade no seu seio permitir conhecer algumas características desse grupo e ainda porque o aspecto que torna o grupo especial deve ser considerado um domínio relevante da identidade. Face a esta opinião, num grupo de grávidas adolescentes deve ser abordado o papel da gravidez no processo de construção da identidade.

Para Costa (1999), uma gravidez não planeada na adolescência tem consequências negativas para a jovem a nível psicológico, na medida em que esta se encontra num processo de construção da sua identidade.

Segundo Canavarro e Pereira (2001) as mudanças que a gravidez e a identificação com o papel materno comportam na formação da identidade, interferem naturalmente com os processos característicos da adolescência: com os processos de exploração; com as relações entre os pares e com as relações amorosas; com as decisões relacionadas com a escola e a carreira e, ainda, com os processos de autonomia, típicos desta fase. Estas autoras, salientam ainda que, ao mesmo tempo que a adolescente lida com a formação da identidade sexual, tem que enfrentar as mudanças corporais e sexuais inerentes à gravidez. Compreende-se, assim, a exigência e complexidade que a gravidez acarreta para o processo de formação da identidade da adolescente.

Neste espaço propomo-nos apresentar e analisar em que medida é que as reacções e sentimentos maternos das adolescentes do nosso estudo estariam relacionados com a sua identidade do ego.

Hipótese 1: Existe uma relação entre o desejo de gravidez e o estatuto de identidade das grávidas adolescentes.

A hipótese 1 pressupunha uma relação entre o “Desejo de gravidez” e o estatuto da identidade da adolescente grávida. Dada a natureza das variáveis em estudo, recorreremos à análise de variância, como referência para a aceitação ou rejeição da hipótese.

Obtivemos, para esta distribuição, um valor de  $F=6.423$ ,  $p<0.05$ . Perante este resultado, podemos aceitar a hipótese de que existe, no grupo estudado, uma relação estatisticamente significativa entre o “Desejo de gravidez” e o estatuto da identidade das grávidas adolescentes. Há, de facto, variações significativas nas médias dos valores da subescala “Desejo da gravidez” no âmbito de cada um dos grupos de adolescentes por estatuto da identidade: Identidade realizada (13.70); Moratória (18.90); Identidade outorgada (13.59) e Difusão (15.66).

Dado a conclusão que a nível estatístico é possível extrair desta análise, recorreremos ainda a outra estratégia exploratória: tentar perceber se existe uma correlação significativa entre cada um dos sentimentos maternos e as dimensões da identidade (exploração e investimento).

Como referimos na metodologia deste estudo, o *Questionário da Identidade do Ego* permite avaliar os níveis de exploração e de investimento da identidade separadamente em dois domínios: ideológico (ocupação, religião, política, valores) e interpessoal (relacionamento familiar, amigos, namoro e papéis sexuais). Atendendo às características e possibilidades deste questionário, estudamos as correlações entre as escalas que integram o *Questionário de Avaliação da Gravidez* e as subescalas exploração da identidade e investimento da identidade nos domínios ideológico e interpessoal.

Quadro 38 - Relações entre as dimensões e domínios da identidade e as reacções e sentimentos maternos

Valores da correlação (Dimensões e áreas da identidade / Sentimentos maternos)	Exploração (nível ideológico)		Exploração (nível interpessoal)		Investimento (nível ideológico)		Investimento (nível interpessoal)	
	r	sig.	r	sig.	r	sig.	r	sig.
Medos em relação ao self	-0.004	0.95	0.054	0.43	-0.077	0.26	-0.062	0.37
Desejo de gravidez	0.116	0.09	0.087	0.20	-0.165	0.01	-0.223	0.001
Medos em relação ao bebé	-0.030	0.67	0.083	0.23	0.029	0.67	0.049	0.48
Sentimentos maternos	-0.009	0.89	0.077	0.26	-0.281	0.00	-0.291	0.00
Irritabilidade	-0.001	0.98	0.210	0.002	-0.214	0.002	-0.150	0.03
Dependência	0.05	0.47	0.107	0.12	-0.56	0.41	-0.059	0.39

O Quadro 38 representa as correlações entre duas das mais importantes variáveis do nosso estudo. Como podemos observar encontramos uma correlação significativa (negativa) entre "Desejo de gravidez" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.165$ ,  $p<0.05$ ) e interpessoal ( $r=-0.223$ ,  $p<0.01$ ). Recordamos que quanto mais elevada for a pontuação obtida na escala "Desejo de gravidez", menor é o desejo de gravidez. Assim, à medida que se obtêm *scores* elevados na escala "Desejo de gravidez" (correspondente a baixo desejo de gravidez), existe a tendência de se obterem *scores* baixos na dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal. Reciprocamente, em correspondência a valores baixos de "Desejo de gravidez" (significativo de elevado desejo de gravidez) existe a tendência de se obterem valores elevados na dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal.

Também verificamos uma correlação significativa de sentido negativo entre "Sentimentos Maternos" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.28$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=-0.29$ ,  $p<0.01$ ). Relativamente à escala "Sentimentos Maternos", quanto mais elevada for a pontuação obtida, menor é o sentimento materno. Logo, à medida que se obtêm *scores* elevados na variável "Sentimentos maternos" (correspondente a um baixo sentimento materno), há a tendência de se obterem *scores* baixos na dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal. Alternando, a *scores* baixos

na escala "Sentimentos maternos" (correspondente a um elevado sentimento maternal), há a tendência de se obterem *scores* elevados dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal.

Encontramos ainda uma correlação significativa e negativa entre "Irritabilidade" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.21$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=-0.15$ ,  $p<0.05$ ). Esta situação revela que as adolescentes que apresentaram uma pontuação elevada na escala "Irritabilidade" tendem a apresentar uma pontuação baixa na dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal. Reciprocamente, as adolescentes que apresentaram valores baixos na escala "Irritabilidade" tendem a apresentar valores elevados na dimensão investimento nos domínios ideológico e interpessoal.

Finalmente, encontramos uma correlação significativa, mas positiva, entre "Irritabilidade" e a dimensão exploração no domínio interpessoal ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ). Isto significa que as adolescentes que obtiveram *scores* altos na escala "Irritabilidade" tendem também a obter *scores* elevados na dimensão exploração no domínio interpessoal. De forma recíproca, as adolescentes que obtiveram *scores* baixos na escala "Irritabilidade" têm tendência a obter *scores* baixos na dimensão exploração no domínio interpessoal.

Os resultados do nosso estudo, são convergentes com o ponto de vista de alguns autores. Segundo estes, a maternidade, com as suas contínuas exigências e responsabilidades, pode dificultar a exploração e a individuação em áreas importantes para os adolescentes, tais como o relacionamento com o grupo de pares, o estabelecimento de uma relação afectiva, a escola e a escolha vocacional (Coley e Chase-Lansdale, no prelo; Canavarro e Pereira, 2001).

Com a gravidez, a adolescente vê-se confrontada com um filho a quem tem de fornecer aquilo que ainda não construiu para si. É muita responsabilidade e, para a assumir na íntegra, não fica espaço nem disponibilidade para percorrer as etapas necessárias à vivência da adolescência. A tomada de consciência do papel de mãe pode levar a adolescente a modificar a sua identidade (Canavarro e Pereira, 2001; Costa, 1999).

No entanto, devemos salientar novamente o estudo de Kalil e Spindel (2003), segundo o qual a maternidade constituía uma parte integral das identidades das mães adolescentes incluídas na sua amostra. Estas adolescentes expressaram orgulho e prazer no desempenho do seu papel

maternal, referiram ter tomado decisões a nível escolar e profissional de acordo com o seu papel maternal, mostrando assim a importância da maternidade nas suas vidas. Embora algumas adolescentes tivessem lamentado a sua experiência precoce de maternidade, nenhuma alterava as decisões tomadas a nível da escola e do trabalho demonstrando uma atitude de preocupação em relação à criança.

Outro estudo importante nesta área, já referido por nós no enquadramento teórico, foi o realizado por Spear (2001). Neste estudo, as grávidas adolescentes participantes referiram que a sua situação de vida podia ser modificada e que os seus planos para o futuro não tinham sido afectados negativamente pela ocorrência da gravidez ou pela perspectiva de constituírem uma família monoparental. Todas as adolescentes manifestaram optimismo em relação ao presente e ao futuro ao expressarem que a gravidez era um fenómeno benéfico nas suas vidas e não um problema ou uma crise pessoal. Por exemplo, a nível da escolaridade as adolescentes manifestaram maior motivação para investir nos estudos. Outro tema emergente deste estudo foi a separação da gravidez, maternidade e casamento: as participantes não consideraram essencial o casamento para a ocorrência da gravidez e para o desempenho do papel parental; muitas planeavam a colaboração das suas mães na prestação de cuidados à criança. Por fim, muitas participantes neste estudo demonstraram o desenvolvimento de laços afectivos com o feto ao falar com "ele" ou "ela", no caso de conhecerem o sexo; ao manifestar o desejo de satisfazer as necessidades emocionais e físicas da criança.

A vinculação mãe-filho representa uma relação com um ser único, específico que se constrói através de uma cumplicidade e de uma interdependência simbiótica. Esta vinculação dá lugar à expressão de sentimentos contraditórios: por um lado, a relação com a criança, que é também uma relação com o corpo, pode permitir aumentar o auto-conhecimento; por outro, pode levar à emergência de um sentimento de perda de liberdade e de autonomia. O bebé impõe outra forma de viver, de ser e de se apresentar, quer a adolescente queira ou não, quer aceite ou não. Neste sentido, a gravidez, porque leva a viver com, para e em função do outro, inscreve-se nos atributos do papel materno (paciência, dedicação e perda de autonomia).

Hipótese 2: Os sentimentos maternos, medos em relação ao *self* e irritabilidade têm um peso idêntico na variação do estatuto da identidade da grávida adolescente.

Uma das conclusões preliminares do estudo aponta para uma situação já evidenciada em pesquisas por nós indicadas: verifica-se, no grupo de adolescentes, uma tendência para um elevado desejo de gravidez. Consideramos a possibilidade das dimensões "Sentimentos maternos", "Medos em relação ao *self*" e "Irritabilidade" serem mais relevantes para a definição do estatuto da identidade.

Para a verificação desta hipótese recorreremos à análise discriminante, incluindo no entanto no estudo as seis subescalas. Pretendia-se, fundamentalmente, identificar os sentimentos maternos mais relevantes para a discriminação dos quatro subgrupos (referentes a cada um dos estatutos da identidade).

A análise discriminante é uma técnica multivariada aplicada quando a variável dependente é medida a nível nominal (qualitativa) e as variáveis independentes são quantitativas.

Recorre-se, neste processo de análise, a um cálculo com base num conjunto de seis dimensões que integram a variável independente "Reacções e sentimentos face à gravidez" (medos em relação ao *self*, desejo de gravidez, medos em relação ao bebé, dependência, sentimentos maternos e irritabilidade). Com vista à análise estatística, estas seis dimensões funcionaram como variáveis independentes.

Lembre-mos que a análise discriminante permite identificar as variáveis mais relevantes para a discriminação dos subgrupos (neste caso, os subjacentes aos quatro estatutos da identidade). As ferramentas estatísticas utilizadas incluem o teste Box's M, o método Lambda de Wilk, a análise de valores próprios (eigenvalues), a correlação canónica e os grupos centróides.

Com o recurso ao teste de Box, concluímos que os *clusters* tinham associado um valor de significância de 0.930, valor superior a 0.005, o que permite concluir pela proximidade dos valores de dispersão entre eles. Nos *clusters* 2 (Moratória) e 3 (Identidade outorgada) observam-se as maiores dispersões (1.684 e 1.444) e nos *clusters* 1 (Identidade realizada) e 4 (Difusão) as menores (1.362 e 1.372, respectivamente).

O Quadro 39 mostra os valores Lambda de Wilk. O Lambda de Wilk dá informação sobre as diferenças entre os grupos, para cada variável individualmente.

Quadro 39 - Cálculos dos valores de Lambda de Wilk, para as subescalas das reacções e sentimentos maternos

	Lambda Wilks	F	GI 1	GI 2	Sig
Sentimentos maternos					
Medos em relação ao self	0.97	1.53	3	205	0.20
Desejo de gravidez	0.91	6.42	3	205	0.00
Medos em relação ao bebé	0.99	0.33	3	205	0.79
Sentimentos maternos	0.91	6.76	3	205	0.00
Irritabilidade	0.94	3.78	3	205	0.01
Dependência	0.97	1.59	3	205	0.19

Os valores de Lambda podem oscilar teoricamente entre 0 e 1. Valores próximos de 1 (como é o caso), indicam diferenças pouco significativas entre os grupos. Pode constatar-se neste quadro que aos diversos sentimentos maternos estão associados diferentes valores de capacidade discriminante (dependente dos valores da significância). Assim, o “Desejo de gravidez” ( $p=0.00$ ), “Sentimentos maternos” ( $p=0.00$ ) e “Irritabilidade” ( $p=0.01$ ) apresentam-se com capacidade discriminante claramente superior às três restantes, cujos valores de significância não são valorizáveis no seu potencial discriminante (“Medos em relação ao *self*”,  $p=0.20$ ; “Medos em relação ao bebé”,  $p=0.79$  e “Dependência”,  $p=0.19$ ).

Quadro 40 – Valores da associação entre as subescalas das reacções e sentimentos maternas

Sub-escalas	Parâmetros	Medos em relação ao self	Desejo de gravidez	Medos em relação ao bebé	Sentimentos maternas	Irritabilidade	Dependência
Medos em relação ao self	Correlação de Pearson	1	0,225	0,283	0,252	0,292	0,100
	Significância	,	0,001	0,000	0,000	0,000	0,148
Desejo de gravidez	Correlação de Pearson	0,225	1	0,163	0,294	0,319	0,129
	Significância	0,001	,	0,019	0,000	0,000	0,063
Medos em relação ao bebé	Correlação de Pearson	0,283	0,163	1	-0,063	0,301	-0,029
	Significância	0,000	0,019	,	0,364	0,000	0,676
Sentimentos maternas	Correlação de Pearson	0,252	0,294	-0,063	1	0,241	0,032
	Significância	0,000	0,000	0,364	,	0,000	0,647
Irritabilidade	Correlação de Pearson	0,292	0,319	0,301	0,241	1	0,116
	Significância	0,000	0,000	0,000	0,000	,	0,094
Dependência	Correlação de Pearson	0,100	0,129	-0,029	0,032	0,116	1
	Significância	0,148	0,063	0,676	0,647	0,094	,

No Quadro 40 (correlações entre os sentimentos maternas) pode observar-se, de facto, que existe também uma forte associação entre as variáveis “Desejo de gravidez” e “Medos em relação ao self” ( $p=0.00$ ); “Desejo de gravidez” e “Sentimentos maternas” ( $p=0.00$ ) e “Desejo de gravidez” e “Irritabilidade” ( $p=0.00$ ). Calculados os Eigenvalues (valores próprios) conclui-se que estas três variáveis, que incluem a função discriminatória 1, contribuem com 100% para o total da variância entre os grupos, sendo efectivamente as que demonstram o poder de separação das adolescentes nos diversos estatutos identitários.



No quadro seguinte recorre-se à análise de variância para descrever os grupos mais parecidos e testar a igualdade das médias (centróides) dos grupos. Pode ser considerada uma medida de distância entre cada par de grupos.

Quadro 41 – Valores da análise de variância para a comparação inter-grupos (pairwise)

Etapa	Estatutos da identidade	Estatutos da identidade				
		Parâmetros	Identidade realizada	Moratória	Identidade outorgada	Difusão
1	Identidade realizada	F		4,234	0,888	1,409
		Significância		0,041	0,347	0,237
	Moratória	F	4,234		10,467	2,081
		Significância	0,041		0,001	0,151
	Identidade outorgada	F	0,888	10,467		12,979
		Significância	0,347	0,001		0,000
	Difusão	F	1,409	2,081	12,979	
		Significância	0,237	0,151	0,000	

No Quadro 41, observa-se que os pares que mais diferem são os pares Moratória / Identidade outorgada ( $F=10.467$ ) e Identidade outorgada / Difusão ( $F=12.979$ ). Pelo contrário, os mais próximos são os pares Identidade realizada / Identidade outorgada ( $F=0.88$ ) e Identidade realizada / Difusão ( $F=1,409$ ). Os valores mais baixos de significância, correspondendo aos centróides, indicam as associações mais evidentes, acompanhando os valores de F mais elevados.

De acordo com os resultados apresentados, podemos confirmar a hipótese formulada. De facto, os "Sentimentos maternos", "Medos em relação ao *self*" e "Irritabilidade" têm um peso idêntico na variação do estatuto da identidade da grávida adolescente, ou seja, possuem uma idêntica importância na discriminação entre os grupos (referentes aos quatro estatutos da identidade). No estudo de Soares, Marques, Martins e outros (2001), focalizado na gravidez e maternidade na adolescência, os autores sugerem (reportando-se ao seu estudo) que a experiência de gravidez não se constitui como situação de vida que desencadeie desequilíbrio interno e crise para as adolescentes; pelo contrário, diversas atitudes, sentimentos e emoções constituíam mediadores "adaptativos", em redor dos quais as adolescentes definiam aproximações com a sua nova situação de mães.

### 3.3. PROCESSO IDENTITÁRIO E CONTEXTO FAMILIAR

A maioria das pesquisas revela que grande parte da vida relacional da grávida/mãe adolescente continua a decorrer no seio da família de origem. Apesar de comportar valências benéficas e estruturantes para a jovem, este envolvimento e dependência pode dificultar a resolução das tarefas desenvolvimentais de reestruturação da relação com a família de origem e a de reconstrução da sua identidade de forma a incluir a identidade materna que, como todas as mães, a adolescente tem de efectuar.

É importante salientar que o suporte familiar, em geral, e o materno em particular, pode ter implicações positivas e negativas. Por um lado, as adolescentes que recebem um grande apoio da família de origem têm maior probabilidade de receber ajuda nos cuidados que o bebé necessita, ficando menos sobrecarregadas pelas exigências inerentes à maternidade. Por outro lado, quando a mãe da adolescente se impõe como a principal prestadora de cuidados, este apoio pode interferir com a autonomização da adolescente, com o seu desempenho do papel maternal, bem como afastar o pai do bebé, conduzindo à perda do que poderia ser uma importante fonte de apoio emocional e material (Canavarro e Pereira, 2001).

Hipótese 3: Existe uma relação entre a percepção do nível de relacionamento familiar e o estatuto da identidade das grávidas adolescentes;

Hipótese 4: Existe uma relação entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade da adolescente grávida.

Tendo em vista a testagem das hipóteses formuladas optamos pelo recurso à análise de variância (ANOVA), estratégia também utilizada por Nelson, Hughes, Handal e outros (1993). Convém lembrar que a dimensão da relação (Hipótese 3) é avaliada, no âmbito da *Escala do Ambiente Familiar*, por referência a três sub-dimensões: coesão, expressividade e conflito. Por consequência, trabalharemos com três dimensões distintas. Incluiremos também no quadro seguinte as restantes dimensões avaliadas *pela Escala do Ambiente Familiar*: independência, organização e controle.

Quadro 42 – Estatutos da identidade e percepção das adolescentes sobre o seu ambiente familiar (análise de variância)

Ambiente familiar	Estatutos da identidade	$\bar{x}$	$\sigma$	F	sig.
Coesão	Identidade realizada	4.75	0.86	8.88	0.00
	Difusão	4.53	1.00		
	Identidade outorgada	5.03	0.90		
	Moratória	3.66	1.08		
Expressividade	Identidade realizada	4.01	0.51	5.47	0.001
	Difusão	3.55	0.53		
	Identidade outorgada	3.84	0.57		
	Moratória	3.48	0.52		
Conflito	Identidade realizada	2.80	0.74	6.00	0.001
	Difusão	2.80	0.79		
	Identidade outorgada	2.51	0.68		
	Moratória	3.45	1.28		
Independência	Identidade realizada	3.77	0.76	0.27	0.84
	Difusão	3.65	0.46		
	Identidade outorgada	3.66	0.53		
	Moratória	3.74	0.56		
Organização	Identidade realizada	5.12	0.46	6.53	0.00
	Difusão	4.69	0.61		
	Identidade outorgada	5.00	0.63		
	Moratória	4.34	0.80		
Controle	Identidade realizada	3.60	0.73	0.53	0.65
	Difusão	3.58	0.62		
	Identidade outorgada	3.47	0.70		
	Moratória	3.41	0.66		

Como se pode constatar no Quadro 42, são as adolescentes que se encontram no estatuto de Identidade outorgada as que apresentam a percepção que na sua família existe um elevado nível de coesão ( $\bar{x}$ =5.03), seguidas pelas adolescentes que se encontram em Identidade realizada ( $\bar{x}$ =4.75). As adolescentes em Moratória são as que apresentam os valores médios mais baixos ( $\bar{x}$ =3.66). Reportando-nos à comparação das médias dos valores "Coesão" em cada um dos estatutos da identidade, obtivemos um valor de  $F=8.88$ ,  $p<0.05$ . Este valor de F (significante) permite considerar a existência de uma diferença entre os subgrupos. Podemos desta forma admitir uma relação significativa entre a "Coesão" e os estatutos da identidade.

Na subescala "Expressividade" são as adolescentes que se encontram em Identidade realizada as que apresentam os valores médios mais elevados

( $\bar{x}$ =4.01); seguidas pelas adolescentes em Identidade outorgada ( $\bar{x}$ =3.84). As adolescentes que se encontram nos estatutos de Difusão e Moratória apresentam os valores médios mais baixos, respectivamente 3.55 e 3.48. Atendendo aqui também à comparação das médias dos valores "Expressividade" em cada um dos estatutos da identidade, obtivemos um valor de  $F=5.47$ ,  $p<0.05$ . Estes valores permitem considerar a existência de uma diferença global significativa entre os estatutos da identidade.

Relativamente à subescala "Conflito", são as adolescentes que se encontram no estatuto de identidade Moratória as que apresentam valores médios mais elevados ( $\bar{x}= 3.45$ ); seguem-se as adolescentes nos estatutos Identidade realizada e Difusão com os mesmos valores médios ( $\bar{x}= 2.80$ ). No entanto, as adolescentes em Difusão apresentam uma maior dispersão de valores ( $\sigma=0.79$ ). As adolescentes em Identidade outorgada são as que apresentam os valores médios mais baixos ( $\bar{x}=2.51$ ). Comparando as médias dos valores nesta subescala e as de cada um dos subgrupos amostrais (estatutos da identidade), a razão F calculada é de 6.00,  $p<0.05$ , o que aponta uma diferença real estatisticamente significativa entre os subgrupos. Estamos pois perante uma situação que nos leva a aceitar a hipótese formulada (Hipótese 3).

Em relação à subescala "Independência", os valores médios são idênticos para as adolescentes que se encontram nos estatutos Identidade outorgada e Difusão (3.66 e 3.65, respectivamente). De igual forma também são próximas as médias nos estatutos de Identidade realizada (3.77) e Moratória (3.74). Embora a categoria Identidade realizada apresente níveis médios mais elevados, é também a que apresenta mais dispersão de valores ( $\sigma=0.76$ ). Como se pode observar no Quadro 42, os valores de F nesta subescala apontam para valores de significância superiores a 0.05. Logo, não fica demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade (Hipótese 4).

Para a subescala "Organização", são as adolescentes no estatuto de Identidade realizada as que apresentam os valores médios mais elevados ( $\bar{x}=5.12$ ), seguidas pelas adolescentes em Identidade outorgada ( $\bar{x}=5.00$ ). É importante salientar que embora as adolescentes em Identidade realizada e Identidade outorgada apresentem valores médios próximos, a dispersão de valores em torno da média é superior nas adolescentes que se encontram em Identidade outorgada ( $\sigma=0.63$ ). Face à comparação das médias dos valores da

subescala "Organização" em cada um dos subgrupos amostrais (estatutos da identidade), obtivemos um valor de  $F=6.53$ ,  $p<0.05$ . Este valor de  $F$  permite considerar a existência de uma diferença entre os subgrupos.

Finalmente, em relação à subescala "Controle", são as adolescentes que se encontram em Identidade realizada as que apresentam os valores médios mais elevados ( $\bar{x}=3.60$ ), seguidas pelas adolescentes em Difusão ( $\bar{x}=3.58$ ). As adolescentes em Moratória são as que apresentam os valores médios mais baixos ( $\bar{x}=3.41$ ). Para este ponto, obtivemos um valor de  $F=0.53$ ,  $p>0.05$ . Não fica assim demonstrado a nível estatístico a existência de uma diferença significativa entre a percepção do controle e os estatutos da identidade.

Na fase tardia da adolescência, a renegociação da relação com os pais e outros membros da família são um importante aspecto no processo de formação da identidade. O estabelecimento de um sentimento de identidade pode estar ligado a certos estilos de interação e comunicação familiar (Kroger, 2000).

Dos estudos que utilizaram o modelo dos estatutos da identidade, a ênfase na individuação e na coesão constituíram características das famílias cujos filhos, na fase tardia da adolescência, se encontravam no estatuto de Identidade realizada e Moratória. Simultaneamente, uma forte ligação emocional associada a um baixo nível de apoio à autonomia caracteriza a dinâmica familiar dos jovens em Identidade outorgada. Os adolescentes em Difusão da identidade referiram um nível mais baixo de ligação emocional aos pais e um baixo nível de independência (Kroger, 2000).

Relativamente à relação entre desenvolvimento do ego e estilos de comunicação familiar, Kroger (2000) refere um estudo observacional cujos resultados revelaram que os adolescentes com um elevado nível de desenvolvimento do ego eram provenientes de famílias em que existia uma partilha de perspectivas.

Os resultados do nosso estudo não são congruentes com os apresentados por Kroger (2000). Embora as adolescentes do nosso estudo tivessem a percepção da existência no seu ambiente familiar de um elevado nível de coesão, expressividade e independência apenas uma minoria se encontrava nos estatutos de Identidade realizada e de Moratória. O único ponto de concordância entre os resultados do nosso estudo e os apresentados por Kroger (2000) refere-se à subescala "Conflito": o baixo nível de conflito constituía uma característica do ambiente familiar das adolescentes no estatuto de

Identidade outorgada, na fase tardia.

Já Schutheiss e Blustein (1994), no seu estudo sobre a contribuição do relacionamento familiar no processo de formação da identidade, verificaram que, na amostra feminina, as variáveis de vinculação e de independência apresentavam uma associação significativa com os estatutos da identidade. Assim, a manifestação de elevados níveis de independência estava associado com a tendência de evitar a realização de investimentos e a percepção de vinculação a um dos pais juntamente com um moderado grau de independência conflituosa por parte da mãe da adolescente estava associada com uma elevada tendência para o estatuto de Identidade outorgada e Identidade realizada e em menor grau para o estatuto de Difusão.

Considerando as características do *Questionário da Identidade do Ego*, estudamos as correlações entre as suas subescalas: exploração e investimento da identidade nos domínios ideológico e interpessoal e as subescalas que integram a *Escala do Ambiente Familiar*: coesão, expressividade, conflito, independência, organização e controle.

Quadro 43 - Relações entre as dimensões e domínios da identidade e o ambiente familiar (percepção da adolescente)

Valores da correlação (r) (Dimensões e áreas da identidade / Ambiente familiar)	Exploração (nível ideológico)		Exploração (nível interpessoal)		Investimento (nível ideológico)		Investimento (nível interpessoal)	
	r	sig.	r	sig.	r	sig.	r	sig.
Coesão	-0.017	0.8	-0.10	0.12	<b>0.33</b>	<b>0.00</b>	<b>0.29</b>	<b>0.00</b>
Expressividade	0.078	0.26	0.012	0.86	<b>0.34</b>	<b>0.00</b>	<b>0.29</b>	<b>0.00</b>
Conflito	0.022	0.74	<b>0.17</b>	<b>0.01</b>	<b>-0.25</b>	<b>0.00</b>	<b>-0.24</b>	<b>0.00</b>
Independência	-0.016	0.82	0.046	0.5	0.003	0.96	-0.003	0.96
Organização	0.034	0.62	-0.01	0.88	<b>0.22</b>	<b>0.001</b>	<b>0.39</b>	<b>0.00</b>
Controle	0.088	0.20	0.078	0.26	-0.03	0.63	-0.01	0.85

Como se pode observar no Quadro 43, as correlações estatisticamente significativas encontram-se assinaladas a negrito. Importa reter a nível destes dados, que:

- Os valores da subescala "Coesão" apontam uma correlação estatisticamente significativa com a dimensão investimento a nível ideológico ( $r=0.33$ ,  $p<0.05$ ) e interpessoal ( $r=0.29$ ,  $p<0.05$ );
- Os valores da subescala "Expressividade" apontam uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão investimento e o domínio ideológico ( $r=0.34$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=0.29$ ,  $p<0.01$ );
- Os valores da subescala "Conflito" apontam uma relação positiva e estatisticamente significativa com o domínio interpessoal da dimensão exploração ( $r=0.17$ ,  $p<0.05$ ) e uma relação negativa com os domínios ideológico ( $r=-0.25$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=-0.24$ ,  $p<0.01$ ) da dimensão investimento;
- Os valores da subescala "Organização" apontam uma relação positiva com os domínios ideológico ( $r=0.22$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=0.39$ ,  $p<0.01$ ) da dimensão investimento.

A nível da subescala "Coesão", os nossos resultados são consonantes com os obtidos por Mullis, Brailsford e Mullis (2003). Estes autores realizaram um estudo sobre as relações existentes entre formação da identidade e as características familiares numa amostra de 151 participantes de ambos os sexos, com idade compreendida entre os 18 e os 25 anos. Verificaram que nas mulheres a coesão familiar estava correlacionada significativamente com a dimensão "Investimento" no domínio interpessoal. Face a estes resultados os autores referem que o investimento dos adolescentes em determinadas áreas da vida é facilitado por relações familiares íntimas e adaptativas.

Segundo Marcia (1989), as famílias promovem certas características individuais da identidade baseadas em crenças e valores comuns. De acordo com Mullis, Brailsford e Mullis (2003) a influência da coesão familiar, expressividade, conflito, organização na dimensão investimento da identidade pode representar um esforço da família das participantes no nosso estudo para influenciar o seu processo de formação da identidade.

McCullough e Scherman (1998), no seu estudo sobre a relação entre a interacção com a família de origem e o risco potencial das mães adolescentes abusarem das suas crianças, concluíram que as mães adolescentes precisavam sentir-se aceites e apoiadas para estabelecerem uma identidade positiva.

Além do ambiente familiar, numerosas pesquisas mostram que as características sócio-económicas da família também afectam o desenvolvimento cognitivo, social e psicológico do adolescente (Mayer, Duncan, Kalil e outros 2002). Segundo este ponto de vista, o estatuto sócio-económico dos pais determina o maior ou menor investimento nos filhos, ou seja, os pais com elevado nível sócio-económico proporcionam aos filhos melhores cuidados, um ambiente familiar mais estimulante, melhores escolas e experiências mais estimulantes, em relação aos pais pertencentes a um estatuto sócio-económico mais baixo.

Hipótese 5: Existe uma relação entre o nível sócio-económico da família e o estatuto da identidade da grávida adolescente.

A última hipótese formulada no nosso estudo (Hipótese 5) supunha a existência de uma relação entre o nível sócio-económico da família e o estatuto da identidade da grávida adolescente.

É importante realçar que o estatuto sócio-económico é uma variável multi-dimensional. Recordamos que, no nosso estudo classificamos o nível sócio-económico em elevado, médio e baixo, fazendo corresponder a cada grupo de profissões os anos de escolaridade que o indivíduo possui (Ribeiro, 2000):

- O nível sócio-económico elevado, corresponde ao grupo I e 16 ou mais anos de escolaridade, ao grupo II com escolaridade entre 12 e 15 anos e ao grupo V se escolaridade igual ou superior a 16 anos;
- O nível sócio-económico médio corresponde ao grupo III e ao grupo V e escolaridade entre 7 e 11 anos;
- O nível sócio-económico baixo, corresponde ao grupo IV, V, VI, VII, VIII e 6 ou menos anos de escolaridade.

Utilizando esta classificação, determinamos (i) o nível sócio-económico do pai e mãe da adolescente, separadamente; (ii) para determinar o nível sócio-económico da família, quando o nível sócio-económico do pai e da mãe era diferente, consideramos o do elemento da família com nível mais elevado.

Tendo em vista a testagem da hipótese formulada e a natureza das



variáveis optamos pelo recurso ao teste de qui-quadrado ( $X^2$ ). Após a análise da distribuição das frequências, verificamos que surgiam frequências esperadas inferiores a cinco, facto que dificulta o recurso ao  $X^2$ . Esta situação, segundo Briman e Cramer (1990, p. 124) pode ser ultrapassada obtendo um aumento das frequências esperadas através da combinação de categorias anteriores. Desta forma, procedemos a uma agregação das categorias anteriormente previstas. Foram ainda eliminadas as categorias “não sabe/não refere” e “não aplicável”. Mesmo assim, verificamos a existência de frequências esperadas inferiores a cinco. Segundo Levin (1985) numa situação de comparação de vários grupos, não existe uma regra rígida para o estabelecimento de frequências teóricas mínimas, embora seja recomendável que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a cinco (Pestana e Gageiro, 2000).

Quadro 44 - Nível sócio-económico da família e estatuto da identidade da grávida adolescente

Nível sócio-económico	Estatutos da identidade								Total	
	Identidade realizada		Difusão		Identidade outorgada		Moratória			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Baixo	12	6.0	43	21.4	99	49.3	8	4.0	162	80.6
Médio/Elevado	4	2.0	13	6.5	20	10.0	2	1.0	39	19.4
Total	16	8.0	56	27.9	119	59.2	10	5.0	201	100
Valores estatísticos	$X^2$ : 1.35 Graus de Liberdade: 3 Significância: 0.71									

Como podemos observar no quadro 44, a maioria (80.6%) das famílias das adolescentes da nossa amostra pertence a um nível sócio-económico baixo; apenas 19.4% pertencem a um nível médio/elevado. Assim, não admira que a maioria das adolescentes em todos os estatutos da identidade pertençam a um baixo nível sócio-económico. Tendo em consideração a literatura consultada, segundo a qual existe uma relação entre o nível sócio-económico da família e o desenvolvimento da criança ou adolescente esperávamos encontrar uma relação significativa entre o nível sócio-económico e os estatutos da identidade. No

entanto, obtivemos um  $X^2$  calculado de 1.35, o que indica um nível de significância de 0.71 (para 3 graus de liberdade), acima da referência estipulada de 0.05. Desta forma, não podemos admitir a existência, neste estudo, de uma relação significativa entre o nível sócio-económico da família e o estatuto da identidade da grávida adolescente. Este resultado é congruente com Bradley e Corwyn (2002), segundo os quais não é totalmente conhecido o modo como os vários componentes do nível sócio-económico interagem sinergicamente entre si ou com outros aspectos relacionados com a família, a vizinhança, os pares e o contexto institucional que afectam o desenvolvimento. Estes autores acrescentam ainda que é difícil atribuir causalidade ao nível sócio-económico devido ao facto do ambiente do adolescente interagir com a sua componente genética e influenciar de várias formas o seu bem-estar. Para Bradley e Corwyn (2002) os adolescentes com diferentes atributos genéticos respondem de maneira diferente em circunstâncias ambientais idênticas. Por este motivo, sugerem que a pesquisa na próxima década ajude a explicar de que forma é que o nível sócio-económico opera para afectar o curso desenvolvimental, como é que este varia de acordo com o grupo étnico e cultural e como funcionam conjuntamente os diferentes componentes do nível sócio-económico para afectar os vários sistemas desenvolvimentais.

#### 4. DIALÉCTICA DO PROCESSO IDENTITÁRIO: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Referindo-se à pertinência social do cuidar, Roach (1991) sublinha que nunca como hoje a sociedade sentiu necessidade do "cuidar". O cuidado, percebido cada vez mais sob uma perspectiva ontológica, deve ser entendido como expressão de uma sociedade que necessita de cuidados mas também como reflexo do seu maior envolvimento nas tarefas do bem-estar e da qualidade de vida. A enfermagem, enquanto profissão humanista, incorpora em si um conjunto de dimensões que a fazem destacar como profissão de ajuda, sem no entanto se confundir com ela.

O cuidado, como refere Hesbeen (1996), indica a existência de uma preocupação com o bem-estar e com o bom funcionamento geral da pessoa. Nos contextos de saúde, o conceito de "prestar cuidados" ou "cuidar" designa uma atenção especial a uma pessoa (família, comunidade) numa situação particular, com vista a promover a saúde, combater a doença e induzir o bem-estar. Hesbeen (1996) reforça a ideia segundo a qual a atenção particular contida no "cuidar" nunca pode ser senão única. Não é pré-estabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada, criada.

Para Benner (1982), o conceito de "enfermeiro competente" implica a capacidade de articular toda uma matriz de cognições e experiências com a identificação de preocupações e necessidades reais da pessoa, ainda que isso implique ter de modificar um plano inicial de assistência.

Retomemos a situação particular das adolescentes grávidas. Não é possível, como se pode concluir de todas as abordagens centradas nesta problemática, identificar um factor único que possa ser considerado responsável pela ocorrência deste fenómeno social. Para além da necessidade de considerar a intervenção de um conjunto de sistemas concêntricos que contextualizam a gravidez, a compreensão da gravidez na adolescência implica uma atenção especial às esferas pessoais e particulares. Como consequência, ao cuidar a adolescente grávida, é fundamental reconhecer a experiência de estar grávida como significativa, individual e vivenciada de forma personalizada e distinta. Estar grávida é uma experiência de vida muito pessoal e interior, que situa a pessoa na temporalização de um envolvimento e na procura de uma relação

significativa.

Na prestação de cuidados de enfermagem à grávida adolescente, o agir consciente e eticamente responsável, para além desta atenção à esfera individual, faz apelo aos princípios da beneficência, justiça e respeito pelos direitos da adolescente à confidência, privacidade, liberdade informada e direito a cuidados de qualidade que lhe garantam a diferença na sua singularidade.

Repetindo uma ideia que infelizmente tem expressão, o American Family Physician (1999) sublinha que raramente se promove a saúde numa perspectiva psicológica e social. Os profissionais de saúde trabalham geralmente em sistemas de cuidados de saúde que reflectem filosofias e práticas biomédicas. Muitos dos profissionais que partilham esta filosofia consideram ainda como meras especulações o problema da identidade, as representações sociais e as teorias sobre a formação do *self*.

Contudo, a crescente articulação entre as ciências da saúde e as ciências sociais, o fluxo migratório e a mobilidade profissional começaram a colocar progressivamente novos desafios. Esta mudança requer que a enfermagem aprofunde conhecimentos acerca dos fenómenos que afectam a saúde e a doença que lhe permitam uma maior sensibilidade e competência na prestação de cuidados (Abreu, 2001).

Em paralelo, e face às preocupações que este fenómeno suscita, o sistema de cuidados de saúde deve estar preparado para fornecer serviços de apoio apropriados às grávidas e mães adolescentes. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na mudança progressiva do sistema de cuidados de saúde e, neste caso específico, aos intervenientes nesta situação particular.

Tentaremos, ao longo deste capítulo, apresentar um conjunto de contributos que consideramos relevantes para a assistência à grávida adolescente. Considerando que é imprescindível para o planeamento da assistência, a compreensão e a apreciação clara dos factores que influenciam a gravidez na adolescência, neste capítulo propomo-nos explorar a experiência de gravidez na adolescência (sob o ponto de vista dos intervenientes) e compreender os sentimentos envolvidos. Para terminar, tentaremos formular algumas respostas a uma pergunta que alguém nos pode fazer: "...sou mãe! E agora senhora enfermeira?"

#### 4.1. COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Como temos sublinhado ao longo deste estudo, a formação da identidade envolve um longo processo durante o qual o indivíduo experimenta vários papéis, vivencia diversos valores e diferentes experiências sociais. Os adolescentes desenvolvem uma relação muito especial com a família; consideram várias possibilidades de emprego e de carreira profissional; namoram e estabelecem relações de amizade com várias pessoas; avaliam as alternativas sociais, políticas, económicas e religiosas. Embora seja fundamental considerar as determinantes do contexto envolvente, o sucesso da formação identitária requer um esforço activo e cuidadoso, antes de tomar uma decisão, para examinar filosofias de vida, tipos de emprego, de amigos e de potenciais companheiros.

Dado que os adolescentes possuem já um determinado grau de liberdade, no qual realizam as suas próprias experiências, este estágio também implica alguns comportamentos de risco (Rolison e Scherman, 2002). Quando os adolescentes adoptam comportamentos de risco, as consequências podem ser negativas; por exemplo, retomando uma das áreas exploradas anteriormente, a actividade sexual sem protecção pode levar a doença e a gravidez indesejada (Rolison e Scherman, 2002).

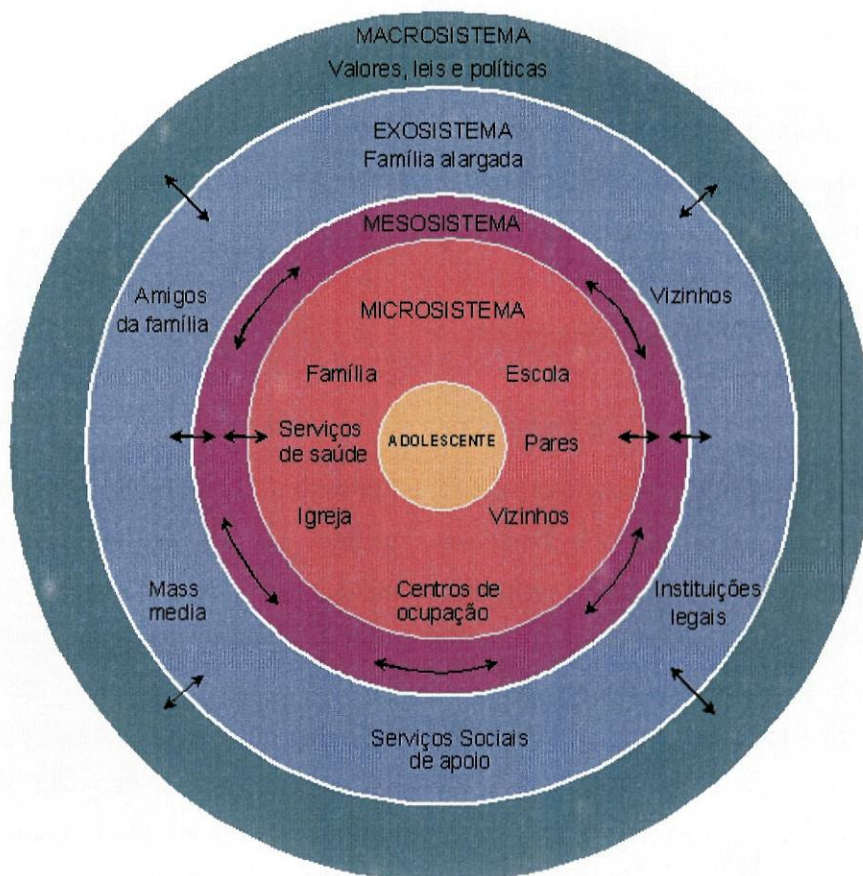
Após todo este processo de análise da informação sobre a gravidez na adolescência em geral e da que se reporta ao grupo das adolescentes deste estudo em particular, foi progressivamente tomando forma a ideia segundo a qual o comportamento dos adolescentes emerge como uma confluência de factores externos e internos que importa compreender.

Por exemplo, parece evidente que diversos factores podem influenciar a adopção de comportamentos de risco que conduzem à gravidez na adolescência. Corcoran, Franklin e Bennett (2000) consideraram o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) muito útil para classificar as variáveis associadas à gravidez e maternidade na adolescência. O modelo de Bronfenbrenner (1994), também conhecido por “modelo ecológico do desenvolvimento humano”, foi adaptado da física para explicar o comportamento humano. Este modelo conceptualiza o espaço ecológico operando em diferentes níveis de sistemas. O *microsistema* encontra-se no nível interaccional mais

básico e representa um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experienciados pelos indivíduos num dado contexto. O *mesosistema* envolve a interacção entre contextos. O nível seguinte, o *exosistema*, inclui os contextos que afectam o indivíduo mas com os quais o indivíduo não interage directamente. O *macrosistema* inclui as variáveis culturais e sociais que influenciam o indivíduo, o seu comportamento e as suas decisões.

Na Figura 7 procedemos à apresentação do modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, tentando identificar as principais dimensões que podem interferir na situação particular da adolescente.

Figura 7 – As condicionantes sistémicas no desenvolvimento ecológico do comportamento da adolescente



Fonte: Adaptado de Bronfenbrenner (1994)

O nível mais exterior do modelo de Bronfenbrenner, apresentado na Figura anterior, consiste nos valores, leis, crenças, tradições, costumes e

recursos de uma cultura particular, não esquecendo, por exemplo, as determinantes induzidas pelo estatuto sócio-económico, como referem Corcoran, Franklin e Bennett (2000) e Corcoran (1999). O estatuto sócio-económico pode incluir o nível educacional da mãe, o nível educacional do pai, a ocupação dos pais e a combinação destes. Robbins, Kaplan e Martin (1985) e Barnett, Papini e Gbur (1991) consideram o estatuto sócio-económico um factor muito significativo na ocorrência da gravidez na adolescência. O baixo nível sócio-económico também apresenta uma correlação com as possíveis consequências negativas da gravidez na adolescência, tais como, o percurso escolar, a monoparentalidade, a redução das oportunidades de emprego e os rendimentos (Furstenberg, Brooks-Gunn e Morgan, 1987). A acção do macrosistema influencia indirectamente a qualidade do mesosistema (por exemplo, as políticas interferem com a resposta da Escola).

No nosso estudo, verificamos que os pais das adolescentes apresentavam um baixo nível educacional: 52.1% dos pais e 65% das mães possuíam um nível de escolaridade inferior ou igual ao 4º ano. Além disso, a maioria dos pais (23.9%) exercia uma profissão incluída no grupo de profissões sem qualificação e 20.6% exercia uma profissão incluída no grupo de profissões semi-qualificadas; a maioria das mães (26.8%) também exercia uma profissão incluída no grupo de profissões sem qualificação. A conjugação destes dados permitiu verificar que a maioria (80.6%) das famílias das adolescentes que participaram no nosso estudo pertenciam a um estrato sócio-económico baixo; apenas 19.4% pertencia a um estrato médio/elevado.

A nível do mesosistema, Bronfenbrenner (1994) identifica um conjunto de possíveis conexões entre dimensões incluídas no microsistema, tais como o lar, a escola, a vizinhança, o grupo de pares, as instituições de saúde, a igreja, etc., conexões estas que influenciam elas próprias o desenvolvimento do indivíduo e as suas experiências sociais. Santelli e Beilensen (1992) afirmaram que as experiências escolares positivas podem resultar da possibilidade de utilização de recursos pessoais, familiares e sociais que protegem a adolescente de uma gravidez. Por exemplo, pode existir também uma relação entre o estatuto sócio-económico elevado e uma expectativa educacional elevada; os pais com maior nível educacional tendem a ter maiores rendimentos.

No que se refere a este estudo, existem um conjunto de dimensões que interferem a nível do microsistema, mas que podem igualmente ser considerado a nível do mesosistema devido às conexões e influências directas e indirectas

que produzem. Os dados relativos às características das adolescentes que constituíram a nossa amostra revelam que estas possuíam um baixo nível de escolaridade (56% tinham um nível de escolaridade inferior ao 9º ano) e um baixo nível de aspirações educacionais; 69.3% tinham abandonado a escola há um ano e mais à data da realização da entrevista). O discurso de duas adolescentes ilustra bem este baixo nível de aspirações educacionais:

*Apeteceu-me antes começar a trabalhar. Já não andava a fazer nada na escola.*

**Entrevista 195**

*Não estava mesmo com cabeça, queria era trabalhar.*

**Entrevista 197**

Face ao baixo nível de escolaridade e às baixas expectativas educacionais, não admira que os resultados do nosso estudo revelem que a maioria das adolescentes (67.9%) decidiu iniciar a actividade sexual entre os 15 e os 17 anos de idade. Segundo duas destas adolescentes:

*A minha mãe sempre disse para eu ter cuidado... Eu nunca tive curiosidade, quando acontecesse, acontecia... namorávamos há três meses.*

**Entrevista 26**

*Conhecemo-nos há três anos, passados uns mesinhos fomos viver juntos.*

**Entrevista 28**

Embora não revelassem conhecimento sobre métodos contraceptivos e regulação da fertilidade. Este desconhecimento foi notório durante as entrevistas com várias adolescentes:

*Tomei antibiótico porque andei à rasca dos dentes.*

**Entrevista 10**



*Também sabe foi poucas as vezes que tive relações quando fiquei grávida.*

**Entrevista 16**

*Porque eu até tenho alergia ( preservativo) e depois tomar a pilula e isso ... não ia muito à caixa ...*

**Entrevista 17**

*Deixei de tomar, a gente tinha acabado deixei de tomar.*

**Entrevista 21**

Assim, a maioria das adolescentes (56%) decidiu não utilizar qualquer método contraceptivo; algumas justificavam desta forma a sua opção:

*A minha mãe dizia para tomar a pílula, para me prevenir. Só que eu nunca quis. Porque é assim, nenhuma minha irmã pode tomar a pilula ... é o nosso organismo, porque nós ficamos todas muito, muito gordas. Mas não é gordas de nós, é gordas de anca, a nossa anca alarga muito ...*

**Entrevista 25**

*Sou sincera, não sabia como era utilizado; não sabia como é que podia arranjar. Nunca fui de falar muito com as minhas amigas sobre isso... ela (irmã) dizia que eu podia falar com ela, mas eu não me sentia preparada para falar com ela, agora arrependo-me disso, mas... se calhar se tivesse falado, não é?*

**Entrevista 9**

*A pílula nunca tomei... a médica ia-me receitar só que eu disse que não queria. Era muito nova para tomar. Também não usava preservativo. Tinha outros cuidados. Fazia marcha-atrás como se costuma dizer.*

**Entrevista 15**

*Nós sempre tivemos aquele cuidado e tudo. Sempre porque eu sei muito bem... sou nova mas também já sei, nós na escola dávamos muito isso tudo e eu sabia muito bem, só que sempre tivemos aquele cuidado, só que... o cuidado um dia... Não foi assim porque nós quisemos... nem porque... como é que vou explicar? Não foi planejado, não foi, aconteceu assim, como acontece a muita gente, não é? Só que eu não queria tomar nada.*

**Entrevista 20**

*Tinha planejado para antes um mês. Fiz porque é uma companhia... Eu gosto de fazer o que eu penso, porque acho, tenho a certeza que faço bem.*

**Entrevista 28**

Independentemente da reacção inicial, todas as adolescentes decidiram continuar a gravidez e exercer o papel maternal. Três adolescentes tomaram esta decisão porque:

*Fiquei contente... mais feliz fiquei porque ele disse que assumia, sempre esteve a meu lado, sempre foi comigo,..., sempre me acompanhou...*

**Entrevista 20**

*Sou contra o aborto.*

**Entrevista 28**

*Fiquei assim um bocado sem saber o que fazer, não é? Como é que havia de reagir, como é que havia de contar aos meus pais. Mas aos poucos e poucos fui-me mentalizando a mim, ao meu namorado, desabafei com a minha irmã...*

**Entrevista 33**

É necessário ainda salientar que na tomada de decisão "pesou" o facto das adolescentes terem manifestado um elevado desejo de gravidez, antes da sua ocorrência.

Finalmente, a nível do microsistema, Bronfenbrenner (1994) inclui um conjunto de actividades, papéis e relações interpessoais que o indivíduo em desenvolvimento experimenta num dado meio, sendo a família o exemplo mais evidente de microsistema. Vários autores, como Mayfield-Brown (1989); Landry, Bertrand, Cherry e outros (1986), identificam também determinadas variáveis psicológicas e sociais.

As variáveis da família a nível do microsistema incluem a estrutura (Hanson, Myers e Ginsburg, 1987) e o funcionamento familiar (Barnett, Papini e Gbur, 1991). Em termos de estrutura, o crescimento numa família monoparental coloca a adolescente em risco de gravidez. Vários aspectos do funcionamento familiar estão relacionados: atitudes dos pais face à sexualidade da adolescente (Evans, 1987), coesão familiar (Barnett, Papini e Gbur, 1991), *stress* familiar (Robbins, Kaplan e Martin, 1985), controle parental e monitorização (Hanson, Myers e Ginsburg, 1987) e adaptabilidade e coesão familiar (Barnett, Papini e Gbur, 1991),

Em relação à estrutura familiar a maioria das adolescentes vivia com a sua família nuclear (51.2%). Quanto aos vários aspectos do funcionamento familiar e, concretamente, às atitudes dos pais face à sexualidade da adolescente constatamos a existência de muitas mães que aceitavam a actividade sexual das adolescentes:

*Eu sabia deles do princípio. Eu andava a pau com as coisas dela.*

**Entrevista 45**

*Disse para ela ter cuidado. Ter relações com o namorado é normal mas que havia muitas coisas, o preservativo por exemplo, não adiantou muito!*

**Entrevista 48**

*Fazei o que quiserdes, não engravideis para já que só vos vai atrasar a vida. Decidiram ao contrário problema deles.*

**Entrevista 53**

Outras mães apresentavam mais dificuldade em fazê-lo, como demonstra o seguinte depoimento:

*Eu tenho que compreender que os tempos são outros mas para mim há coisas que eu sou retrógrada. Digamos a mim ensinaram-me de uma forma, sendo eu uma pessoa da aldeia e a educação que me deram é que relações sexuais só depois do casamento ... A ela disse-lhe a mesma coisa, não é?*

### **Entrevista 32**

Relativamente às restantes variáveis do funcionamento familiar, verificamos que embora existissem pequenas discrepâncias entre a percepção da adolescente e do familiar acerca do seu ambiente familiar, todos tinham a percepção de que na sua família existia um elevado grau de coesão, um baixo nível de conflito, um elevado número de regras e procedimentos para gerir a família (controle).

Outra das variáveis referidas na literatura acerca da gravidez inclui as aspirações vocacionais dos pares, o envolvimento com os pares, a percepção da pressão dos companheiros e a atitude dos pares face ao comportamento sexual das adolescentes. Segundo Corcoran (1999) as atitudes liberais dos pares podem contribuir para o comportamento sexual da adolescente; mas também pode acontecer que a adolescente perceba as atitudes dos amigos como semelhantes às suas como forma de racionalizar o seu comportamento.

Relativamente a estes aspectos, verificamos no nosso estudo que 56.9% das adolescentes referiram que o seu grupo de amigos era constituído por vizinhas e 52.2% por colegas da escola (as respostas não eram mutuamente exclusivas). Quando questionadas sobre a existência de amigas com filhos, quatro adolescentes referiram:

*Uma (vizinha e amiga) engravidou ao mesmo tempo que eu. Quando andávamos juntas ela sempre dizia que íamos casar, era assim aquelas coisas! E aconteceu que engravidamos quase juntas. Eu tenho mais um mês que ela.*

### **Entrevista 20**

*Muitas colegas minhas já têm bebês. Estes últimos anos é uns atrás dos outros.*

**Entrevista22**

*... agora estão umas quatro ou cinco grávidas lá no bairro.*

**Entrevista 53**

*As minhas amigas da escola já têm todas bebês. Até estava ali (consulta) uma delas.*

**Entrevista 164**

Embora não seja nosso propósito aprofundar o modelo de Bronfenbrenner, num estudo mais recente do autor (Bronfenbrenner e Morris, 1998), este identifica um quinto sistema que designa de cronossistema. O cronossistema compreende o conjunto de mudanças e transformações ao nível da pessoa ou dos sistemas. Inclui “...*the individual patterns of life events and transitions over the life course as well as the broader sociohistorical context*” (Merrill, 2003, p.1). Compreende ainda os eventos e transições ao longo da vida, que envolvem circunstâncias socio-históricas (Hetherington, 1989). Para Ortega (2002), o cronossistema inclui “...*the patterning of environmental events and transitions over the life involving sociohistorical circumstances*”.

Ao longo do estudo, referimo-nos a factos, eventos ou experiências, ao longo da vida, que poderiam influenciar de forma mais ou menos consciente, um conjunto de representações, atitudes ou comportamentos posteriores. Bronfenbrenner (1994) designa estes acontecimentos de *transições ecológicas*, que ocorrem quando a posição da pessoa face ao ambiente ecológico se modifica como consequência de uma mudança de papel ou de um acontecimento significativo.

Segundo Corcoran (1999) a aplicação da teoria ecológica dos sistemas, tal como foi explicada por Bronfenbrenner, revela algumas limitações das intervenções focadas no indivíduo. Assim, a autora recomenda que as intervenções em termos políticos e das instituições responsáveis pela prevenção da gravidez na adolescência devem ter como alvo o sistema mais abrangente

(macro e meso) em vez de ter como foco o conhecimento dos indivíduos, isto é, enfatizar a educação sexual. Corcoran (1999) argumenta que embora importante, o conhecimento por si só pode não apresentar uma correlação elevada com um comportamento posterior.

Corcoran, Franklin e Bennett (2000) consideraram que dado o envolvimento dos diferentes níveis ecológicos na ocorrência da gravidez, quer os programas de prevenção da gravidez quer os programas de apoio às mães adolescentes devem estar preparados para satisfazer as necessidades das adolescentes nos diferentes níveis ecológicos.

Segundo Coley e Chase-Lansdale (no prelo) nos Estados Unidos um dos programas de sucesso a nível da redução da actividade sexual e da gravidez na adolescência tem estas características. O *Teen Outreach Program (TOP)* realça o desenvolvimento social dos adolescentes através de um serviço voluntário na comunidade combinado com discussão em sala de aula sobre futuras escolhas de vida, carreira e relações interpessoais. É baseado numa perspectiva desenvolvimentalista dirigido a um extenso leque de processos psicológicos subjacentes a todos os problemas de comportamento dos adolescentes.

O *Teen Outreach Program* ao promover o desenvolvimento da auto-estima tem como consequência a redução da taxa de gravidez indesejada, o abandono e o insucesso escolar (objectivos principais do *Teen Outreach Program*). O programa foi desenvolvido em 1978 por Brenda Hostetler, directora dos programas de prevenção da gravidez nas escolas de *St. Louis*. Em 1981 a *Junior League of St. Louis* e a *Danforth Foundation* começam a patrocinar o programa com o objectivo de reduzir a gravidez e aumentar o número de alunos que completam o ensino secundário. Em 1984 a *Junior League of St. Louis* implementou uma demonstração nacional do programa e em 1987 a *Association of Junior Leagues International* assumiu a direcção do programa. Actualmente, o programa é operacionalizado pelo *Comerstone Consulting Group*, uma empresa de consultadoria nacional localizada em Houston especializada em projectos de saúde e humanitários.

Actualmente, o *Teen Outreach Program* é um programa abrangente implementado para ajudar os adolescentes a desenvolver uma auto-imagem positiva, competências que lhes permitam gerir a sua vida e estabelecer objectivos realizáveis. A sua característica principal é a de incluir uma componente em sala de aula em que se promove a discussão e uma

componente de prestação de serviço voluntário na comunidade. A componente em sala de aula promove o desenvolvimento de competências na área da tomada de decisão e da comunicação, permitindo a abordagem de aspectos, tais como relações interpessoais, pressão do grupo de pares, problemas familiares e estilos de vida. A sala de aula proporciona o ambiente de apoio necessário ao estabelecimento de uma relação entre os elementos da equipa multiprofissional e os estudantes e é onde decorre a maioria das apresentações e discussões dos conteúdos do programa. A componente do serviço voluntário na comunidade permite aos estudantes desenvolver um sentimento de mérito próprio, de valor e de se considerarem membros activos da sua comunidade (os adolescentes ajudam em vez de procurarem ajuda). Além disso, o trabalho voluntário, ao contrário do remunerado, fornece aos estudantes a oportunidade de desenvolverem competências de trabalho básicas sem aumentar a sua independência económica nem diminuir o controle parental. Quer a componente voluntária quer as discussões em sala de aula foram identificadas como os elementos chave do sucesso do *Teen Outreach Program*.

Este programa tem a duração de nove meses e, normalmente, está integrado no currículo das escolas públicas, mas também está implementado como programa extra-escolar em instituições frequentadas por adolescentes, nomeadamente em centros de saúde. Nestes últimos, verificamos que foi implementada a educação parental de forma a encorajar a comunicação pais - adolescentes.

O programa começa com a avaliação das necessidades da comunidade e das oportunidades para a prestação de trabalho voluntário pelos estudantes. Se os estudantes tiverem problemas de transporte, os locais para prestação de serviço voluntário devem localizar-se nas imediações da escola. Normalmente, os locais escolhidos incluem infantários, clínicas, abrigos para animais. Sempre que possível, os estudantes escolhem o local onde desejam prestar o serviço de voluntariado, onde passam uma hora por semana durante o ano escolar.

Embora Howell (2001) não tenha utilizado o modelo ecológico de Bronfenbrenner no seu estudo sobre a relação entre o comportamento de risco dos adolescentes a nível sexual e a percepção destes acerca da monitorização, comunicação e estilo parental, salientou ser clinicamente relevante os aspectos que salientamos neste capítulo. Para este autor, estes dados fornecem uma informação preliminar acerca de alguns factores que no futuro devem ser cuidadosamente avaliados. Segundo Howell (2001) estes dados fornecem ainda

aos profissionais de saúde importantes informações acerca dos adolescentes que se envolvem em comportamentos sexuais de risco e, simultaneamente, proporcionam-lhes uma excelente oportunidade para desenvolverem programas de intervenção no sentido de educarem os jovens acerca dos problemas associados aos comportamentos de risco a nível sexual e de os ajudar a desenvolver uma auto-imagem positiva. Refere ainda que os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes e com as respectivas famílias precisam conhecer a importância de estar atento à monitorização, comunicação e estilo parental (aspectos incluídos a nível do microsistema).

#### 4.2. DOS DISCURSOS HUMANISTAS ÀS PRÁTICAS DE AJUDA. O MEDO, O AFECTO E O CUIDADO

Para Bronfenbrenner (1996, p. 191), o desenvolvimento humano é definido como "*o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida*". O processo de desenvolvimento, para além de implicar, na perspectiva do autor, a influência simultânea de um conjunto de dimensões concêntricas, implica igualmente reciprocidade, equilíbrios e afectos, que de alguma forma dão corpo à natureza do processo de formação da identidade e às escolhas e tomadas de decisão. Neste sentido, todo o processo de desenvolvimento da identidade, que decorre da influência dos sistemas e das transições ecológicas, acaba sempre por revelar um sentido "fenomenológico" (interno) (Bronfenbrenner, 1996).

A fase tardia da adolescência, fase em que se encontram as adolescentes da nossa amostra, foi considerada por numerosos pesquisadores, teóricos e pais, como o período em que o processo de formação da identidade se desenrola mais rapidamente. Nesta fase, os adolescentes devem definitivamente descobrir a sua vocação, estabelecer uma relação íntima com um companheiro, encontrar novas formas de relacionamento com a família de origem e desenvolver um conjunto de valores que os acompanharão pelo menos até ao início da idade adulta (Kroger, 2000).

Quando uma gravidez ocorre neste período, o processo de construção da identidade torna-se mais complexo. Por um lado, a gravidez surge na procura de uma relação como forma de exploração da sua identidade; por outro, a



adolescente, face ao estado gravídico, tem de dar, quando precisa mais de receber, num momento em que ainda não está preparada para a intimidade psicológica, na medida em que a identidade é o alicerce da intimidade (Costa, 1994). O depoimento de duas das adolescentes ilustra o que acabamos de referir:

*... ainda era muito nova e não tinha o futuro em ordem para mim e para o bebé.*

**Entrevista 140**

*... eu tinha outros planos.*

**Entrevista 154**

Neste período de transição para a idade adulta em que têm lugar inúmeras mudanças desenvolvimentais, a maternidade implica que as adolescentes tenham de lidar com tarefas adultas para as quais não estão ainda preparadas. Vêm-se confrontadas com um conjunto de determinantes a nível do macrosistema, microsistema, exosistema e mesosistema que ainda não são capazes de gerir, de forma a proteger a sua própria identidade e promover uma identidade que seja positiva para si. Este conflito desenvolvimental reside essencialmente na confrontação com uma gravidez não planeada, o que implica a dependência dos pais. Na mesma altura, lutam pela sua independência e sentem a necessidade de assumir um papel de mãe mas, simultaneamente, sentem também a necessidade que tratem e cuidem de si (Myors, Johnson e Langdon, 2001; Costa, 1994; Pritinsky, Sporkowski e Atkins, 1982).

A tudo isto associam-se as questões relativas às relações afectivas e íntimas que são frequentemente abaladas por um sentimento de perda da sua dignidade em função de um estigma ligado à gravidez na adolescência (Le Van, 1998; Costa, 1994). Uma das adolescentes expressou desta forma este sentimento:

*Está muito complicado ... ele (namorado) não que saber de nada ... o meu pai disse para eu sair de casa..*

**Entrevista 109**

Deste modo, os sonhos e as fantasias da adolescente confrontada com a iminente maternidade contêm um misto de ansiedade, medo e depressão. Medos e conflitos relacionados com a transição desenvolvimental tendem a dominar as fantasias da mulher durante este período, uma resposta compreensível dado o sentimento de falta de controle que a gravidez evoca (Trad, 1999). Neste estágio o diagnóstico de gravidez é acompanhado frequentemente de culpas e medos da desaprovação parental (Costa, 1999, 1994):

*Era uma sensação estranha, não chorava, não ria, estava calma. Deixei de ser uma rapariga dinâmica, mais pés na terra, a pensar como é que ia dizer aos meus pais.*

#### **Entrevista 51**

É ainda importante realçar, que a situação de crise se estende à família da adolescente, ao pai da criança (se for também adolescente) e à família deste (Leishman, 2004). As reacções mais comuns a esta situação de crise também são o medo, a culpa e a negação.

O extracto da entrevista de duas mães das adolescentes ilustra bem a situação de crise familiar:

*... quando ela me mandou sentar, eu pensei está aqui cheiro a esturro. Nem eu acreditava. Mas pronto, ainda lhe dei assim um murro. No tempo de hoje P.? Só tem quem quer! ... fiquei nervosa na hora ...*

#### **Entrevista 33**

*Agora com o passar do tempo vou-me acostumando à ideia. Só que o meu marido ainda não sabe. E eu então vou para lhe falar e chego lá e perco a coragem de lhe dizer... que eu tenho muito medo da reacção dele.*

#### **Entrevista 151**

Segundo uma das adolescentes, o companheiro:

*Ficou preocupado com os meus pais.*

#### **Entrevista 48**

Em relação à família do namorado, referiu uma adolescente:

*A princípio reagiram um bocado mal.*

#### **Entrevista 161**

Para Myers, Johnson e Langdon (2001), a gravidez e a maternidade durante este período de desenvolvimento aumentam a vulnerabilidade das adolescentes e as exigências que o papel maternal comporta podem exceder os seus recursos. No entanto, referem que estas exigências podem criar mecanismos de  *coping*  e contribuir para as adolescentes compreenderem melhor o  *self*  e o seu lugar no mundo.

Hanna (2001) no seu estudo etnográfico, em que pretendeu explorar a forma como as adolescentes negociavam a maternidade e como construíam a sua identidade e os seus relacionamentos através da maternidade, verificou que, nas adolescentes que constituíram a sua amostra, a gravidez permitiu-lhes redescobrirem-se a si próprias e modificarem radicalmente os seus estilos de vida.

Reportando-nos aos dados do nosso estudo, verificamos que a maioria das adolescentes grávidas vê comprometido o processo de formação da identidade: 58.9% encontrava-se no estatuto de Identidade outorgada e 28.2% no de Difusão. Segundo Costa (1990), os estatutos de Identidade outorgada e de Difusão da identidade são os mais frequentes em adolescentes com 13-14 anos; com a progressão da idade e da escolaridade, a frequência destes estatutos diminui e aumenta o número de adolescentes que construíram a identidade ou estão num período de exploração. A gravidez interfere com a construção da identidade, no sentido em que implica a ocorrência de uma série de interrupções do desenvolvimento, sendo a adolescente forçada a ter como alvo da sua atenção a gravidez e as suas consequências.

Podendo a gravidez ser considerada uma experiência emocional e interpessoal (Trad, 1999), procuramos identificar as reacções e sentimentos das

adolescentes face à gravidez e a forma como estes influenciavam o seu processo de formação da identidade (Kalil e Spindel, 2003; Hanna, 2001; Spear, 2001).

Lembramos que os resultados do nosso estudo permitiram-nos constatar que as adolescentes manifestavam a tendência para um elevado desejo de gravidez; um elevado sentimento de dependência; elevados sentimentos maternais e elevados medos em relação ao bebé; um baixo nível de medos em relação a si própria e um baixo nível de irritabilidade.

Apresentamos anteriormente um conjunto de resultados que colocavam em evidência os sentimentos maternais das adolescentes inquiridas. Tentamos triangular os sentimentos maternais e as subescalas exploração e investimento da identidade do ego.

Verificamos que as adolescentes que apresentavam um elevado desejo de gravidez tinham tendência para realizar um elevado investimento nos domínios ideológico e interpessoal e, de forma recíproca, as adolescentes que apresentavam um baixo desejo de gravidez tinham tendência para realizar um baixo investimento naqueles domínios. Observamos também que as adolescentes que manifestavam elevados sentimentos maternais realizavam elevados investimentos nos domínios ideológico e interpessoal e, reciprocamente, as adolescentes que manifestavam baixos sentimentos maternais realizavam baixos investimentos nos domínios atrás referidos. Em relação à escala "Irritabilidade", as adolescentes que apresentavam uma elevada irritabilidade tinham tendência para realizar baixos investimentos nos domínios ideológico e interpessoal e, reciprocamente, as adolescentes que apresentavam uma baixa irritabilidade tinham tendência para realizar elevados investimentos nos domínios ideológico e interpessoal. Por último, as adolescentes que apresentavam uma baixa irritabilidade também realizavam uma baixa exploração no domínio interpessoal; de forma recíproca as adolescentes que apresentavam uma elevada irritabilidade também realizavam uma elevada exploração no domínio interpessoal.

Embora não tenhamos encontrado correlações entre "Medos em relação ao bebé"; "Dependência" e as dimensões investimento e exploração nos domínios ideológico e interpessoal, não podemos desvalorizar os elevados sentimentos de dependência e de medos em relação ao bebé manifestados pelas adolescentes.

Dado que as decisões que a adolescente toma face ao diagnóstico de gravidez dependem das atitudes dos pais face ao mesmo e que o contexto familiar exerce uma importante influencia no desenvolvimento da identidade das adolescentes é importante salientarmos os aspectos mais relevantes sobre esta temática. O nosso estudo permitiu verificar que muitas famílias ficaram “em estado de choque” (expressão de uma das adolescentes) com o diagnóstico de gravidez. As adolescentes ilustraram da seguinte maneira a reacção dos pais:

*Quando os meus irmãos e a minha mãe souberam, o problema foi o meu pai ... ao princípio não gostou muito ...*

**Entrevista 2**

*Reagiu ... acho que ... sei lá! Ficou em estado de choque!*

**Entrevista 32**

*Como eu namorava há cinco anos a reacção dela (mãe) não foi muito má. O meu pai deixou de falar para mim mais ou menos dois meses ...*

**Entrevista 39**

*Ela é que descobriu. Não contei logo, estava de férias e quando viesse ia contar. Eu não estava lá quando ela descobriu. Quando eu vim ela já estava mais calma.*

**Entrevista 54**

As respectivas mães confirmaram a percepção das adolescentes:

*Ficou doente e eu... Fui doente mas por Deus, só me lembrava do meu marido. Tive peninha dela, ela é tão jovem, não queria que ela fosse tão nova como eu. Podia gozar a mocidade, mas não havia nada a fazer. Também tinha gosto de ela casar, não gostava que ela se juntasse.*

**Entrevista 2**

*... não contava, foi um choque muito grande. Foi assim quase... na altura se me ... penso eu se me dessem um tiro ou qualquer coisa do género eu acho que sofria menos. Se calhar era uma dor física mais forte, não é? Mas se calhar psicologicamente não ficava tão abalada. Depois tentei me recompor e pensar numa solução, não é? ... não sabia o que havia de dizer, o que havia de fazer, como é que havia de contar ao pai, não é? Mas depois, prontos, conversamos os dois, choramos ali juntos um com o outro porque ela é a menina dos olhos dele...*

*Aquele choque que eu tive também vai ser o da minha mãe, uma pessoa da aldeia, se calhar não vai aceitar muito bem ...*

### **Entrevista 32**

*A gente nunca está preparada para isso, pensa que nunca chega a nós, não é? Porque a gente ouve: olha fulana anda grávida, fulana anda grávida e a gente pensa que nunca chega a nós. Mas depois quando chega a nós a gente fica assim muito triste, muito tremida. Fiquei muito triste, muito, muito, muito, muito... chorei muito! O meu marido ao primeiro ficou triste, ficou muito triste, não contava!*

### **Entrevista 39**

*Eu ao princípio fiquei revoltada. Se eu dissesse assim há mães que não falam com os filhos e elas não estão preparadas. Mas ela não tem essa queixa, ela foi convicta daquilo que estava a fazer. Ela sabia o que estava a fazer, por isso eu fiquei mais revoltada. Agora tenho é muita pena dela, acho que é muito nova. Tenho pena no aspecto que já vai enfrentar a vida que não é nada fácil, com uma criança, a juventude dela perdeu-se... Depois os pais dele não reagiram bem, não aceitaram.*

### **Entrevista 54**

É importante recordar que apesar da mãe da adolescente ser normalmente o elemento mais desaprovador da gravidez, é também aquele que oferece apoio mais significativo (Canavarro e Pereira, 2001).

Quanto ao ambiente familiar, no nosso estudo encontramos uma relação significativa entre "Coesão" e estatutos da identidade, nomeadamente, eram as adolescentes que se encontravam no estatuto Identidade outorgada as que apresentavam os valores médios mais elevados nesta subescala. Verificamos

também uma relação significativa entre “Expressividade” e estatutos da identidade. Concretamente, as adolescentes em Identidade realizada apresentavam um dos valores médios mais elevados, seguidas pelas adolescentes em Identidade outorgada. Observamos ainda uma relação entre a subescala “Conflito” e estatutos da identidade: eram as adolescentes em Identidade outorgada as que apresentavam os valores médios mais baixos nesta subescala e as adolescentes em Moratória eram as que apresentavam os valores médios mais elevados. Finalmente, encontramos uma relação entre a subescala “Organização” e estatutos da identidade: eram as adolescentes em Identidade realizada as que apresentavam um dos valores médios mais elevados nesta subescala.

Relativamente às correlações entre a *Escala do Ambiente Familiar* e as subescalas exploração e investimento da identidade do *Questionário da Identidade do Ego*, verificamos a existência de uma correlação positiva entre as subescalas “Coesão” e “Expressividade” e a dimensão Investimento nos domínios ideológico e interpessoal; entre a subescala “Conflito” e a dimensão Exploração no domínio interpessoal. Por fim, encontramos uma correlação negativa entre a subescala “Conflito” e a dimensão Investimento nos domínios ideológico e interpessoal.

Embora o estatuto da identidade das adolescentes seja influenciado por inúmeros factores, alguns já explorados por nós, é fundamental recordar que por sua vez o estatuto da identidade da adolescente também influencia a sua forma de sentir, pensar e agir (Kimmel e Weiner, 1995): o facto da adolescente se encontrar no estatuto de Identidade realizada, Difusão ou Identidade outorgada, influencia o seu comportamento; no estatuto de Moratória esta influência é transitória e modificável.

Toda a informação recolhida sobre esta temática indica que os estatutos de Moratória e de Identidade realizada reflectem um desenvolvimento positivo da personalidade e por este motivo devem ser encorajados; enquanto que os estatutos de Identidade outorgada e de Difusão ao impedirem a adaptação do indivíduo devem ser evitados (Kimmel e Weiner, 1995; Marcia, 1986; Bernard, 1981).

Uma vez que o movimento no sentido da construção da identidade pode envolver grande perturbação e angústia (Bernard, 1981), que contornos deve possuir uma intervenção de ajuda? É fundamental uma abordagem

interdisciplinar (obstetra, pediatra, enfermeira, professores, psicólogo, assistente social e nutricionista). Está demonstrado que as adolescentes que recebem cuidados pré-natais de uma equipa interdisciplinar têm melhores resultados a nível médico e psicossocial durante e após a gravidez (Davidson e Felice, 1992; Bernard, 1981).

Devido à natureza complexa da gravidez na adolescência, especialmente quando a grávida se encontra na fase tardia da adolescência e se debate com as questões da identidade, toda a equipa deve ser sensível às necessidades especiais das adolescentes e às suas dinâmicas familiares. É particularmente importante ter recursos para ajudar as adolescentes e as respectivas famílias a lidar com os factores emocionais, psicossociais, físicos, económicos associados à gravidez (Davidson e Felice, 1992).

A gravidez é um momento particular e privilegiado de intervenção, uma vez que a adolescente está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde (Nascimento, 2003). Por este motivo, a intervenção em grupos de grávidas pode ser um espaço privilegiado de transmissão de informação, para a verbalização de ansiedades e expectativas relativas à gravidez e maternidade e para a realização de exercícios que permitissem a exploração das adolescentes no sentido de progredir para a construção de um sentimento de identidade (Nascimento, 2003; Bernard, 1981).

O estado emocional da mãe solteira parece ser muito influenciado pelo apoio dos diferentes membros da família, dos amigos, do pai da criança, da comunidade em geral e da escola em particular. Neste contexto, o objectivo da nossa intervenção deverá ser o desenvolvimento de intervenções psico-educacionais (por exemplo, trabalho de grupos e *workshops*) através das quais as adolescentes possam aprender mais acerca das tarefas relacionadas com a formação da identidade num contexto que encoraje a discussão aberta sobre o desenvolvimento da identidade no que concerne ao apoio e às expectativas parentais.

Para Trad (1999) a intervenção em adolescentes grávidas deve considerar uma importante particularidade: a transição para o estatuto de mãe ocorre numa atmosfera de perturbação emocional. Segundo Costa (1994), a intervenção da equipa interdisciplinar nesta área deverá:

- Promover a qualidade das relações com os pais; incentivar a adolescente a participar-lhes a gravidez e ajudá-la a lidar com as



suas expectativas e com as dos pais, o que implica a redefinição de projectos de vida;

- Criar condições facilitadoras da expressão de sentimentos em relação ao seu corpo, a si própria e à gravidez; entre estes sentimentos os mais frequentes são os de culpa, raiva, felicidade mais ou menos consciente, medo e angústia;
- Promover a compreensão acerca o estado gravídico, para poder lidar melhor com as diferentes etapas deste e com diferentes estados de humor que lhe estão inerentes, consciencializa-la da necessidade de cuidados pré-natais;
- Apoiar as tomadas de decisão, de uma forma consciente e realista, em relação a si própria e ao bebé, tendo em conta as diferentes alternativas, sentimentos e apoios disponíveis;
- Promover o desenvolvimento afectivo e psicossocial da adolescente;
- Ponderar sobre a decisão de casamento e, no caso afirmativo, desenvolver competências de relacionamento conjugal;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais, facilitando e integrando informação, de forma a incentivar a compreensão do desenvolvimento do bebé e trabalhando expectativas em relação quer ao desenvolvimento quer ao comportamento deste;
- Analisar a viabilidade de estabelecer relações com o pai da criança de forma a contribuir para um comportamento de parentalidade;
- Ajudar a adolescente ou o casal a construírem uma vida independente da família alargada sem no entanto negarem o apoio desta; facilitar a aquisição de competências para a resolução de conflitos e de problemas, para a negociação de acordos e resolução de questões financeiras;
- Incentivar a reflexão sobre o futuro, no sentido de construir um projecto de vida (escola, trabalho) para si própria para a família, mono ou biparental;

- Promover a capacidade de construção de redes sociais e de utilização das existentes.

Uma importante área dos cuidados de enfermagem prestados a adolescentes grávidas é a de ajuda-las a compreender o significado da sua experiência de gravidez. Sabemos que muitas adolescentes sentem medo e insegurança mas que a reconciliação com o significado pessoal de gravidez pode ser o começo para ajudar a adolescente a construir e a valorizar o *self* à luz da mudança e da perda. Através da relação de ajuda o enfermeiro permite à adolescente revelar os efeitos físicos e emocionais da gravidez, os seus conhecimentos acerca da gravidez, a sua rede de suporte, os seus objectivos pessoais e académicos para o futuro e a forma como estes estão entrelaçados com a identidade.

A propósito de cuidados de enfermagem, é pertinente voltarmos a referir o estudo de Hanna (2001). Esta autora verificou que as adolescentes do seu estudo não queriam ser tratadas de forma diferente das mulheres adultas, mas esperavam que as enfermeiras reconhecessem as suas necessidades adicionais. Uma das adolescentes referiu que pensava que sendo adolescente a enfermeira iria ajudá-la mais e não o fez. As adolescentes associaram ainda as enfermeiras (adultas) à figura parental, caracterizando-as como autoritárias e "mandonas".

Para colmatar esta situação Ryser e King (2002) sugerem a participação de estudantes de enfermagem a nível da educação pré-natal de grávidas adolescentes. Estas autoras, verificaram que o *Teen Childbirth Education Program* implementado por uma estudante de enfermagem no seu ensino clínico foi bem recebido pelas adolescentes e que algumas destas consideraram as estudantes como modelos e pares. Estas autoras referem ainda que a colaboração das escolas do distrito, das mães adolescentes e de alunos de enfermagem seriam benéficos para todos os envolvidos e que a colaboração do responsável pela educação para a saúde, a instituição de saúde e as escolas de enfermagem podem permitir a todos os participantes vencer a situação e constituir um recurso para muitas comunidades.

Já Waldow, Lopes e Meyer (1995) destacam a necessidade valorizar mais o cuidado humano em detrimento dos aspectos técnicos. Sem pretendermos ser exaustivos nesta matéria, podemos identificar um núcleo de teorias, na área das ciências de enfermagem, que enfatizam a necessidade de

perspectivar o cuidado com uma atenção especial às realidades simbólicas da pessoa.

Uma contribuição relevante nesta matéria surgiu com Madelaine Leininger. Para o desenvolvimento da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado ou Teoria Cultural do Cuidado, Leininger (1991) utilizou como crença básica que cuidar/cuidado é a essência de enfermagem e o seu foco principal, dominante e unificador.

Para Watson (1985) a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidar/cuidado. Para esta autora uma forma de entender a enfermagem é através da identificação, descrição e investigação dos factores científico-humanísticos principais e essenciais para efectuar uma mudança positiva na saúde. Estes factores referem-se aos mecanismos de "cuidar de" outro ser humano. Watson (1985) enfatiza o "humanismo" dos cuidados, englobando neste a compreensão e avaliação das metas e experiências humanas. As intervenções relacionadas com o processo de cuidado humano requerem uma intenção, um desejo, um relacionamento e acções (Watson, 1988). A visão de saúde-doença tem, segundo a autora, um significado pessoal - trata-se de uma experiência única e total a cada ser humano. A experiência humana é transcendental.

#### 4.3. SOU MÃE! E AGORA SENHORA ENFERMEIRA?

"Ser mãe impediu-me de ser criança..."

(Narrativa de uma mãe adolescente

Spear, 2004)

Após todo este percurso, percebe-se que o impacto da gravidez na adolescente pode ser muito diferenciado. Para além da existência (ou ausência) do desejo de engravidar, por princípio estamos perante uma pessoa que se confronta com um problema complexo que exige uma maturidade que nem sempre adquiriu. Entretanto, sejam quais forem as razões ou motivação, a adolescente necessita de ajuda para aumentar a auto-estima, analisar alternativas, proteger a sua saúde (e a da criança) e desempenhar com êxito as suas tarefas sociais.

Como referimos ao longo deste trabalho, parece existir uma incompatibilidade entre os papéis e os requisitos do exercício efectivo do papel parental e as tarefas inerentes ao desenvolvimento da adolescente. Por um lado, as adolescentes tentam desenvolver um sentimento de identidade, estabelecer a sua independência e lutar com o egocentrismo e a transição do pensamento concreto para o das operações formais. Por outro lado, o desempenho de um papel parental efectivo requer um investimento nesse papel, o apoio de outros indivíduos na prestação de cuidados à criança, sentir empatia pela criança e ter capacidade para planear e resolver os problemas.

Embora no nosso estudo não tivéssemos acompanhado as adolescentes após o nascimento da criança, os dados que colhemos durante a sua gravidez permitiram-nos constatar algumas das exigências que a preparação para o desempenho do papel maternal comporta. Uma das exigências mais frequentes é o abandono do percurso escolar. Das adolescentes que abandonaram a escola por motivos de gravidez (13.4%), duas referiram:

*Gostava de estudar. Saí mais por pressão da minha mãe que eu não me importava, que eu não tinha vergonha nenhuma em ir estudar grávida.*

#### **Entrevista 2**

*... não dá para continuar a estudar devido à situação económica. Tenho de ajudar os meus pais. O pai do bebé está a tirar um curso.*

#### **Entrevista 9**

Das inquiridas, 45.9% (quando questionadas sobre os seus projectos para o futuro em termos de escolaridade ou formação profissional), referiram que pensavam continuar os estudos. Durante a entrevista uma adolescente revelou:

*Eu tive a tentar estudar para não ir para fábrica. Eu não quero ir para fábrica! Estou a pensar em ir estudar à noite.*

#### **Entrevista 2**

Das inquiridas, 32.1% revelou que não pensava retomar os estudos. Duas adolescentes justificaram a sua opção da seguinte forma:

*Não gostava de andar a estudar ... quando o bebé for grandinho, para aí um ano vou trabalhar.*

**Entrevista 7**

*Não sei se será a melhor coisa continuar a estudar. Não tenho nada em vista. Mas não dá para continuar a estudar devido à situação económica. Tenho de ajudar os meus pais.*

**Entrevista 9**

Além dos efeitos a nível educacional, a gravidez na adolescência também está ligada a diferentes padrões conjugais. Relativamente a estes, os resultados do nosso estudo revelaram que 51.2% das adolescentes eram casadas ou viviam maritalmente com o pai da criança. Duas adolescentes referiram:

*Ele já me disse há bastante tempo (pedido de casamento), depois aconteceu isto (gravidez) foi o que deu mais pressa para nos casar.*

**Entrevista 77**

*...Quando soube que estava grávida, para aí com três meses, mais ou menos, fomos logo morar juntos.*

**Entrevista 80**

Entretanto, 11.5% das adolescentes encontravam-se noivas, tendo referido duas delas:

*Pensamos casar, se tudo correr como está planeado, lá para Março. Fazemos baptizado e casamento.*

**Entrevista 50**

*Nós estamos a pensar em casar, é uma alternativa e fica tudo já... De certa forma a família gostaria de ver a situação resolvida dessa maneira, mas eu pessoalmente também acho que para acabar com conversa e, pronto, para me sentir bem e mesmo para dar segurança à criança. Eu acho que também é importante ter o pai ao lado. É obvio que a criança não sabe se o pai e a mãe são casados, mas dá, dá uma certa estabilidade que de outra forma a criança não terá.*

#### **Entrevista 184**

A gravidez também pode alterar a relação com os pares:

*Eles choraram e disseram "já sabes que podemos ajudar" e disseram que me vinham visitar. Mas ainda não vieram ...*

#### **Entrevista 9**

*la sempre com as minhas colegas para a discoteca, para os cafés e isso tudo. Mas agora já não tenho aquela ...já não me puxa tanto para ir. Agora é em casa, é muito raro sair.*

#### **Entrevista 20**

*Tenho poucos amigos porque agora estou a viver junta e ...é diferente!*

#### **Entrevista 25**

Todos os factores que acabamos de enumerar aumentam as já substanciais dificuldades que as mães podem sentir face à responsabilidade a nível da prestação de cuidados à criança, educacionais e de trabalho. Por tudo isto é previsível que as adolescentes manifestem maior dificuldade no desempenho do papel maternal em relação às mães adultas.

Existem provas que sugerem que as competências das mães adolescentes são inadequadas (tendem a fornecer um ambiente familiar menos estimulante, têm a percepção que as suas crianças são mais difíceis e apresentam expectativas irrealistas), devido a factores que podem estar relacionados com elevados níveis de sintomas depressivos no ano seguinte ao parto. Existem ainda provas que apoiam a tese que as adolescentes podem ser

boas mães se tiverem o apoio necessário através de métodos que reconheçam as necessidades e os seus estilos de aprendizagem. As adolescentes precisam de adquirir bastantes conhecimentos acerca de crianças e simultaneamente ter o apoio necessário para dominar as suas tarefas desenvolvimentais. As competências de uma maternidade efectiva podem aumentar o sentimento de identidade das mães adolescentes, o desejo de completar a sua educação e pode ajudar a construir uma vida familiar estável no futuro (Kalil e Spindel, 2003; Spear, 2001).

No entanto, é importante considerar as metodologias destes estudos e os grupos que são comparados. Por exemplo, muitos estudos comparam as práticas parentais das mães adolescentes com mães significativamente mais velhas, de classe média; não têm em consideração os antecedentes e as diferenças socio-económicas entre as mães adolescentes e as adultas. Quando estes factores são controlados estas diferenças diminuem significativamente. Da mesma forma, nos estudos que utilizam a comparação de grupos similares, tais como mães com um pouco mais de 20 anos, que também vivem num meio pobre, poucas diferenças são encontradas em relação aos estilos parentais.

Por outro lado, a maioria das pesquisas sobre a prática parental das mães adolescentes incidem apenas no primeiro e segundo ano de vida da criança. A forma como os comportamentos parentais das mães adolescentes se modificam ao longo do tempo relativamente às mães adultas é desconhecida.

No contexto da presente investigação, consideramos um conjunto de factores e contextos ecológicos de desenvolvimento que se supõem poderem interferir na ocorrência da gravidez na adolescência. Se bem que não seja nosso propósito apresentar um plano de intervenção estruturado nesta área, qualquer abordagem compreensiva ou definição de subsídios não pode deixar de pressupor uma intervenção de incidência ecológica, onde se considerem quatro núcleos básicos: pessoa, contexto (macrosistema, microsistema, existema e mesosistema), tempo (cronosistema) e processo.

A ideia básica que deve estar subjacente a uma intervenção integrada, que enfatiza a experiência colectiva e social, é a própria concepção de pessoa. Para Bronfenbrenner (1996, p.18) "*a pessoa em desenvolvimento é uma entidade dinâmica, em crescimento, que penetra progressivamente no meio em que reside e o reestrutura*". Um vasto conjunto de autores, situados nesta mesma perspectiva, defendem que quaisquer intervenções planeadas para

reduzir o impacto da maternidade precoce devem ter uma abordagem ecológica ou multidimensional (National Network for Health, 2002; Corcoran, Franklin e Bennett, 2000; Spikes e Drapp, 1991). O *NHS Centre for Reviews and Dissemination* (1997) recomenda que é importante uma abordagem abrangente e multifacetada envolvendo membros significativos da comunidade, professores, profissionais de saúde e dos serviços sociais. Para o *NHS Centre for Reviews and Dissemination* (1997) o aspecto inovador desta abordagem seria a combinação de uma abordagem estratégica sem perda do investimento genuíno dos participantes.

Ancorados nos resultados apresentados e analisados ao longo deste estudo, passamos a identificar um conjunto de subsídios relevantes, na nossa perspectiva, para uma intervenção mais eficaz e humana junto das mães adolescentes, no sentido de melhorar as suas consequências.

Segundo Coley e Chase-Lansdale (no prelo), a avaliação dos programas de intervenção destinados a mães adolescentes permitiu tirar numerosas conclusões: (i) são necessários programas directamente dirigidos às necessidades desenvolvimentais das participantes e que permitam a intervenção em múltiplas fases; (ii) é imperiosa a ligação entre os serviços destinados às mães e os dirigidos às crianças; (iii) os programas dirigidos aos filhos de mães adolescentes devem manter-se depois da infância e da idade pré-escolar; (iv) as perspectivas programáticas não têm em consideração a abordagem sistémica da família, por exemplo, poucos serviços incluem os pais ou outros membros da família nem têm como alvo as avós ou outros prestadores de cuidados directos.

Devem ser implementadas abordagens inovadoras para lidar com estes problemas. Em Boston, um serviço de obstetrícia para adolescentes no *Brigham and Women's Hospital* fornece cuidados pré e pós-natais específicos para adolescentes. No *Children's Hospital* em Boston, um programa para pais adolescentes oferece consultas de planeamento familiar e outros serviços médicos e sociais sempre que a adolescente recorre aos seus serviços para prestação de cuidados à criança. Um profissional de saúde *expert* na prestação de cuidados à adolescente e à criança fornece cuidados médicos à família. A visitação domiciliária também desempenha um importante papel a nível educacional, assim como ajuda as jovens a ultrapassar as barreiras de acesso às instituições de saúde (Emans, Laufer e Goldstein, 1997).

Quando a jovem depois do parto é novamente incorporada na sua



família, o processo de estabelecimento da sua independência deve ser ajustado. Os profissionais de saúde devem ajudar a adolescente e os seus pais a estabelecer objectivos realistas no sentido de facilitar o processo de desenvolvimento da independência. Os tópicos a abordar nas discussões com todos os intervenientes incluem os cuidados a prestar às crianças, a necessidade da adolescente continuar os estudos e a necessidade de trabalhar até atingir a maturidade. As mães adolescentes e os companheiros também necessitam de apoio, uma vez que enfrentam uma nova série de tarefas e responsabilidades.

É ainda importante identificar os sentimentos da adolescente em relação à criança, a qualidade da interacção adolescente-criança, o conhecimento e a atitude da adolescente em relação aos cuidados a prestar à criança e o seu grau de compreensão face às necessidades de crescimento e de desenvolvimento da mesma. É ainda fundamental determinar o tipo de apoio que a família e a comunidade podem oferecer à adolescente (Spikes e Drapp, 1991).

O National Network for Health (2002) (EUA) identifica as principais necessidades dos pais adolescentes:

- Treino na área de resolução de conflitos e gestão da “zanga” (abordagem participativa, experiencial);
- Perspectivar o *self* no futuro (valores, estabelecimento de objectivos);
- Sistemas de apoio da comunidade;
- Modelos de papéis realistas;
- Novos pontos de vista, experiências de vida reais;
- Conhecimentos acerca do desenvolvimento da criança;
- Conhecimentos acerca dos cuidados de saúde e de nutrição adequados para as suas necessidades e às da criança;
- Gestão financeira e de recursos;
- Experiências a nível de trabalho (carreira e vocacionais) e experiência a nível educacional (visita a um *campus* universitário);
- Apoio emocional - validação da experiência como pais;
- Aconselhamento;

- Conhecimento e utilização de recursos comunitários;
- Apreciar o relacionamento com indivíduos adultos e com os pais;
- Apoio para lidar com as mudanças das suas competências desenvolvimentais e parentais (por exemplo, conflitos em casa);
- Capacidade para enquadrar os papéis parentais no contexto de trabalho ou da escola (desempenho de múltiplos papéis).

O National Network for Health (2002) aponta ainda algumas barreiras para a satisfação destas necessidades: a percepção que as pessoas têm acerca dos pais adolescentes (não pretendem encorajar a maternidade na adolescência); a falta de sensibilidade dos pais para o conflito entre as tarefas desenvolvimentais dos adolescentes e as primeiras tarefas desenvolvimentais da maternidade e as leis que limitam o acesso dos adolescentes à informação e a recursos que podiam promover um desenvolvimento saudável.

Reconhecendo a necessidade dos adolescentes aprenderem os papéis parentais a Cooperative State Research, Education and Extension Service (CSREES-USDA) inclui esta temática como parte do Children, Youth and Family Network. A Cooperative State Research, Education and Extension Service ajuda a melhorar a vida dos adolescentes através de um processo educacional que foca o desenvolvimento de competências, o conhecimento e as competências dos pais adolescentes. Os princípios orientadores de um programa educacional para promover uma parentalidade adolescente saudável são os seguintes:

- Ter como alvo o desenvolvimento positivo dos jovens e a prevenção e não os défices dos jovens, os programas de intervenção e de tratamento;
- Aumentar a sensibilidade e a compreensão dos pais dos adolescentes para os aspectos desenvolvimentais destes e para as alterações que ocorrem nos pais adolescentes;
- Envolver os adolescentes no desenho, planeamento e implementação de programas. O desenvolvimento nos adolescentes de um sentimento de responsabilidade pelo programa aumenta a sua receptividade pela informação e pelo desenvolvimento do programa.

Os conteúdos dos programas educacionais devem dirigir-se às seguintes áreas:

- Cuidar da adolescente: pode incluir gestão do stress, gestão dos recursos familiares, segurança do apoio dos amigos, família e comunidade, desenvolvimento da identidade pessoal, reconhecimento da força pessoal e parental, construção de relacionamentos saudáveis, competências de comunicação e de tomada de decisão.
- Educação da criança: pode incluir a expressão de afecto à criança, satisfação das suas necessidades físicas básicas (abrigo, nutrição, saúde, segurança e vestuário); partilha da história familiar e herança cultural com a criança, ajuda-la a construir um sentimento de esperança e de auto-respeito, competências de comunicação saudável com a criança, celebrar os eventos da vida com a criança, actuar e ensinar a criança com amabilidade.
- Compreender o desenvolvimento da criança: pode incluir o desenvolvimento normal da criança; conhecimento da sua especificidade, temperamento e individualidade, aceitação da sua criança, desenvolvimento de práticas adequadas, reconhecimento das suas necessidades básicas e expectativas adequadas em relação à criança.
- Orientação da criança: pode incluir o acompanhamento da criança, estabelecimento de contactos adequados com adultos e outras crianças, criar oportunidades para a criança aprender a ser responsável, fixar e manter limites adequados com a criança, modelar os comportamentos desejáveis para a criança, ensinar a criança a resolver problemas, lidar com o mau comportamento, prevenção como estratégia disciplinar, estabelecer consequências razoáveis, diferenças entre crueldade e consequências, opções em relação à orientação da criança.
- Motivar a criança: pode incluir o incentivar o desejo de aprender na criança, construir em casa um ambiente que favoreça a aprendizagem, preparar a criança para a frequência escolar, os primeiros e mais importantes professores da criança - os pais, ajudam a criança a adquirir conhecimentos e competências através dos jogos, das actividades familiares, formas dos pais apoiarem as experiências de aprendizagem das crianças.
- Advocacia para a criança: pode incluir a descoberta de recursos de apoio para a criança, a construção de relações positivas que beneficiem a

criança e a colaboração com a escola da criança, com o centro ou com o prestador de cuidados.

## 5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

A adolescência é definida cronologicamente como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos, durante o qual ocorrem profundas alterações a nível físico, psicológico, cognitivo e psicossocial (Chaban Júnior, Maquera e Lopes, 2003; Berger, 2001).

Para Berger (2001) as mudanças biológicas que marcam o início da adolescência, são universais, mas a sua expressão, ritmo e extensão são muito variáveis, dependendo do género, dos genes e do tipo de nutrição; o desenvolvimento cognitivo também varia de forma considerável. Durante esta fase, as mudanças psicossociais revelam uma maior diversidade, à medida que os adolescentes desenvolvem a sua identidade, isto é, à medida que fazem opções a nível sexual, moral, político e educacional. Esta diversidade reflecte geralmente apenas as diferenças existentes nos contextos social e cultural.

Para Kroger (2000) as mudanças que ocorrem durante o período da adolescência desafiam a adolescente para encontrar a sua identidade, ou seja a sua auto-definição exclusiva e consistente. A construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente num adulto produtivo e maduro.

No entanto, todos os adolescentes se deparam com as mesmas tarefas desenvolvimentais: adaptação ao tamanho e à forma do corpo, ao despertar da sexualidade, às novas formas de pensamento e todos se esforçam por alcançar a maturidade emocional e a independência económica (Berger, 2001).

Segundo Berger (2001) muitos adolescentes cometem erros no seu percurso em direcção à maturidade e alguns encontram obstáculos que impedem o seu progresso. As mudanças desenvolvimentais que provocam dificuldades também produzem entusiasmo, desafios e promovem o crescimento: a adolescência, em todas as sociedades industriais constitui um período de vida cheio de oportunidades e riscos. O risco é real, mas a maioria dos adolescentes aproveita a oportunidade.

Um dos riscos desenvolvimentais para os adolescentes é a gravidez não desejada. Quando esta ocorre, tanto a mãe adolescente como o seu filho têm probabilidade de enfrentar uma série de problemas durante a gravidez, o parto e também nas décadas seguintes. Em relação às adolescentes, a maternidade atrasa o seu desempenho nos domínios educacional e vocacional e restringe o

crescimento social e pessoal. Independentemente do nível de apoio familiar da adolescente, dos seus rendimentos ou da sua capacidade intelectual, em média, a maternidade reduz o seu desempenho escolar em três anos; reduz a sua probabilidade de arranjar emprego e casar e aumenta a probabilidade de violência, abandono e divórcio, se o casamento ocorre por motivo de gravidez.

Quando a gravidez ocorre durante a adolescência, o processo de formação da identidade torna-se mais complicado. A adolescente tem de canalizar os seus interesses para as tarefas relacionadas com o sucesso da gravidez e da maternidade, reorientando os seus relacionamentos para assegurar o lugar à criança e aprender as tarefas da maternidade. A gravidez parece implicar ainda a dependência dos adultos. No entanto, esta dependência entra em conflito com os esforços da adolescente para se tornar independente. Rogan, Shmied, Barclay e outros (1997) sublinham que a maternidade implica profundas mudanças, um forte sentimento de perda, de isolamento e de fadiga.

De acordo com Erikson (1972) a formação da identidade do ego ocorre através de um processo de exploração e de formulação de um conjunto de atitudes, valores e crenças. Quanto mais desenvolvido o sentimento de identidade, mais o indivíduo valoriza o modo como é parecido ou diferente dos outros e mais claramente reconhece as suas limitações e habilidades. Quanto menos desenvolvido este sentimento, mais o indivíduo necessita de opiniões externas para se avaliar e menos compreende as pessoas como distintas (Kimmel e Weiner, 1998; Marcia, 1980).

Face à importância do processo de formação da identidade na adaptação e no desenvolvimento, os factores que influenciam este processo têm merecido considerável atenção. Marcia (1988, 1983) é um dos autores que se tem debruçado sobre as questões da identidade, clarificando e dando continuidade aos trabalhos de Erikson. Apresenta duas dimensões essenciais na formação da identidade do adolescente: crise ou exploração (período de tomada de decisão, em que os valores e as escolhas anteriores são reexaminados, quer de uma forma tumultuosa ou gradual) e investimento (pressupõe que o indivíduo realize uma escolha relativamente firme, que sirva de base ou guia para a sua acção).

Medindo as duas variáveis – crise ou exploração e investimento – Marcia propôs quatro estatutos da identidade: identidade realizada, identidade outorgada, moratória e difusão.

Com este estudo, inserido no Curso de Doutoramento em Enfermagem,

pretendemos explorar o processo de formação da identidade das grávidas adolescentes, tendo em consideração o processo de desenvolvimento individual e o contexto familiar. Os objectivos desta investigação consistiram em (i) caracterizar o grupo de grávidas adolescentes do ponto de vista socio-económico e demográfico; (ii) identificar como se definem as grávidas adolescentes face à tarefa de construção da identidade e quais os estatutos mais frequentes neste processo; (iii) estudar os modos dominantes de aquisição de identidade nas grávidas adolescentes e como estas se posicionam face à exploração e investimento nas áreas ideológica, interpessoal; (iv) estudar os padrões de interacção nas famílias das grávidas adolescentes para determinar os modos de aquisição da identidade; (v) conhecer o processo de adaptação da adolescente face à gravidez para determinar os modos de aquisição da identidade.

Relativamente às opções metodológicas, optamos pelo recurso a métodos qualitativos e quantitativos. Para a abordagem e estudo das diversas unidades de análise e variáveis, tivemos necessidade de utilizar a entrevista semi-estruturada e três questionários: o *Questionário da Identidade do Ego* de Balistreri, Busch-Rossnagel e Geisinger (1995); o *Questionário de Avaliação da Gravidez* de Shaefer e Manheimer (1960) adaptado por Egeland a partir da escala original, para o estudo longitudinal da Universidade de Minnesota e a *Escala do Ambiente Familiar* de Moos e Moos (1986).

Qual a pertinência de tentar estudar o processo de formação da identidade das grávidas adolescentes? E porquê a necessidade do recurso a uma estratégia multimétodo? No contexto da profissão de enfermagem, tem sido apontada como necessária a compreensão das matrizes simbólicas que orientam a evolução da profissão.

Bruner (1997), numa análise sobre os paradigmas de investigação, tenta equacionar as opções metodológicas no quadro da sociedade actual e dos desenvolvimentos científicos. Conclui que os desenvolvimentos históricos, sociais e culturais influenciam não apenas a natureza da mente mas igualmente a forma como construímos os significados. A forma acelerada como evoluem as sociedades, à qual a informação não é alheia, traduz-se no aparecimento de novas questões, inquietações e valores. Para Bruner (1997), autor da obra "Acts of meaning", as metodologias tradicionais não desvendam tópicos "interditos", tais como estados intencionais, significados e estratégias identitárias. Bruner (1997), propõe estratégias de investigação que tentem aliar visões transversais

com métodos que permitam o acesso às formas culturais de criação e compreensão de significados. Nesta mesma linha de pensamento Orti (1994) advoga que a adopção de estratégias multimétodo (recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos) pode ser considerada uma *"relação de complementaridade por deficiência"*, uma vez que cada um dos métodos permite explorar e analisar territórios que ficam para além dos limites, possibilidades e características dos outros (métodos). Corroborando esta posição epistemológica Minayo (1994), ao referir-se a pesquisas na área da saúde, advoga a necessidade de combinar métodos que permitam o acesso às realidades sociais, tal como elas são vividas pelos actores.

Durante grande parte do século passado, as intervenções na área da saúde foram profundamente influenciadas pelo paradigma tecnicista e inscritas no modelo de intervenção biomédico. Esta influência teve, na área da saúde, muitos contornos que importa realçar. Por parte dos profissionais de saúde, sedimentou-se progressivamente um sentimento de profunda insatisfação com a orientação predominantemente tecnicista. Os debates sobre o cuidar e o tratar são um sintoma da preocupação com intervenções assistenciais segmentadas, às quais se propõe, como alternativa, a visão holística do ser humano.

O sentido e o futuro da prática da enfermagem são determinados pela concepção que se tem da qualidade dos cuidados, que não pode limitar-se à dos actos efectuados nem ao modo como são organizados. A gravidez na adolescência pode ser profundamente traumatizante (sentimentos de medo e de angústia, interrogações sobre o futuro), logo os aspectos contextuais da gravidez e as consequências desta têm de ser tidas em consideração pelos profissionais de enfermagem.

Hanna (2001) refere que a maternidade na adolescência implica um grande esforço para as adolescentes, devido à sua idade, à sua falta de preparação para a maternidade e à sua confiança no apoio dos serviços da segurança social. Recomenda que as enfermeiras estabeleçam uma abordagem diferente quando trabalham com grávidas ou mães adolescentes para ajudar as adolescentes a reduzir o impacto negativo da maternidade nesta fase da vida.

Para Hesbeen (2001, p. 17) ser enfermeiro implica *"... um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo"*. Em relação às grávidas adolescentes, os profissionais de



enfermagem devem estar verdadeiramente atentos à sua singularidade, o que significa que os profissionais *devem cuidar* e não *prestar cuidados* (Hesbeen, 2001). Cuidar, segundo este autor, “*é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde*” (p. 23). Prestar cuidados implica a realização de actos ou de tarefas dirigidas ao corpo da pessoa mas não verdadeiramente à pessoa (Hesbeen, 2001).

## 5.1. CONCLUSÃO GERAL

Em termos de análise de informação, polarizamo-la em quatro áreas distintas: (i) a adolescente, o companheiro e a família; (ii) a adolescente e reacção face à gravidez; (iii) a adolescente e o processo de formação da identidade e, finalmente, face à dialéctica do processo identitário, (iv) pretendemos delinear algumas respostas à problemática em estudo. Na primeira área (adolescente, companheiro e família), procedemos à caracterização da grávida, do companheiro e da família e a percepção da adolescente e da família relativamente ao seu ambiente familiar. A nível da reacção face à gravidez, centramo-nos na gravidez e processo gravídico, nas atitudes pessoais da adolescente face à gravidez e nas dimensões “Desejo de gravidez”, “Medos em relação ao *self*”, “Dependência”, “Irritabilidade”, “Sentimento maternal” e “Medos em relação ao bebé”. Na adolescente e o processo de formação da identidade, analisamos os estatutos dominantes da identidade, a adolescente, a identidade e a identificação: os sentimentos em análise, o processo identitário e o contexto familiar. No último capítulo, analisamos dimensões que nos permitem compreender a experiência de gravidez na adolescência e os sentimentos envolvidos, tentando delinear algumas respostas a uma questão que qualquer uma das adolescentes da nossa amostra nos podia colocar “... *sou mãe! E agora senhora enfermeira?*”.

Este trabalho de investigação permitiu-nos chegar a algumas conclusões, entre as quais salientamos as seguintes:

- O grupo etário predominante é o das adolescentes com 17 anos de idade (48.3%); 30.1% das adolescentes tinham 18 anos e 21.5% 19 anos de idade;

- O nível de escolaridade das adolescentes é bastante baixo: 56% tinham um nível de escolaridade inferior ao 9º ano; 7.2% frequentaram o 12º ano;
- Em relação à frequência escolar, a maioria das adolescentes (85.6%) já não frequentava a escola na altura em que foi realizada a entrevista. Destas, 79.3% referiram que abandonaram os estudos por desinteresse;
- A maioria das adolescentes (52.2%) encontra-se desempregada; das adolescentes que estão empregadas (33.5%), 19,7% exercem profissões especializadas não manuais e 13.1% profissões semi-qualificadas;
- Relativamente à idade dos companheiros das adolescentes, 48.8% têm idade compreendida entre os 16 e os 21 anos; 39.2% possui o 9º ano e a maioria (31.5%) exerce uma profissão pertencente ao grupo das profissões semi-qualificadas;
- Quanto ao relacionamento com o companheiro, 51.2% das adolescentes vive com o companheiro e 40.2% embora solteiras mantêm uma relação afectiva com ele;
- Em relação à família da adolescente, 70.8% dos pais (pai e mãe) são casados; 45.9% dos pais e 54.5% das mães têm apenas o 4º ano de escolaridade; a maioria dos pais (23.9%) e a maioria das mães (26.8%) exercem uma profissão sem qualificação;
- A maioria das adolescentes iniciou a actividade sexual com idade compreendida entre os 15 e os 17 anos. Apenas 6.7% das adolescentes referem os profissionais de saúde como elementos responsáveis pela educação sexual e somente 44% das adolescentes utilizavam um método de contracepção na altura em que engravidaram;
- Relativamente à reacção da adolescente face à gravidez, 48.3% manifestou contentamento face à gravidez; 45% manifestou choque/apreensão e 6.7% manifestou aceitação.

Uma das implicações da gravidez na adolescência é o facto das adolescentes verem reduzidas as oportunidades para desenvolverem um

sentimento de autonomia. Com frequência, as grávidas adolescentes experienciam simultaneamente várias mudanças: as mudanças típicas da adolescência, tais como a separação dos pais e o estabelecimento de relações íntimas e as mudanças inerentes à maternidade (Brooks-Gunn e Chase-Lansdale, 1995). Segundo estas autoras, as adolescentes que optam pela maternidade têm menos oportunidades para desenvolverem a sua identidade.

Assim, não admira que a maioria das adolescentes que constituíram a nossa amostra (58.9%) se encontrem em Identidade outorgada e 28.2% em Difusão. Apenas 8.1% se encontram em Identidade realizada e 4.8% em Moratória.

Gostaríamos de salientar novamente, que Marcia (1967, 1966) considerou os estatutos de Identidade realizada e Moratória os mais elevados no processo de desenvolvimento da identidade pessoal, por considerar que estes são na realidade auto construídos. Estes estatutos estão associados com características positivas, como por exemplo uma elevada auto-estima, uma maior autonomia e, principalmente, maior abertura para as mudanças na sociedade e para as mudanças nas relações (Stephen, Fraser e Marcia, 1992).

Segundo Stephen, Fraser e Marcia (1992) os estados iniciais da identidade podem ser Difusão ou Identidade outorgada, progredindo para a Identidade realizada, quando o indivíduo assume investimentos. No entanto, estes autores afirmam que nem todas as pessoas seguem este percurso: o desenvolvimento da identidade pessoal pode seguir caminhos diferentes de acordo com características individuais e sociais (Meeus, ledema, Helsen e outros, 1999).

Tendo em consideração que um dos objectivos da presente investigação era conhecer a influência da gravidez no processo de formação da identidade, uma das hipóteses formuladas pressupunha mesmo uma relação entre o "Desejo de gravidez" e o estatuto da identidade da adolescente grávida (Hipótese 1). Dada a natureza das variáveis em estudo, recorreremos à análise de variância (teste F), como referência para a aceitação ou rejeição da hipótese experimental.

Obtivemos, para esta distribuição, um valor de  $F=6.423$ , a que correspondia um  $p<0.05$ . Perante este resultado, podemos aceitar a hipótese de que existe, no grupo estudado, uma relação estatisticamente significativa entre o "Desejo de gravidez" e o estatuto da identidade das grávidas adolescentes.

Uma vez que os estatutos da identidade são determinados a partir da conjugação das dimensões exploração e investimento, encontramos uma correlação negativa entre "Desejo de Gravidez" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.165$ ,  $p<0.05$ ) e interpessoal ( $r=-0.223$ ,  $p<0.01$ ).

Verificamos também uma correlação significativa, de sentido negativo entre "Sentimentos Maternais" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.28$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=-0.29$ ,  $p<0.01$ ).

Encontramos ainda uma correlação negativa entre "Irritabilidade" e a dimensão investimento nos domínios ideológico ( $r=-0.21$ ,  $p<0.01$ ) e interpessoal ( $r=-0.15$ ,  $p<0.05$ ). Finalmente, encontramos uma correlação positiva entre "Irritabilidade" e a dimensão exploração no domínio interpessoal ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ).

Recorrendo à análise discriminante, aceitamos a hipótese segundo a qual os sentimentos maternos, medo em relação ao *self* e irritabilidade têm um peso idêntico na variação do estatuto da identidade da grávida adolescente (Hipótese 2).

Dado que o progresso no estabelecimento de uma identidade do ego coerente está associado ao grau de adaptação dos adolescentes aos acontecimentos da vida, estudamos as variáveis familiares que contribuem para que a adolescente grávida construa a sua identidade.

Muitos teóricos e pesquisadores estudaram os percursos da formação da identidade tendo em consideração a perspectiva contextual. Sabemos que os adolescentes podem estar inseridos em diferentes contextos e que estes os afectam de formas diferentes. No entanto, o contexto que afecta especialmente a construção da identidade do adolescente é o familiar (Schultheiss e Blustein, 1994; Rice, 1990; Marcia 1988, 1983).

A literatura existente sugere que um grau moderado de ligação emocional associado à separação-indivuação do adolescente face à família de origem pode promover a realização da identidade. Assim, neste grupo de grávidas pretendemos estudar o papel do contexto familiar no processo de formação da identidade. Esperávamos a existência de uma relação entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade das grávidas adolescentes e também a existência de uma relação entre a percepção do nível de relacionamento familiar e o estatuto da identidade.

Verificamos que são as adolescentes que se encontram no estatuto Identidade outorgada as que apresentam a percepção que na sua família existe

um elevado nível de coesão; as adolescentes em Moratória são as que apresentam os valores médios mais baixos (coesão). Reportando-nos à comparação das médias dos valores "Coesão" em cada um dos estatutos da identidade, obtivemos um valor de F significativo (8.88) o que permite considerar a existência de uma diferença entre os subgrupos ( $p < 0.05$ ). Podemos desta forma admitir uma relação significativa entre a "Coesão" e os estatutos da identidade.

Na subescala "Expressividade" são as adolescentes que se encontram em Identidade realizada as que apresentam os valores médios mais elevados; as adolescentes que se encontram nos estatutos de Difusão e Moratória apresentam os valores médios mais baixos. Recorrendo aqui também à comparação das médias dos valores "Expressividade" em cada um subgrupos dos estatutos da identidade, obtivemos um valor de F significativo (5.47). Este valor permite considerar a existência de uma diferença global significativa entre os estatutos da identidade e a subescala "Expressividade" ( $p < 0.05$ ).

Relativamente à subescala "Conflito", são as adolescentes que se encontram no estatuto de identidade Moratória as que apresentam valores médios mais elevados. As adolescentes em Identidade outorgada são as que apresentam os valores médios mais baixos. Comparando as médias dos valores nesta subescala e as de cada um dos subgrupos amostrais (estatutos da identidade), a razão F calculada (6.00) aponta uma diferença real estatisticamente significativa entre os subgrupos ( $p < 0.05$ ). Estamos pois perante uma situação que nos leva a aceitar a hipótese formulada (Hipótese 3).

Em relação à subescala "Independência", os valores médios mais elevados observam-se nas adolescentes que se encontram no estatuto de Identidade realizada. As adolescentes nos estatutos Difusão e Identidade outorgada são as que apresentam os valores médios mais baixos. Os valores de F nesta subescala apontam para valores de significância superiores a 0.05. Logo, não fica demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a percepção do nível de independência e o estatuto da identidade (Hipótese 4).

Na subescala "Organização", os valores médios mais elevados observam-se nas adolescentes que se encontram no estatuto de Identidade realizada, seguidas pelas adolescentes no estatuto de Identidade outorgada. As adolescentes no estatuto de Moratória são as que apresentam os valores médios mais baixos. Comparando as médias dos valores nesta subescala e as de cada

um dos estatutos da identidade, o valor de F calculado (6.53) aponta para valores de significância inferiores a 0.05. Logo, fica demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a percepção do nível de organização e o estatuto da identidade.

Finalmente, em relação à subescala "Controle", são as adolescentes que se encontram em Identidade realizada as que apresentam os valores médios mais elevados, seguidas pelas adolescentes em Difusão. As adolescentes em Moratória são as que apresentam os valores médios mais baixos. Para este ponto, obtivemos um valor de F a que corresponde um nível de significância superior a 0.05. Não ficou assim demonstrado a nível estatístico a existência de uma diferença significativa entre a percepção do controle e os estatutos da identidade.

Atendendo a que os estatutos da identidade são determinados a partir da conjugação das dimensões exploração e investimento, verificamos que os valores da subescala "Coesão" apontam uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a dimensão investimento a nível ideológico e interpessoal; os valores da subescala "Expressividade" apontam uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão investimento e o domínio ideológico e interpessoal; os valores da subescala "Conflito" apontam uma relação positiva e estatisticamente significativa com o domínio interpessoal da dimensão exploração e uma relação negativa com os domínios ideológico e interpessoal da dimensão investimento.

Outra das hipóteses formuladas no nosso estudo (Hipótese 5) supunha a existência de uma relação entre o nível sócio-económico da família e o estatuto da identidade da grávida adolescente. Os valores de qui-quadrado obtidos não nos permitiram admitir, pelo menos a nível estatístico, uma relação significativa entre estas variáveis.

## 5.2. CRÍTICA E SUBSÍDIOS

Embora o estudo da gravidez na adolescência continue a receber a atenção dos pesquisadores, são poucos os estudos que se debruçam sobre as dimensões psicológica e sociocultural deste fenómeno. No entanto, o estudo destas é fundamental para a compreensão dos principais aspectos desenvolvimentais associados às causas e às consequências da maternidade

precoce.

Segundo Coley e Chase-Lansdale (no prelo) as transformações desenvolvimentais que ocorrem durante a adolescência, tal como a formação da identidade, pode ser afectada pela maternidade precoce. Mas, segundo estas mesmas autoras, os aspectos desenvolvimentais raramente têm sido aplicados ao estudo da gravidez na adolescência, em grande parte devido ao facto das pesquisas longitudinais terem a tendência a focar as componentes demográficas, ou seja, as consequências a nível educacional e de emprego e negligenciarem o funcionamento psicológico.

Face a estes dados não admira que não tenhamos encontrado, quer a nível nacional quer a nível internacional, nenhum estudo que tenha examinado em que medida os factores psicológicos, tal como a identidade, é influenciada e influencia a maternidade precoce.

Temos consciência que este estudo possui algumas limitações. A maior limitação deve-se ao facto de se tratar de um estudo de natureza transversal o que impede o conhecimento da continuidade do processo de construção da identidade após o nascimento da criança. As limitações do nosso estudo apontam para a necessidade da realização de uma pesquisa longitudinal com uma amostra mais representativa da população em estudo, a nível nacional. No entanto, temos que reconhecer que uma das barreiras na condução de estudos de investigação no campo da gravidez na adolescência é a dificuldade em recrutar as participantes, a sua cooperação depois do parto, a obtenção de aprovação dos serviços de saúde e os custos que este tipo de estudo envolve.

Outra das limitações do estudo, situa-se na escassez de dados sobre a percepção de todos os elementos da família da adolescente acerca do ambiente familiar. A *Escala do Ambiente Familiar* tem subjacente uma abordagem sistémica da família. No entanto, temos de reconhecer também que seria difícil obter a participação de todos os elementos da família com quem a adolescente vivia.

No entanto, este estudo contribuiu para a identificação de adolescentes em risco que beneficiariam com a implementação de programas de intervenção durante a gravidez e depois do parto. Fornece ainda informações preliminares acerca de alguns factores que no futuro devem ser estudados mais cuidadosamente.

Considerando que este fenómeno exige uma abordagem de uma equipa

interdisciplinar, Costa (1994) recomenda que durante a gravidez a equipa de saúde deverá:

- Promover a qualidade das relações com os pais; incentivar a adolescente a participar-lhes a gravidez e ajudá-la a lidar com as suas expectativas e com as dos pais, o que implica a redefinição de projectos de vida;
- Criar condições facilitadoras da expressão de sentimentos em relação ao seu corpo, a si própria e à gravidez;
- Promover a compreensão acerca do estado gravídico, para poder lidar melhor com as diferentes etapas deste e com diferentes estados de humor que lhe estão inerentes, consciencializando-a da necessidade de cuidados pré-natais;
- Apoiar as tomadas de decisão, de uma forma consciente e realista, em relação a si própria e ao bebé, tendo em conta as diferentes alternativas, sentimentos e apoios disponíveis;
- Promover o desenvolvimento afectivo e psicossocial da adolescente;
- Ponderar sobre a decisão de casamento e, no caso de ser esta a decisão do casal, desenvolver competências de relacionamento conjugal;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais, facilitando e integrando informação, de forma a incentivar a compreensão do desenvolvimento do bebé e trabalhando expectativas em relação quer ao desenvolvimento quer ao comportamento deste;
- Analisar a viabilidade de estabelecer relações com o pai da criança de forma a contribuir para um comportamento de parentalidade;
- Ajudar a adolescente ou o casal a construírem uma vida independente da família alargada sem no entanto negarem o apoio desta; facilitar a aquisição de competências para a resolução de conflitos e de problemas, para a negociação de acordos e resolução de questões financeiras;



- Incentivar a reflexão sobre o futuro, no sentido de construir um projecto de vida para si própria e para a família, mono ou biparental;
- Promover a capacidade de construção de redes sociais e de utilização das existentes.

Em relação aos pais adolescentes, o National Network for Health (2002) refere que estes necessitam de:

- Treino na área de resolução de conflitos e gestão da zanga (abordagem participativa, experiencial);
- Perspectivar o *self* no futuro (valores, estabelecimento de objectivos);
- Sistemas de apoio da comunidade;
- Modelos de papéis realistas;
- Novos pontos de vista, experiências de vida reais;
- Conhecimentos acerca do desenvolvimento da criança;
- Conhecimentos acerca dos cuidados de saúde e de nutrição adequados para as suas necessidades e às da criança;
- Gestão financeira e de recursos;
- Experiências a nível de trabalho (carreira e vocacionais) e experiência a nível educacional (visita a um *campus* universitário);
- Apoio emocional - validação da experiência como pais;
- Aconselhamento;
- Conhecimento e utilização de recursos comunitários;
- Apreciar o relacionamento com indivíduos adultos e com os pais;
- Apoio para lidar com as mudanças das suas competências desenvolvimentais e parentais (por exemplo, conflitos em casa);
- Capacidade para enquadrar os papéis parentais no contexto de trabalho ou da escola (desempenho de múltiplos papéis).

Segundo a Cooperative State Research, Education and Extension Service os princípios orientadores de um programa educacional para promover uma parentalidade adolescente saudável são os seguintes:

- Ter como alvo o desenvolvimento positivo dos jovens e a

prevenção e não os défices dos jovens, os programas de intervenção e de tratamento;

- Aumentar a sensibilidade e a compreensão dos pais das adolescentes para os aspectos desenvolvimentais destas e para as alterações que ocorrem nos pais adolescentes;
- Envolver os adolescentes no desenho, planeamento e implementação de programas. O desenvolvimento nos adolescentes de um sentimento de responsabilidade pelo programa aumenta a sua receptividade pela informação e pelo desenvolvimento do programa.

Os conteúdos dos programas educacionais devem dirigir-se às seguintes áreas:

- Cuidar da adolescente;
- Educação da criança;
- Compreender o desenvolvimento da criança;
- Orientação da criança;
- Motivar a criança;
- Advocacia para a minha criança.

O programa para educar os pais adolescentes deve incluir actividades de aprendizagem focadas no apoio à adolescente para que esta perspetive o seu futuro e o da sua criança através da visualização, das competências de tomada de decisão, dos métodos de resolução de problemas, da identificação dos valores pessoais, das competências de colaboração e de desenvolvimento positivo do *self*.

Face às consequências da gravidez na adolescência para as adolescentes, para as crianças, para os pais adolescentes e para os pais das adolescentes, especialmente para as mães, é imprescindível continuar a desenvolver esforços para planear e implementar intervenções com o objectivo de prevenir a gravidez na adolescência.

Assim, de acordo com a Teoria Ecológica dos Sistemas de Bronfenbrenner, segundo o qual o indivíduo se desenvolve dentro de um sistema de interacções que são afectadas por múltiplos níveis do ambiente mais próximo, Corcoran (1999) recomenda que as intervenções em termos políticos e das

instituições responsáveis pela prevenção da gravidez na adolescência devam ter como alvo o sistema mais abrangente (macro e meso) em vez de ter só como alvo o conhecimento dos indivíduos, já que pode não existir uma relação entre este e o comportamento posterior destes.

Posteriormente, Corcoran, Franklin e Bennett (2000) referiram que face o envolvimento dos diferentes níveis ecológicos (macro, exo, meso e microsistema) na ocorrência da gravidez, os programas de prevenção da gravidez devem estar preparados para satisfazer as necessidades das adolescentes nos diferentes níveis ecológicos.

Nos Estados Unidos, o *Teen Outreach Program* é um programa de sucesso a nível da redução da actividade sexual e da gravidez na adolescência. Trata-se de um programa abrangente implementado para ajudar os adolescentes a desenvolver uma auto-imagem positiva, competências que lhes permitam gerir a sua vida e estabelecer objectivos realizáveis. Este programa tem a duração de nove meses e tem duas componentes: uma componente em sala de aula em que se promove o desenvolvimento de competências na área da tomada de decisão e da comunicação, permitindo a abordagem de aspectos tais como relações interpessoais, pressão de grupo de pares, problemas familiares e estilos de vida e uma componente de prestação de serviço voluntário na comunidade que permite desenvolver um sentimento de mérito próprio, de valor e de se considerarem membros activos da sua comunidade.

Surgiram em Portugal, nos últimos anos, serviços confidenciais e gratuitos, como por exemplo consultas de atendimento a jovens em instituições de saúde e noutros locais, linhas telefónicas de apoio e encaminhamento que podem ajudar os adolescentes a vivenciarem a sua sexualidade de uma forma saudável. Apesar destes esforços, sempre louváveis, Xarepe (2004) sublinha que são necessárias mais iniciativas e políticas sociais dirigidas às famílias e aos jovens para prevenir a gravidez na adolescência.

É justo salientar que existem ainda iniciativas muito meritórias em instituições de saúde, escolas e unidades de investigação que canalizam atenções para a área da gravidez na adolescência e respectivas problemáticas. Muitas destas iniciativas não se limitam a interrogar ou conhecer as situações: disponibilizam práticas assistências com as quais se pretende prevenir ou, se for o caso, limitar as consequências de uma gravidez que surge prematuramente.

Para além das acções educativas, os estudos realizados no nosso País

defendem a necessidade de definir políticas de saúde reprodutiva para os jovens de forma mais ampla, com carácter intersectorial, tendo em consideração a participação dos jovens, a heterogeneidade existente entre eles e propor estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos de maior vulnerabilidade. Recomenda-se ainda a implementação de políticas que facilitem o acesso a serviços de promoção de saúde reprodutiva e a métodos que promovam o sexo seguro e a dupla protecção. Estas políticas devem proporcionar aos jovens a oportunidade para a realização de actividades produtivas, educativas e recreativas que visem o tempo livre e disposições para mudanças de estilos de vida.

## 6. BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (1989) – Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas

ABRANTES, A.; TAVARES, A.; GODINHO, J. (1989) – Manual de métodos de investigação em saúde. Lisboa: Edições Especiais APMCG

ABREU, M. S. N. (1998) – Gravidez na adolescência: atitudes e representações. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

ABREU, W. C. (2001) – Identidade, formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa: Educa

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1998a) – Aconselhamento da adolescente sobre gravidez. In: Pediatrics (ed. Port.) vol 6, nº 5 (1998) p. 259-261

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1998b) – Tendências da gravidez na adolescência. In: Pediatrics (ed. Port.), vol 6, nº 11 (1998) p. 621-623

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1999a) – Contraceção na adolescência. In : Pediatrics (ed. Port.). Vol 7, nº 11 (1999) p. 668 – 674

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1999b) – Gravidez na adolescência – questões actuais e tendências: 1998. In : Pediatrics (ed. Port.). Vol 7, nº 3 (1999) p. 169-173

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1999) – Adolescent pregnancy – current trends and issues: 1998. In: Pediatrics. Vol 103, nº 2 (February 1999) p. 516-520

ADAMS, G. R.; MARSHALL, S. K. (1996) – A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. In: Journal of Adolescence. Vol 19 (1996) p. 429-442

ALMEIDA, A. N.; ANDRÉ, I. M. e LALANDA, P. (2002) – Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. In: Análise social: Revista do

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Vol XXXVII (Verão de 2002), p. 371-409

ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M. (1995) – A investigação nas ciências sociais. Lisboa: Editorial Presença

ALMEIDA, J. M. R. (1987) – Adolescência e maternidade. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN (1999) – Adolescent health: recommended core educational guidelines for family y practice residents. In: American Academy of Family Physicians. (August 1999)

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2002) – Developing adolescents: a reference for professionals. Washington, DC: American Psychological Association

AMMAR, B.; GHORBEL, CH.; KRIDIS, N. (1990) – Introduction. In: KRIDIS, N. (Ed.) – Adolescence et identité. Paris: Editions Homes et Perspectives. Pp 9-25

ANTHIS, K. S. (2003) – Test reactivity: does the measurement of identity serve as an impetus for identity exploration? In: JASNH. Vol 2, nº 2 (2003) p. 86-91

ARCHER, L.; BISCAIA, J. e WALTER, O. (1996) – Bioética. Lisboa: Editorial Verbo. Pp 53 – 58

ARIÈS, P. (1973) – L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. 2ª ed. Paris : Seuil

AROSO, A. (1994) – Adolescência no feminino: gravidez e maternidade. In: FUNDAÇÃO DA JUVENTUDE (1994) – Maternidade Precoce – Que perguntas? Que respostas? (Comunicações do Encontro Internacional). Porto: Fundação da Juventude. Pp 12-17

ATKINSON, R (1998) – The life story interview. Thosand Oaks, CA: Sage

AZEVEDO, M. (2003) – Estádios de desenvolvimento psicossocial propostos por Erik Erikson – 1990. Doc web. [<http://www.edu.fc.ul.pt/docentes/mazevedo>]

- BALISTRERI, E.; BUSCH-ROSSNAGEL, N. A.; GEISINGER, K. F. (1995) – Development and preliminary validation of the Ego Identity Process Questionnaire. In: Journal of Adolescence. Vol 18 (1995) p. 179-190
- BAILEY, K. D. (1994) – Typologies and taxonomies: an introduction to classification in the social sciences. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- BANDEIRA, M. L. (1996) – Demografia e modernidade: família e transição demográfica em Portugal. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda
- BARBA, E.; SELDER, F. (1995) – Life transitions theory. In: Nursing Leadership Forum. Vol 1 (1995), p. 4 – 11
- BARBIER, J. M. (1990) – A avaliação em formação. Porto: Edições Afrontamento
- BARDIN, L. (1991) – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda
- BARNET, J. K.; PAPINI, D. R.; GBUR, E. (1991) – Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. In: Adolescence. Vol 26 (1991) 457 - 472
- BAUMEISTER, R. F.; MURAVEN, M. (1996) – Identity as adaptation to social, cultural, and historical context. In: Journal of Adolescence. Vol 19 (1996) p. 405-416
- BAWIN-LEGROS, B. (1988) – Familles, mariage, divorce. Liège : Pierre Mardaga Editeur
- BAWIN-LEGROS, B. (1996) – Sociologie de la famille: le lien familial sous questions. Paris : De Boeck Université
- BEHRMAN, R. E. (1992) – Nelson – Tratado de Pediatria, 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan S. A. Pp. 12-29
- BENEDICT, R. (1959) – Padrões de cultura. Lisboa: Livros do Brasil
- BENNER, P. (1982) – From novice to expert. In: American Journal of Nursing. Vol 3 (1982) p. 402 - 407
- BENNER, P.; WRUBEL, J. (1989) – The primacy of caring: stress and coping in health and illness. California: Addison-Wesley

- BERGER, K. S. (2001) – O desenvolvimento da pessoa da infância à terceira idade. 5ª ed. New York: LTC Editora
- BERNARD, H. S. (1981) – Identity formation during late adolescence: a review of some empirical findings. In: Adolescence. Vol XVI, nº 62 (Summer 1981) p. 349- 358
- BERZONSKY, M. D. (1988) – Self theorists, identity status, and social cognition. In: Lapsley, D. K.; POWER, F. C. (Eds) – Self, ego, and identity: integrative approaches. New York: Springer. Pp 243-262
- BERZONSKY, M. D. (1989) – Identity style: conceptualization and measurement. In: Journal of Adolescent Research. Vol 4 (1989) p. 267-281
- BISHOP, G. P.; STITH, S. M.; WHITNEY, M.L. (1995) – Family environments of adolescent sex offenders and other juvenile delinquents. In: Adolescence. Vol 30, nº 117 (Spring 1995) p. 157-170
- BOBAK, I. M.; JENSEN, M. D.; DUNCAN, M. (1991) – Essentials of Maternity Nursing. 3ª ed. S. Louis: Mosby Year Book. Pp 790 - 813
- BOGDAN, R.; BICLEN, S. (1994) – Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora, Lda.
- BORGES, C.; SOUSA, F.; OLIVEIRA, M. (1997) – Gravidez na adolescência. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto (inserido no seminário de investigação 96/97: "Formas Sociais e Culturais na Modernidade")
- BORGES, M. I. P. (1987) – Introdução à psicologia do desenvolvimento. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- BOSMA, H. A. (1985) – Identity development in adolescence: coping with commitments. Dissertação de Doutoramento apresentada à Rijksuniversiteit te Groningen
- BOUDON, R. (1990) – Os métodos em Sociologia. Lisboa: Edições Rolim.
- BRACONNIER, A. (1993) – Des risques réels aux risques projetés. In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. ; SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 129- 149



- BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. (2000) – As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi Editores.
- BRADLEY, R.H.; CORWYN, R.F. (2002) – Socioeconomic status and child development. In: Annu. Review Psychology. Vol 53 (2002) p. 371-399
- BRAVERMAN, P.K.; STRASBURGER, V.C. (1993) – Adolescent sexual activity. In : Clinical Pediatrics. (November 1993), p. 57-61
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1990) – Quantitative data analysis for social scientists. London: Routledge
- BRONFENBRENNER, U. (1994) – Ecological models of human development. HUSEN, T.; POSTLETHWAITE, T. (Eds.), International encyclopaedia of education, 2ª ed. Oxford, UK: Pergamon Press/Elsevier Science
- BRONFENBRENNER, U. (1996) – A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. (1998) – The ecology of developmental process. Damon, W.; Lerner, R. (Eds.). Handbook of child psychology. New York: Wiley
- BROOKS-GUNN, J.; ZAHAYKEVICH, M. (1989) – Parent-daughter relationships in early adolescence: a developmental perspective. In: KREPPNER, K.; LERNER, R. (1989) – Family systems and life-span development. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- BROOKS-GUNN, J.; CHASE-LANSDALE, P. L. (1995) – Adolescent parenthood. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.) – Handbook of parenting. Vol 3, Status and social conditions of parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Associates
- BROWN, R.T.; CROMER, B.A. (1996) – Sexualidade do adolescente. In: SANFILIPPO, J.S.; MURAN, D.; LEE, P.A. e outros (1996) - Ginecologia pediátrica e da adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara. Pp 222-247
- BRUNER, J. (1997) – Actos de significado: para uma psicologia cultural. Lisboa: Edições 70
- BURKE, P. J. (1991) – Methodological issues for adolescent pregnancy research. In: Journal Pediatric Nursing. Vol 6, nº1 (February 1991) p. 30-37

- BURNS, N.; GROVE, S. K. (2001) – The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 4ª ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company
- BUSSELL, J. R.; KURTINES, W. M.; ROMAGEURA, D. e outros (2000) – Exploring the effects of therapeutic process on interventions targeting adolescent identity and intimacy. In: Póster apresentado à Society for Research on Identity Formation (Março 2000) Chicago
- BUCHHOLZ, E. S.; BURSZTYN, C. K. (1993) – Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse? In: Adolescence. Vol 28, nº 110 (Summer 1993) p. 361-382
- CANAVARRO, M. C. (2001) – Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In: CANAVARRO, M. C. (2001) – Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. Pp 17-49
- CANAVARRO, M. C.; PEREIRA, M.C. (2001) – Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In: CANAVARRO, M. C. (2001) – Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. Pp 323-357
- CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C. ; ALVES, A. C. (1998) – A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1983 – 1996. In: Revista Latino – Americana de Enfermagem. Vol 6, nº 1, p. 91 – 97
- CAPALDI, D. e outros (1996) – Predicting the timing of first sexual intercourse for at-risk adolescent males. In: Child Development. Vol 67 (1996) p. 344 - 359
- CASEBEER, A. L.; VERHOEF, M. J. (1997) – Combining qualitative and quantitative research methods: Considering the possibilities for enhancing the study of chronic diseases. In: Chronic Diseases in Canada. Vol 18, nº 3 (1997) p. 18-27
- CASTRO, C. A. P. (2000) – Sociologia geral. São Paulo: Editora Atlas S. A. Pp. 204 – 210
- CAUDLE, P. (1995) – Care of the family client. In: CLARK, M. J. (1995) – Nursing in the community. 2ª ed. Connecticut: Appleton & Lange. Pp 365-387

- CHABAN JÚNIOR, N.; MAQUERA, A. E. R.; LOPES, C. M. (2003) – Prevalência da gravidez em adolescentes em uma vila, Acre-Brasil. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal do Acre
- CHICO CÉSAR, C. (1995) – A primeira vista (CD)
- CHOQUET, M. ; MARCELLI, D. ; LEDOUX, S. (1993) – Les comportements à risque des adolescents : approches épidémiologique et clinique. In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 110-128
- CICHELLI-PUGEAULT, C. ; CICHELLI, V. (1998) – Les théories sociologiques de la famille. Paris : Editions La Decouverte
- CLAES, M. (1990) – Os problemas da adolescência. Lisboa: Editorial Verbo
- CLARK, J. P. (2000) – Balancing qualitative & quantitative methodology in health services research: how can qualitative research methods best complement administrative data analysis. Ontario: CEHIP
- CLOUTIER, R. (1997) – Les familles complexes et les réorganisations familiales. In : MICHAUD, A.; ALVIN, P.; DESCHAMPS, J.P. e outros (1997)- La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Paris: Dion Editeurs. Pp 451-460
- COENEN-HUTHER, J. (1994) – La mémoire familiale: un travail de reconstruction du passé. Paris: Éditions L'Harmattan
- COHEN, L.; MANION, L. (1980) – Research methods in education. 2ª ed. London: Croom Helm
- COIMBRA, L. (1990) – Desenvolvimento interpessoal e moral. In: CAMPOS, B. P. (1990) – Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: Universidade Aberta. Pp. 10-49
- COLEMAN, J. C.; HENDRY, L. (1990) – The nature of adolescence. 2ª ed. London: Routledge
- COLEMAN, P.; NELSON, E. S.; SUNDRE, D. L. (1999) – The relationship between prenatal expectations and posnatal attitudes among first time

- mothers. In: Journal of Reproductive and Infant Psychology. vol 17, nº1, p. 27-39
- COLEY, R. L.; CHASE-LANSDALE (no prelo) – Adolescent pregnancy and parenthood recent evidence and future directions. Universidade de Chicago: Chicago
- COLL, C. G.; VOHR, B. R.; HOFFMAN, J. e outros (1986) – Maternal and environmental factors affecting developmental outcomes of infants of adolescent mothers. In: Developmental and Behavioral Pediatrics. Vol 7 (1986) p. 230-235
- COLMAN, L.; COLMAN, A. (1994) – Gravidez: a experiência psicológica. Lisboa: Ed. Colibri
- CORCORAN, J. (1999) – Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. In: Adolescence. Vol (Fall 1999)
- CORCORAN, J.; FRANKLIN, C.; BENNETT, P. (2000) – Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. In: Social Work Research. Vol 24, nº 1 (2000) pp 29-39
- CORDEIRO, J. D. (1988) – Os adolescentes por dentro. Lisboa: Edições Salamandra
- CORDEIRO, M. (1997) – Dos 10 aos 15: adolescentes e adolescência. 1º vol. Lisboa: Quatro Margens Editora.
- CORMACK, D. F. S. (1996) – The research process in nursing. 3ª ed. Cornwall: Blackwell Science.
- CORNER, J. (1991) – In search of more complex answers to research questions: qualitative versus quantitative research methods: is there a way forward? In: Journal of Advanced Nursing. Vol 16, p. 718-727
- CORREIA, M. J. (1998) – Sobre a maternidade. In: Análise Psicológica. Vol 3, nº XVI (1998) p. 365 - 371
- CORTAZZI, M. (1993) – Narrative analysis. Washington, DC: Falmer Press

- COSTA, A. M. (1989) – Determinação dos factores de risco de gravidez em adolescentes. In: Planeamento Familiar, 15, Dezembro, pp. 21 – 42
- COSTA, M. E. (1990) – Desenvolvimento da identidade. In: CAMPOS, B. P. (1990) – Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: Universidade Aberta. Pp. 252-286
- COSTA, M. E. (1991) – Contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica
- COSTA, M. E. (1994) – Divórcio, monoparentalidade e recasamento – intervenção psicológica em transições familiares. Lisboa: Edições ASA. Pp. 98 - 119
- COSTA, M. E. (1999) – Novos encontros de amor. 2ª Ed. Porto: Edinter.
- CÔTÉ, J. E. (1984) – The identity crisis: a formulation and empirical test of Erikson's theory of ego identity formation. Dissertação de Doutoramento apresentada à York University. Toronto.
- CÔTÉ, J. E. (1996) – Sociological perspectives on identity formation: the culture – identity link and identity capital. In: Journal of Adolescence. Vol 19 (1996) p. 419-430
- CÔTÉ, J. E.; LEVINE, C. (1987) – A formulation of Erikson's theory of ego identity formation. In: Developmental Review. Vol 7 (1987) p. 273-325
- CÔTÉ, J. E.; LEVINE, C. (1988) – A critical examination of the ego identity status paradigm. In: Developmental Review. Vol 8 (1988) p.147-184
- CÔTÉ, J. E.; LEVINE, C. (1997) – Na empirical test of the identity capital model. In: Journal of Adolescence. Vol 20 (1997) p. 421-437
- DALY, J.; MCDONALD, I.; WILLIS, E. (1992) – Researching health care: designs, dilemmas, disciplines. London: Routledge
- DANZIGER, S.; FARBER, N. (1999) – Adolescent pregnancy and parenthood. In: Families Worldwide. Michigan: University Michigan. Pp 1-5
- DARROCH, J. E.; SINGH, S.; FROST, J. J. e outros (2001) – Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual

activity and contraceptive use. In: Family Planning Perspectives. Vol 33, nº 6 (2001) p. 250-281

DAVIDSON, N. W.; FELICE, M. E. (1992) – Adolescent pregnancy. In: FRIEDMAN, S.B.; FISHER, M.; SCHONBERG, S. K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing. Inc. Pp 1026- 1040

DAVIS, J. A.; SMITH, T. W. (1992) – The Norc general survey: a user's guide. Newbury Park, CA: Sage Publications

DÉCORET, B. (1998) – Familles. Paris: Economica

DENZIN, N. K.; LINCOLM, Y.S. (1994) – Handbook of qualitative research. Thousand Oaks (CA): Sage Publications

DESCHAMPS, J.P. ; ALVIN, P. (1997) – La grossesse, la maternité et la paternité. In: MICHAUD, A.; ALVIN, P.; DESCHAMPS, J.P. e outros (1997) - La santé dès adolescents: approches, soins, prévention. Paris: Dion Editeurs. Pp. 302-313

DESHAIES, B. (1997) – Metodologia da investigação em ciências humanas. Lisboa: Instituto Piaget.

DICENSO, A.; GUYATT, G.; WILLAN, A. (1999) – A systematic review of the effectiveness of adolescent pregnancy primary prevention programs. Ontario: Ministry of Health.

DICENSO, A.; GUYATT, G.; WILLAN, A. e outros (2002) – Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. In: BMJ. Vol 324, nº15 (Junho 2002) p.1426-1430

DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR (1991) – Sexualidade e contracepção na adolescência. DGCSF

DOYLE, J. (2001) – Handbook for IQP advisors and students. Worcester: Worcester Polytechnic Institute. Pp 1-4

DUBAR, C. (1997) – A socialização – construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora

- EAST, P.L.; JACOBSON, L. J. (2000) – Adolescent childbearing, poverty, and siblings: taking new direction from the new literature. In: Family Relations. Vol 49, p. 287-292
- ELKIND, D. (1981) – The hurried on child: growing up to fast too soon. Massachusetts: Harvard University
- ELSEN, I. (1994) – Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I.; PENNA, C. M. M.; ALTHOFF, C. R. e outros (1994) – Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Ed. Da UFSC. Pp 61-77
- EMANS, S. J.; LAUFER, M. R.; GOLDSTEIN, D. (1997) – Pediatric and adolescent gynecology. 4ª ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. Pp 675-711
- ERIKSON, E. H. (1969) – Gandhi's truth: on the origins of militant non-violence. New York: Norton
- ERIKSON, E. H. (1972) – Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar
- ERIKSON, E. H. (1974) – Dimensions of a new identity. New York: Norton
- ERIKSON, E. H. (1976) – Infância e sociedade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- ERIKSON, E. H. (1980) – Identity and the life cycle: a reissue. New York: Norton
- ERICKSON, F. (1986) – Qualitative methods in research on teaching. In: WITTRICK, M.C. (1986) – Handbook on research on teaching. Nova York: McMillan. Pp 119-161
- EUROSTAT (1999) – Demographic statistics – 1960-1999. Pp. 255-256
- EVANS, R. C. (1987) – Adolescent sexual activity, pregnancy, and childbearing: attitudes of significant others as risk factors. In: Child and Youth Services. Vol 9 (1987) p. 75-93
- FERRARI, A. (1982) – Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Mcgraw-Hill

- FERREIRA, P. M.; ABOIM, S. (2002) – Modernidade, laços conjugais e fecundidade: a evolução recente dos nascimentos fora do casamento. In: Análise Social. Vol XXXVII (Verão 2002) p. 411- 446
- FESTINGER, L. (1954) – A theory of social comparison processes. In: Human Relations. Vol 7, p. 117-140
- FIGUEIREDO, B. (2000a) – Maternidade: Enquadramento histórico e sócio-cultural. In: SOARES I. (2000) – Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto Editora. Pp 348-380
- FIGUEIREDO, B. (2000b) – Maternidade na adolescência : consequências e trajectórias desenvolvimentais. In : Análise Psicológica. Vol 4, nº XVIII (2000) p. 485-498
- FIGUEIREDO, M. C. A. B. (1995) – Ética e investigação em enfermagem. In: Revista Sinais Vitais. Nº 2 (Fevereiro 1995)
- FINDHOLT, N.; ROBRECHT, L. (2002) – Legal and ethical considerations in research with sexually active adolescents: the requeriment to report statutory rape. In: Perspectives on sexual and reproductive health. Vol 34, nº 5 (September/October 2002) p. 259-364
- FLEMING, M. (1988) – Autonomia comportamental na adolescência e percepção das atitudes parentais. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- FLEMING, M. (1997) – Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento
- FONSECA, H.; LOURENÇO, C. (1993) – Trabalho com mães adolescentes – uma experiência. In: Revista Portuguesa de Pediatria. Vol 24, nº4 (Julho/Agosto 1993)
- FONTANA, A.; FREY, J. H. (1994) – Interviewing: the art of science. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (1994) – Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage. Pp 361-376



- FORTIN, M. F. (1999) – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência
- FOSTER, R. L. (1997) – Addressing epistemological and practical issues in multi-method research: a procedure for conceptual triangulation. In: Advances in Nursing Science. Vol 10, nº 1 (1997) p. 1-12
- FRAPPIER, J.Y.; GAGNÉ, R.. (1997) – Les adolescents victimes de violence. In: MICHAUD, P. A.; ALVIN, P.; DESCHAMPS, J.P. (1997)- La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Paris: Dion Editeurs. Pp 461-469
- FRAPPIER, J.Y.; MICHAUD, P.A. ; DESCHAMPS, J.P. (1997) – Les adolescents en situation de précarité sociale. In: MICHAUD, P.A., ALVIN, P., DESCHAMPS, J. e outros (1997) – La santé des adolescents: approches, soins, prevention. Paris: Fondation de France. Pp 481- 489
- FRID, I.; OHLEN, J. ; BERGBOM, I. (2000) – On the use of narratives in nursing research. In: Journal of Advanced Nursing. Vol 32, nº 3 (September 2000) p. 695-703
- FRIEDMAN, M. M. (1992) – Family nursing: theory and assessment. East Norwalk, Conn : Appleton-Lange
- FRIEDMAN, S.B; FISHER, M.; SCHONBERG, S. K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing. Inc. Pp 1026- 1040
- FURSTENBERG, F. F. ; BROOKS-GUNN, J. ; MORGAN, S. P. (1987) – Adolescent mothers in later life. Cambridge : Cambridge University Press
- GALLAND, O. (1993) – Adolescence et post-adolescence: la prolongation de la jeunesse. In: TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 29-40
- GALLAND, O. (1996) – Les jeunes. Paris : Éditions Découverte
- GALLAND, O. (1997) – Sociologie de la jeunesse. Paris : Armand Colin
- GAMMER, C.; CABIÉ, M.C. (1999) – Adolescência e crise familiar. Lisboa: Climepsi Editores.

- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992) – O inquérito – teoria e prática. Lisboa: Celta Editora
- GIDDENS, A. (1997) – Sociologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- GILCHRIST, L.D.; SCHINKE, S.P. (1987) – Adolescent pregnancy and marriage. In: VAN HASSELT, V.B. e HERSEN, M. (1987) – Handbook of adolescent psychology. New York: Pergamon Press. Pp 424-441
- GIMENO, A. (2003) – A família: o desafio da diversidade. Lisboa: Instituto Piaget
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967) – The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine
- GLEITMAN, H. (1999) – Psicologia. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Pp 664-713
- GLOWCZEWSKI, B. (1993) – Relativité des modèles culturels et de la transgression. In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R (1993) – Adolescence et risque. Paris : Syros. Pp 12-20
- GOETZ, J.; LECOMPTE, M. (1984) – Ethnography and qualitative design in educational research. New York: Academic Press
- GOFFMAN, E. (1963) – Behavior in public places. New York: Free Press
- GOMES, Mª I.S.R. (2001) – Diversidade e comportamentos juvenis: um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 19, nº 1 (Janeiro/Junho 2001) p. 41-64
- GONÇALVES, C. M. (1997) – A influência da família no desenvolvimento vocacional de adolescentes e jovens. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto
- GORDON, R. A.; CHASE- LANSDALE, P. L. e BROOKS-GUNN, J. (2004) – Extended households and the life course of young mothers: understanding the associations using a sample of mothers with premature, low birth weight babies. In: Child Development. Vol 75, nº 4 (July/August 2004) p. 1013 – 1038

- GREEN, L.; OTTOSON, J. M. (1994) – Community Heealth. St Louis: Mosby. Pp 149-178
- GREIG, R. (2003) – Ethnic identity development: implications for mental health in african-american and Hispanic adolescents. In: Issues in Mental Health Nursing. Vol 24, issue 3 (April 2003) p. 317-332
- GRETCHEN, M. e outros (1996) – Avaliação do risco em gestantes. In : KNUPEL, R.A. ; DRUKKER, J. (1996) – Alto risco em obstetricia : um enfoque multidisciplinar (1996). 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- GROTEVANT, H. D. (1986) – Assessment of identity development: current issues and future directions. In: Journal of Adolescence Research. Vol 1 (1986) p. 175-182
- GROTEVANT, H. D. (1987) – Toward a process model of identity formation. In: Journal of Adolescence Research. Vol 2 (1987) p. 203-222
- GRUHN, J. G.; REBACH, H. M. (1996) – Clinical sociology: an agenda for action. New York: Plenum Press
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. (1989) – Fourth generation evaluation. Newbury Park (CA): Sage Publications
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. (1994) – Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (1994) – Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage. Pp 105-117
- GUIDDENS, A. (1995) – Sociology, 2ª ed. Cambridge: Polity Press
- HABERMAS, J. (1987) - Conhecimento e interesse humano. Rio de Janeiro: Guanabara
- HALL, J.; STEVENS, P.; MELEIS, A. (1992) – Narratives as a basis for culturally relevant holistic care: ethnicity and everyday experiences of women clerical workers. In: Holistic Nursing Practice. Vol 6, nº 3 (1992) p. 49-58
- HAMBURG, B. A. (1992) – Psychosocial development. In : FRIEDMAN, S. B. ; FISHER, M. ; SCHONBERG, S.K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St Louis: Quality Medical Publishing, Inc. Pp 27-38

- HANNA, B. (2001) – Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. In: Journal of Advanced Nursing. Vol 34, p. 456 – 459
- HANSON, S. L.; MYERS, D. E.; GINSBURG, A. L. (1987) – The role of responsibility and knowledge in reducing teenage out-of-wedlock childbearing. In: Journal of Marriage and the Family. Vol 49 (1987) p. 241-256
- HART, D.; ATKINS, R.; FORD, D. (1999) – Family influences on the formation of moral identity in adolescence: longitudinal analyses. In: Journal of Moral Education. Vol 28, nº 3 (1999) p. 375-386
- HART, D.; MALONEY, J.; DAMON, W. (1987) – The meaning and development of personal identity. In: HONESS, T.; YARDLEY, K. (Eds), Self and Identity. London: Routledge and Kegan Paul. Pp 121-133
- HARVEY, M.; BYRD, M. (2000) – Relationships between adolescents' attachment styles and family functioning. In: Adolescence. Vol 35, nº 138 (Summer 2000) p. 345-356
- HAVIGHURST, R. (1974) – Developmental task and education. 3ª ed. New York: David McKay
- HEIDEGGER, M. (1992) – Que é uma coisa? Lisboa: Edições 70, 1992
- HERZLICH, C. (1984) – Santé et maladie – analyse d'une représentation sociale. Paris : Éditions de L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- HESBEEN, W. (1996) – Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem na perspectiva de cuidar. Paris : Lusociência
- HETHERINGTON, E. (1989) – Coping with family transitions : winners, losers and survivors. In : Child Development. Vol 60 (1989) p. 1-14
- HOLLOWAY, I. ; WHEELER, S. (1996) – Qualitative research for Nurses. Oxford : Blackwell Science
- HOLMAN, H. R. (1993) – Qualitative inquiry in medical research. In: Journal of Clinical Epidemiology. Vol 46, nº 1, p. 29-36
- HOLMBECK, G. N.; PAIKOFF, R. L.; BROOKS-GUNN, J. (1995) – Parenting adolescents. In: BORNSTEIN, M. H. (1995) - Handbook of parenting. Vol 1

Children and parenting. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, publishers

HOWELL, L. W. (2001) – Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and adolescent' perceptions monitoring, communication, and parenting styles in the home. Thesis submitted to the Faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University

HUERRE, P. (2001) – Pour que le temps passe sans trop de casse. In: HUERRE, P. ; RENARD, L. (2001) – Parents et adolescence des interactions au fil du temps. Paris: Érès.

HUERRE, P. ; RENARD, L. (2001) – Parents et adolescence des interactions au fil du temps. Paris: Érès.

INNOCENTI REPORT CARD (2001) – A league table of teenage births in rich nations. Florence: UNICEF

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (1994) – Classificação Nacional das Profissões. Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social. Pp 2 – 530

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1997) – Inquérito à fecundidade e família – resultados preliminares. Pp 15-38

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2000) – Estatísticas da saúde. Instituto Nacional de Estatística

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001) – Estatísticas demográficas. Instituto Nacional de Estatística

JEAMMET, P. (1993) – L'adolescence est-elle un risque ? In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R (1993) – Adolescence et risque. Paris : Syros. 41-51

JERSILD, A. (1963) – The psychology of adolescence. 2<sup>a</sup> ed. New York : The McMillan Company. Pp 85-287

JODELET, D. (1984) – Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In : MOSCOVICI, S. – Psychologie sociale. Paris : PUF

- JONES, F. A.; GREEN, V. e KRAUSS, D. R. (1980) – Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: age differences. In: Pediatrics. Vol 65, p. 579-584
- JONES, R. K.; DARROCH, J. E. e HENSHAW, S., K. (2002) – Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000-2001. In: Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Vol 34, nº5 (2002), p. 226-235
- JONGENELEN, I. M. (1998) – Gravidez na adolescência: universalidade e diversidade no desenvolvimento. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto. Porto.
- JORDYN, M.; BYRD, M. (2003) – The relationship between the living arrangements of university students and their identity development. In: Adolescence. Vol 38, nº150 (Summer 2003) p. 267-278
- JUSZCZAK, L. (1992) – Adolescent parenthood. In: FRIEDMAN, S.B.; FISHER, M.; SCHONBERG, S. K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing. Inc. Pp 1041-1046
- KALIL, A.; SPINDEL, L. J. (2003) – Multiple roles of teenage mothers during the transition to adulthood. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence. New Orleans
- KANTOR, D.; LEHR, W. (1976) – Inside the family. San Francisco: Jossey Bass Publishers
- KEGAN, R. (1982) – The evolving self. Cambridge, M. A.: Harvard University Press
- KEMP, V.; SIBLEY, D.; POND, E. (1990) – A comparison of adolescent and adult mothers on factors affecting maternal role attainment. In: Maternal Child Nursing Journal. Vol 19, nº 1 (1990) p. 579-584
- KENDIG, S. (1998) – Adolescent pregnancy and parenting: moving beyond stereotype. St. Louis, Missouri: Health & Sciences television Network, a Division of Primedia Healthcare

- KENRICK, D. T.; GABRIELIDIS, C.; KEEFE, R. C. e outros (1996) - Adolescents' age preferences for dating partners: support for an evolutionary model of life history strategies. In: Society for Research in Child Development, Inc. Vol 67, p. 1499-1511
- KETELE, J. M.; ROEGIERS, X. (1999) – Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos. Lisboa: Instituto Piaget.
- KIDS COUNT MISSOURI (1999) – Principles and strategies to reduce adolescent pregnancy. Missouri
- KIKUCHI, M.; SNELL, W. E. (2002) – Family environment variables and locus of control in intimate relationships. In: SNELL JR, W. (ed)(2002) – Student research in psychology at southeast Missouri State University. Cape Girardeau, MO: Snell Publications CAPE
- KIMMEL, D.; WEINER, I. (1995) – Adolescence: a developmental transition. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons, Inc. Pp 387-425
- KIRBY, D. (2002) – The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. In: The Journal of Sex Research. Vol 39, nº1 (February 2002) p. 27-33
- KOHLBERG, L. (1969) – Stage and sequence: the cognitive developmental approach to socialization. In: D. Goslin (ed.), Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand-McNally.
- KOHLBERG, L. (1981) – Essays on moral development. Vol 1: the philosophy of moral development. New York: Harper & Row
- KOHLBERG, L. (1984) – Essays on moral development. Vol 2: The psychology of moral development: moral stages, their nature and validation. New York: Harper & Row, Publishers.
- KOSHAR, J.H. (2001) – Teen pregnancy 2001 – still no easy answers. In: Pediatric Nursing. Vol 27, nº 5 (September-October 2001) p. 505-509
- KRIDIS, N. (1990) – Conclusion. In: KRIDIS, N. (ED.) – Adolescence et identité. Paris: Éditions Hommes et Perspectives. Pp 259- 263

- KROGER, J. (1989) – Identity in adolescence: the balance between self and other. London: Routledge
- KROGER, J. (2000) – Identity development: adolescence through adulthood. Thousand Oaks (California): Sage Publications, Inc
- KURTINES, W. M. (1999) – A co-constructivist perspective on human behaviour and development. Manuscript submitted for publication
- LANDRY, E.; BERTRAND, J. T.; CHERRY, F. e outros (1986) – Teen pregnancy in New Orleans: factors that differentiate teenagers who deliver, abort, and successfully contracept. In: Journal of Youth and Adolescence. Vol 15 (1986) p. 259-274
- LARSEN, J. J. e JUHASZ, A. McC. (1985) – The effects of knowledge of child development and social-emotional maturity on adolescent attitudes toward parenting. In: Adolescence. Vol XX, nº 80 (Winter 1985) p.823-839
- LE VAN, C. (1998) – Les grossesses à l` adolescence : normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan.
- LEE, R. ; FIELDING, N. G. (1991) – Computing for qualitative research : options, problems, and potencial. In : FIELDING, N.G. ; LEE, R. (Eds) – Using computers in qualitative research. London : Sage. Pp 1 - 13
- LEININGER, M. M. (1991) - Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing
- LEISHMAN, J. (2004) – Childhood and teenage pregnancies. In: Nursing Standard. Vol 18, nº 33 (April 2004) p. 33 - 36
- LERENO, I. e outros (1996) – Mães adolescentes: alguns aspectos da sua inserção social. In: Revista de Epidemiologia. Vol 1, nº1 (1996), p. 9 - 14
- LESSARD – HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1994) – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.
- LEVIN, J. (1985) – Estatística aplicada a ciências humanas. 2ª ed. são Paulo: Editora Harper & Row do Brasil



- LEVINE, M.D.; CAREY, W.B. e outros (1983) – Development – behavioral pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- LEVY, L.; ROMEIRA, A. M.; RIBEIRO, P. J. (1996) – Adolescentes e preservativos. In: Acta Pediátrica. Vol 26, nº 7 (1996) p. 423-426
- LEWIS, M.; VOLKMAR, F. (1990) – Clinical aspects of child and adolescent development. 3ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger. Pp 218 – 224
- LINCOLM, Y. S.; GUBA, E. G. (1985) – Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications
- LINTON, R. (1936) – The study of man. New York: Appleton-Century Co
- LIPIANSKY, E. M. (1999) – Identité subjective et interaction. In: CAMILLERI, C.; KASTERSZTEIN, J.; LIPIANSKY, E. M. e outros (1999) – Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France. Pp 174-211
- LIPIANSKY, E. M.; TABOADA-LEONETTI, I.; VASQUEZ, A. (1999) – Introduction à la problématique de l'identité. In: CAMILLERI, C.; KASTERSZTEIN, J.; LIPIANSKY, E. M. e outros (1999) – Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France. Pp 7-26
- LIPOVSEK, V.; KARIN, A. M.; GUTIERREZ, E. Z. e outros (2002) – Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. In: Adolescence. Vol 37, nº 146 (Summer 2002) p. 335-352
- LODA, F. A. e outros (1997) – Programs and services to prevent pregnancy, childbearing, and poor birth outcomes among adolescents in rural areas of the southeastern United States. In: Journal of Adolescent Health. Vol 21, nº 3 (September 1997) p. 157 - 166
- LOGSDON, M.C.; BIRKIMER, J. C.; RATTERMAN, A. e outros (2002) – Social support in pregnant and parenting adolescents: research, critique, and recommendations. In: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. Vol 15, nº 2 (2002) p. 75-83
- LOTTESS, I. L. (2002) – Sexual health policies in other industrialized countries: are there lessons for the United States? In: Journal of Sex Research. Vol 39, nº1 (February 2002) p. 79-83

- LUSTER, T.; RHOADES, K (1989) – The relation between child-rearing beliefs and the home environment in a sample of adolescent mothers. In: Family Relations. Vol 38 (1989) p. 317-322
- LUSTER, T.; MITTELSTAEDT, M. (1993) – Adolescent mothers. In: LUSTER, T.; OKAGAKI, L. (1993) – Parenting an ecological perspective. New Jersey: Lawrence Erlbaum. Pp 69-99
- LOURENÇO, O. M. (1992) – Psicologia do desenvolvimento moral. Coimbra: Livraria Almedina.
- MCCULLOUGH, M.; SCHERMAN, A. (1998) – Family-of-origin interaction and adolescent mothers' potential for child abuse. In: Adolescence. Vol 33, nº 130 (Summer 1998) p.
- MCDANIEL, S. A.; TEPPERMAN, L.(2000) – Close relations: an introduction to the sociology of families. Ontario: Prentice Hall Canada Inc.
- MACFARLANE, R. M. (1994) – Adolescent pregnancy. In : O' HARA, M. W.; REITER, R. C.; JOHNSON, S. R. e outros (1994) – Psychological aspects of women' s reproductive health. New York: Springer Publishing Company. Pp. 248 – 264
- MALEWSKA-PEYRE, H. (1999) – Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. In: In: CAMILLERI, C.; KASTERSZTEIN, J.; LIPIANSKY, E. M. e outros (1999) – Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France. Pp 111-141
- MALINOWSKI, B. (1921) – La sexualité et sa repression dans les sociétés primitives. Paris: Payot Éditeur
- MANDARA, J.; MURRAY, C. B. (2000) – Effects of parental marital status, income, and family functioning on African American adolescent self-esteem. In: Journal of Family Psychology. Vol 14, nº 3 (September 2000) p. 475-490
- MARCELLI, D. (1997) – L'adolescence: une épreuve psychique particulière. In: MICHAUD, A.; ALVIN, P.; DESCHAMPS, J. P. e outros (1997)- La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Paris: Dion Editeurs. Pp 44-54

- MARCIA, J. E. (1966) – Development and validation of ego identity status. In: Journal of Personality and Social Psychology. Vol 3 (1966) p. 551-558
- MARCIA, J. E. (1980) – Identity in adolescence. In: ADELSON, J.; WILEY & SONS (Eds) (1980) – Handbook of Adolescent Psychology. Pp 159 – 187
- MARCIA, J. E. (1983) – Some directions for the investigation of ego development in early adolescence. In: Journal of Early Adolescence. Vol 3 (1983) p. 215-223
- MARCIA, J. E. (1986) – Clinical implications of the identity status approach within psychosocial developmental theory. In: Cadernos de Consulta Psicológica. Vol 2 (1986) p. 23-34
- MARCIA, J. E. (1988) – Common processes underlying ego identity, cognitive/moral development, and individuation. In: LAPSLEY, D. K.; POWER, F. C. (1988) – Self, ego, and identity – integrative approaches. New York: Springer-Verlag
- MARCIA, J. E. (1989) – Identity and intervention. In: Journal of Adolescence. Vol 12 (1989) p. 401 - 410
- MARCIA, J. E. (1993) – The relational roots of identity. In: KROGER, J. (Ed.) – Discussions on ego identity. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum
- MARCIA, J. E. (2001) – A commentary on Seth Schwartz's review of identity theory and research. In: Identity: an International Journal of Theory and Research. Vol 1, nº 1 (2001) p.59-65
- MARCIA, J. E. (2002) – Identity and psychosocial development in adulthood. In: Identity: an International Journal of Theory and Research. Vol. 2, nº 1 (2002) p. 7-28
- MARTINS, C.; JONGENELEN, I.; FIGUEIREDO, B. e outros (1998) – Pregnancy Research Questionnaire: versão portuguesa para grávidas adolescentes. Póster apresentado na "VI Conferência Internacional – Avaliação Psicológica: formas e contextos". Universidade de Salamanca
- MATOS, M. G.; SIMÕES, C.; CARVALHOSA, S. e outros (2000) – A saúde dos adolescentes portugueses – estudo nacional da Rede Europeia. NBSC/OMS

- (1998) – Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos - Saúde
- MAUGER, G. (1993) – L'adolescence: invariants et variations. In : TURSZ, A. ; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R (1993) – Adolescence et risque. Paris : Syros. Pp 53-74
- MAXWELL, D. (1998) – Can qualitative and quantitative methods serve complementary purposes for policy research? Evidence from Accra. Washington, DC: International Food Policy Research Institute
- MAYFIELD-BROWN, L. (1989) – Family status of low income adolescent mothers. In: Journal of Adolescent Research. Vol 4 (1989) p. 202-213
- MCANARNEY, E.; HENDEE, W. (1989) – Adolescent pregnancy and its consequences. In: Jama. Vol 262, nº 1 (July 1989) p. 74 – 77
- MEAD, G. H. (1963) – Mind, self and society from the standpoint of a social behaviourist. Chicago: University of Chicago Press
- MEEUS, W.; IEDEMA, J.; HELSON, M. e outros (1998) – Patterns of adolescent identity development: review of literature and longitudinal analysis. In: Developmental Review. Vol 19 (1999) p. 419-461
- MELEIS, A.I.; SAWYER, L. M.; IM, E. e outros (2000) – Experiencing transitions: an emerging middle ranging theory. In: Advances in Nursing Science Vol 23 (2000) p. 12 -28
- MENDES, A. B. (1995) – A criança e o adolescente: o outro lado da violência num universo em mudança. In: (In) Formar, Vol 1, (1995) p. 32 – 36
- MENEZES, I. (1990) – Desenvolvimento no contexto familiar. In: CAMPOS, B. P. (1990) – Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: Universidade Aberta. Pp 51-91
- MERCER, R. T. (1977) – Nursing care for parents at risk. Thorofare, N. J.: Slack
- MERCER, R. T. (2004) – Becoming a mother versus maternal role attainment. In: Journal of Nursing Scholarship. Vol. 36, nº 3 (Third quarter 2004) p. 226-232

- MERRILL, H.S. (2003) - Multigenerational adult development research project in an online graduate course in adult learning. Comunicação apresentada na Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education (October "003). Ohio State University, Columbus, OH
- MESCHKE, L.; BARTHOLOMAE, S.; ZENTALL, S. (2000) – Adolescent sexuality and parent – adolescent processes: promoting healthy teen choices. In: Family Relations. Vol 49, nº 2 (2000) p. 143-154
- MICHAUD, A. P. (1997a) – La vie affective e sexuelle. In: MICHAUD, P.A., ALVIN, P., DESCHAMPS, J. e outros (1997) – La santé des adolescents: approches, soins, prevention. Paris: Doin Éditeurs. Pp 271-278
- MICHAUD, A.P. (1997b) – L'éducation sexuelle. In: MICHAUD, P.A., ALVIN, P., DESCHAMPS, J. e outros (1997) – La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Paris: Doin Éditeurs. Pp 324-331
- MICHEL, A. (1986) – Sociologie de la famille et du mariage. 3ª edition. Paris: PUF
- MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. (1994) – Qualitative data analysis – a sourcebook of new methods. California: Sage Publications, Inc
- MILLER, B. C. (2002) – Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. In: The Journal of Sex Research. Vol 39, nº1. (February 2002) p. 22-26
- MINAYO, M. C. S. (1994) – O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. SP-RJ: Hucitec-Abrasco
- MITCHELL, E. S. (1986) – Multiple triangulation: a methodology for nursing Science. In: Advances in Nursing Science. Vol 8, nº 3 (1986) p. 18-26
- MONAHAN, D. (2002) – Teen pregnancy prevention outcomes: implications for social work practice. In: Families in Society. Vol 83, nº4 (2002) p. 431-439
- MONTEMAYOR, R. (1983) – Parents and adolescents in conflict: all families some of the time and some families most of the time. In: Journal of Early Adolescence. Vol 3 (1983) p. 83-103

- MOORE, K.; MILLER, B.; SUGLAND, B. e outros (1999) – Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood – a review of research and interventions. Relatório apresentado para o Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. Doc web. [ <http://aspe.os.dhhs.gov/hsp/cyp/xsteesex.htm>]
- MOOS, R. H. (1986) – Coping with life crisis: an integrated approach. New York: Plenum Press
- MOOS, R. H. (1986) – Family environment scale manual. 2ª ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- MOOS, R. H.; MOOS, B. S. (1989) – A typology of family social environments. In: Family Process. Vol 28 (September 1989) p. 357-371
- MOOS, R. H. (1990) – Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the family environment scale. In: Family Process. Vol 29 (1990) p. 199-208
- MORRISBY ORGANIZATION (2001) – Questionnaire instructions. Hertfordshire: Morrisby
- MOSCOVICI, S. (1986) – L`ère des representations sociales. In : DOISE, W. e PALMONARI, A. – L`étude des representations sociales. Paris : Delachaux e Niestlé
- MOUCHO, M. (1994) – A adolescente grávida/mãe na família: há lugar? In: FUNDAÇÃO DA JUVENTUDE (19949 – Maternidade Precoce – Que perguntas? Que respostas? (Comunicações do Encontro Internacional). Porto: Fundação da Juventude. Pp 40-45
- MULLIS, R. D. L.; BRAILSFORD, J. C.; MULLIS, A. K. (2003) – Relations between identity formation and family characteristics among young adults. In: Journal of Family Issues. Vol 24, nº 8 (November 2003) p. 9666-980
- MUSICK, J. (1993) – Young, poor, and pregnant: the psychology of teenage motherhood. New Haven: Yale University Press

- MYORS, K.; JOHNSON, M.; LANGDON, R. (2001) – Coping styles of pregnant adolescents. In: Public Health Nursing. Vol 18, nº 1 (January/February 2001) p. 24-32
- NAÇÕES UNIDAS (1991) - MCDANIEL, S. A.; TEPPERMAN, L.(2000) – Close relations: an introduction to the sociology of families. Ontario: Prentice Hall Canada Inc.
- NASCIMENTO, M. J. (2003) – Preparar o nascimento. In: Análise Psicológica. Vol 1, nº XXI (2003) p. 47-51
- NATIONAL NETWORK FOR HEALTH (2002) – Adolescent pregnancy, parenting, and sexuality. Doc WWW [ [http:// www.nnh.org/bapps/parenting\\_pos.htm](http://www.nnh.org/bapps/parenting_pos.htm)]
- NEINSTEIN, L. S.; NELSON, A. (1996a) – Contraception. In: NEINSTEIN, L. S (1996) – Adolescent health care: a practical guide. 3ª Ed. Baltimore: Williams e Wilkins. Pp 677 – 694
- NEINSTEIN, L. S.; NELSON, A. (1996b) – Emergency Contraception. In: NEINSTEIN, L. S (1996) – Adolescent health care: a practical guide. 3ª Ed. Baltimore: Williams e Wilkins. Pp 737 - 751
- NEINSTEIN, L. S.; JULIANI, M. A.; SHAPIRO, J. (1996) – Common concerns of adolescents and their parents. In: NEINSTEIN, L. S (1996) – Adolescent health care: a practical guide. 3ª Ed. Baltimore: Williams e Wilkins. Pp 1091 - 1106
- NEINSTEIN, L.; RABINOVITZ, S.; SCHNEIR, A. (1996) – Teenage pregnancy. In: NEINSTEIN, L. (1996) – Adolescent health care: a practical guide. 3ª Ed. Baltimore: Williams & Wilkins. Pp 656 – 676
- NELSON, W. L.; HUGHES, H. M.; HANDAL, P. e outros (1993) – The relationship of family structure and family conflict to adjustment in young adult college students. In: Adolescence. Vol 28, nº 109 (Spring 1993) p. 29-40
- NEWMAN, B. M.; NEWMAN, P.R. (1986) – Adolescent development. Columbus: Merril Publishing Company. Pp 70-237

- NEWMAN, B. M. (1989) – The changing nature of the parent-adolescent relationship from early to late adolescence. In: Adolescence. Vol XXIV, nº 96 (Winter 1989) p.915-924
- NEWMAN, I.; BENZ, C.R. (1998) – Qualitative – quantitative research methodology: exploring the interactive continuum. Carbondale: Southern Illinois University Press
- NHS CENTRE FOR REVIEW AND DISSEMINATION (1997) – Effective health care: preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies. In: Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers. Pp 1-12
- NOVY, D. M.; GAS, J. P.; FRANKIEWICZ, R. G. e outros (1992) – The association between patterns of family functioning and ego development of the juvenile offender. In: Adolescence. Vol 27, nº 105 (Spring 1992) p. 25-35
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2002) – O estado da Saúde e a saúde do Estado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- OLAUSSON, P. O.; HAGLUND, B.; WEITTOFT, G. R. e outros (2001) – Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: a case study in Sweden. In: Family Planning Perspectives. Vol 33, nº 2 (March/April 2001) p. 70-74
- OLIVEIRA, M. W. (1998) – Gravidez na adolescência : dimensões do problema. In : Cadernos CEDES. Vol 19, nº 45 (July 1998) p. 48-70
- OLSEN, W. (2004) – Triangulation in social research : qualitative and quantitative methods can really be mixed. In : Developments in Sociology. Ed M. Holborn, Ormskirk : Causeway Press
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998) – Rapport sur la santé dans le monde : la vie au XXI siècle – une perspective pour tous. Genève: OMS. Pp 83-95
- ORR, T. (2002) – Raging hormones? The story on teen sexual behaviour. In: Human Sexuality supplement. Vol 29, nº 2 (October 2002). Doc Web. [<http://web24.epnet.com/citation.asp?tb=18>]



- ORTEGA, L. (2002) – Juvenile delinquency in the U. S.: deconstructing the recipe. Albuquerque: University of New Mexico
- ORTÍ, A. (1994) – La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. In: DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. (1994) – Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Ed. Síntesis Sociología
- OSOFSKY, J.; HANN, D. e PEEBLES, C. (1993) – Adolescent parenthood: risks and opportunities for mothers and infants. In: C Zeanan (Ed), Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press, pp 106 – 119
- PARSE, R. R. (1987) – Nursing Science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W. B. Saunders
- PARSE, R. R. (1992) – Human becoming: Parse's theory of nursing. In: Nursing Science Quarterly. Vol 5, nº 1 (1992) p. 35 - 42
- PARSONS, T.; BALES, R. (1955) – Family, socialization and interaction process. Glencoe: Free Press
- PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B.; COSTA, R. e outros (2003) – Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000. In: Acta Pediátrica Portuguesa. Vol 34, nº 4 (2003) p. 227-238
- PAULSON, S. E.; SPUTA, C. L. (1996) – Patterns of parenting during adolescence: perceptions of adolescents and parents. In: Adolescence. Vol 31, nº 122 (Summer 1996) p. 369-381
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2000) - Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- PIAGET, J. (1932) – Le jugement moral chez l'enfant. Paris: Alcan
- PIAGET, J. (1972) – Intellectual evolution from adolescence to adulthood. In: Human Development. Vol 15 (1972) p. 1-12
- PIAGET, J. (1987) – Seis estudos de psicologia. Lisboa: Publicações D. Quixote
- PINTO, Mª G. (2001) – Contracepção de emergência. In: Sexualidade e Planeamento Familiar. Vol 32 (Novembro/Dezembro 2001) p. 33-37

- POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. (1997) – Investigacion cientifica en ciencias de la salud. Mexico: McGraw- Hill Interamericana
- POLKINGHORNE, D. E. (1988) – Narrative knowing and the human sciences. Albany: State University of New York Press
- POMARÈDE, R. (1993) – Morbidité hospitalière liée aux conduites de risque à l'adolescence. In: TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 103-110
- POND, E.; KEMP, V. (1992) – A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. In: Maternal Child Nursing Journal. Vol 20, nº 1 (1992) p. 11-20
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) – Relatório da Comissão Nacional da Saúde Infantil. Lisboa. Pp 147-167
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1993) – Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. 2ª ed. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1997) – A saúde dos portugueses. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – Plano Nacional de Saúde : orientações estratégicas para 2004-2010 – mais saúde para todos. Lisboa : Ministério da Saúde
- POURTOIS, J. P.; DESMET, H. (1988) – Epistemologie et instrumentation en sciences humaines. Bruxelles: Pierre Mardaga, Editeur
- PRAZERES, V. (1998a) – Os adolescentes, os oceanos e a saúde. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 16, nº 2 (Abril/Junho 1998) p. 13-16
- PRAZERES, V. (1998b) – Saúde dos adolescentes: princípios orientadores. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Pp 12-33
- PRESTOP NIK, J. L. ; SLESNICK, N. (s. d.) – Parental bonding moderates cohesion between alcohol-using runaway adolescents and their parents. New Mexico : CSAA

- PROTINSKY, H.; SPORAKOWSKY, M.; ATKINS, P. (1982) – Identity formation : pregnant and non-pregnant adolescents. In : Adolescence. Vol XVII, nº 65 (Spring 1982) p. 73-80
- QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. (2003) – Manual de investigação em ciências sociais. 3ª ed. Lisboa : Gradiva
- RAEF, C.; BAKKEN, L. (1994) – Viewing adolescent mothers in their own terms: linking self – conceptualization and adolescent motherhood. In: Developmental Review. Vol 14 (1994) p. 215 – 244
- RAGOZIN, A. S.; BASHAM, R.B.; CMIC, K. A. e outros (1982) – Effects of maternal age on parental role. In: Developmental Psychology. Vol 118 (1982) p. 627-634
- RELVAS, A. P. (2000) – O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento
- RELVAS, A. P.; LOURENÇO (2001) – Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In: CANAVARRO, M. C. (2001) – Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. Pp 105-132
- RENARD, L. (2001) – Les parents et leurs enfants au fil du temps. In: HUERRE, P.; RENARD, L. (2001) – Parents et adolescents: des interactions au fil du temps. Toulouse: Éditions Érès. Pp 145-164
- RIBEIRO, J. L. P. (1990) - Desenvolvimento intelectual. In: CAMPOS, B. P. (1990) – Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens. Lisboa: Universidade Aberta. Pp 60-91
- RIBEIRO, L. F. (1995) – Cuidar e tratar: Formação em Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educa-107
- RIBEIRO, T. C. T. M. T. (1999) – Consumos de tabaco, álcool, haxixe e outras substâncias em meio escolar. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto
- RICE, K. G. (1990) – Attachment in adolescence: a narrative and meta-analytic review. In: Journal of Youth and Adolescence. Vol 19 (1990) p. 511-538

- RICHARDS, T.; RICHARDS, L. (1998) – Using computers in qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds) – Collecting and interpreting qualitative materials. California: Sage Publications. Pp 211 – 245
- RICOUER, P. (1984) – Time and narrative. Vol I. Chicago: The University of Chicago Press
- RICOUER, P. (1991) – Narrative and interpretation. London: Routledge
- ROACH, S.M.S. (1991) - The call to consciousness: a compassion in today's health world. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. e MEYER, D. E. (1995) - Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas
- ROBBINS, C.; KAPLAN, H. B.; MARTIN, S. S. (1985) – Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. In: Journal of Marriage and the Family. Vol 43 (1985) p. 339-348
- RODGERS, J.L. (1992) - Development of sexual behaviour. In: FRIEDMAN, S.; FISHER, M. e SCHOMBERG, S.K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, Inc. Pp 39-43
- ROLISON, M. R.; SCHERMAN, A. (2002) – Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behaviour. In: Adolescence. Vol 37, nº 147 (Fall 2002) p. 585- 596
- ROMIG, C. A.; BAKKEN, L. (1990) – Teens at risk for pregnancy: the role of ego development and family processes. In: Journal of Adolescence. Vol 13 (1990) p. 195 - 199
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (2002) – Sexual health strategy: guidance for nursing staff. Pp 1-28
- ROYE, C. F.; BALK, S. J. (1995) – The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: review. In: Journal of Adolescent Health. Vol 19, nº 2 (August 1996) p. 86-93
- RUBIN, R. (1984) – Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer

- RYAN, S.A.; IRWIN Jr, C.E. (1992) – Risk behaviours. In: FRIEDMAN, S.; FISHER, M. e SCHOMBERG, S.K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St Louis: Quality Medical Publishing, Inc. Pp 787-794
- RYSER, F. G. ; KING, E. (2002) – Nursing students providing prenatal education to pregnant teens : an innovative approach to adolescent childbirth education. In: IJCE. Vol 17 nº 4 (2002) p. 18-19
- SALMI, R. (1993) – La notion de risque en santé publique. In: TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993)- Adolescence et risque. Paris: Syros
- SANTELLI, J. S.; BEILENSEN, P. (1992) – Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. In: Journal of School Health. Vol 62 (1992) p. 271-279
- SANTOS, M.; FONTAINE, A. M. (1995) – Avaliação do ambiente familiar por crianças e pré-adolescentes: alguns aspectos da adaptação da FES de Moos e Moos. In: ALMEIDA, L. S.; RIBEIRO, I. S. (Eds.) (1995) – Avaliação psicológica formas e contextos. Porto: APPORT. Pp 421-430
- SANTOS, J. O. (1999) – Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 17, nº 2 (Julho/Dezembro 1999) p. 27-42
- SANTOS, P. (1994) – Maternidade precoce no espaço escolar. In: FUNDAÇÃO DA JUVENTUDE (1994) – Maternidade Precoce – Que perguntas? Que respostas? (Comunicações do Encontro Internacional). Porto: Fundação da Juventude. Pp 50-53
- SARACENO, C. (1997) – Sociologia da família. Lisboa: Editorial Estampa
- SCHAEFER, E.; MANHEIMER, H. (1960) – Dimensions of parental adjustment. Comunicação apresentada na Eastern Psychological Association, New York
- SCHAFFER, H. R. (1999) – Desenvolvimento social da criança. Lisboa: Instituto Piaget
- SCHELLENBACH, C.; WHITMAN, T. e BORKOWSKI, J. (1992) – Toward an integrative model of adolescent parenting. In: Human development. Vol 35 (1992) p. 81-99

- SCHMIT, G. (1997) – L'adolescente, sa famille, la société. In: MICHAUD, P.A., ALVIN, P., DESCHAMPS, J. e outros (1997) – La santé des adolescents: approches, soins, prevention. Paris: Doin Éditeurs. Pp 55-61
- SCHMITT, J. C. (1993) – Pour une histoire de l' adolescence : le cas du moyen âge. In : TURSZ, A. ; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 21-40
- SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. (2003) – A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. In: Estudos de Psicologia. Vol 8, nº 1 (2003) p. 107-115
- SCHREIER, M.; FIELDING, N.(2001) – Qualitative and quantitative research: conjunct divergences. In: Forum: Qualitative Social Research. Vol 2, nº 1 (2001)
- SCHUBINER, H.; ROBIN, A.L.; NEINSTEIN, L.S. (1986) – School problems. In: NEINSTEIN, L. (1996) – Adolescent health care: a practical guide. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. Pp 1124-1141
- SCHULTHEISS, D. P.; BLUSTEIN, D. L. (1994) – Contributions of family relationship factors to the identity formation process. In: Journal of Conesiling and Development. Vol 73, nº 2 (November/December 1994) p. 159-166
- SCHVANEVELDT, P. L.; MILLER, B. C.; BERRY, E. H. e outros (2001) – Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: longitudinal, bidirectional influences. In: Adolescence. Vol 36, nº 144 (Winter 2001) p. 767-787
- SCHWARTZ, S. J.; DUNHAM, R. M. (2000) – Identity status formulae: generating continuous measures of the identity statuses from measures of exploration and commitment. In: Adolescence. Vol 35, nº 137 (Spring 2000) p. 147-164
- SCHWARTZ, S. J. (2001) – The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: a review and integration. In: Identity: an International Journal of Theory and Research. Vol 1, nº 1 (2001) p. 7-58
- SCHWARTZ, S. J.; HENDERSON, C. E.; DAKOF, G. A. (2001) – Predicting severity of adolescent problem behaviours: the role of self-concept, parenting practices and family environments. Comunicação apresentada na 8ª

Conferência Annual da Society for Research on Identity Formation. London, Ontário

SCHWARTZ, S. J. (2002) – Convergent validity in objective measures of identity status: implications for identity status theory. In: Adolescence. Vol 37, nº 147 (Fall 2002) p. 609-625

SEGALEN, M. (1999) – Sociologia da família. Lisboa: Terramar.

SHARP, K. (1995) – Should we teach sociology? A response to Hannah Cooke. In: Nurse Education Today. The Journal for health care education. Vol 15, nº1 (February 1995) p. 52 - 55

SHEARER, D. L.; MULVIHILL, B.; KLERMAN, L. e outros (2002) – Association of early childbearing and low cognitive ability. In: Perspectives on sexual and reproductive health. Vol 34, nº 5 (Third quarter 2004) p. 236-243

SHUCKSMITH, J.; HENDRY, L. B.; GLENDINNING, A. (1995) – Models of parenting: implications for adolescent well-being within different types of family contexts. In: Journal of Adolescence. Vol 18, nº 3 (1995) p. 253-270

SHULMAN, S.; PRECHTER, E. (1989) - Adolescent perception of family climate and adaptation to residential schooling. In: Journal of Youth and Adolescence. Vol 18, nº 5, p. 439-449

SILVA, M. O. (1992) – A gravidez na adolescência – relevância clínica da intervenção pré – natal. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa

SINGH, S.; DARROCH, J. E. (2000) – Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. In: Family Planning Perspectives. Vol 32, nº 1 (January/February 2000) p. 14-23

SINGLETON, R. A.; STAITS, B. C. (1999) – Approaches to social research. 3ª ed. New York: University Press

SINGLY, F. (1993) – Sociologie de la famille contemporaine. 2º ed. Paris: Éditions Nathan

- SLUPIK, R. I. (1996) – Métodos anticoncepcionais. In: SANFILIPPO, J.S.; JENSEN, M. D.; LEE, P. A. e outros (1996) - Ginecologia pediátrica e da adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara. Pp 231-239
- SOARES, I. (1994) – Adolescência no feminino: gravidez e maternidade. In: FUNDAÇÃO DA JUVENTUDE (1994) – Maternidade Precoce – Que perguntas? Que respostas? (Comunicações do Encontro Internacional). Porto: Fundação da Juventude
- SOARES, I.; JONGENELEN, I. (1998) – Maternidade na adolescência: contributos para uma abordagem desenvolvimental. In: Análise Psicológica. Vol 3, nº XVI (1998) p. 373-384
- SOARES, I.; MARQUES, M.C.; MARTINS, C. e outros (2001) – Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal. In: CANAVARRO, M. C. (2001) – Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. Pp 359-407
- SOMMER, K.; WHITMAN, T.L.; BORKOWKI, J. G. e outros (1993) – Cognitive readiness and adolescent parenting. In: Developmental Psychology. Vol 29 (1993) p. 389-398
- SOUSA, T. (1994) – A adolescente grávida/mãe na família: há lugar? In: FUNDAÇÃO DA JUVENTUDE (1994) – Maternidade precoce – que perguntas? Que respostas? (Comunicações do Encontro Internacional). Porto: Fundação da Juventude. Pp 34-36
- SOUTH, S. J.; BAUMER, E. P. (2001) – Community effects on the resolution of adolescent premarital pregnancy. In: Journal of Family Issues. Vol 22, nº8 (November 2001) p. 1025-1043
- SPEAR, H. J. (2001) – Teenage pregnancy: "Having a Baby won't affect me that much. In: Paediatric Nursing. Vol 27, nº6 (November-December 2001), p. 574-580
- SPEAR, H. J. (2004) – A follow-up case study on teenage pregnancy: "Havin' a baby isn't a nightmare, but it's really hard". In: Paediatric Nursing. Vol 30, nº 2 (March-April 2004) p. 120-125



- SPIKES, J. M.; DRAPP, L. A. (1991) – Adolescent pregnancy and parenthood. In: BOBAK, I. M. e JENSEN, M. D. (1991) – Essentials of maternity nursing. 3ª Ed. S. Louis: Mosby Year Book. Pp 790 – 813
- SPRADLEY, B. W. (1990) – Community health nursing: concepts and practice. 3ª ed. Illinois: Scott, Foresman/Little, Brown Higher Education
- SPRINTHAL, N. A.; COLLINS, W.A. (1999) – Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentalista. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- STANHOPE, M. (1999) – Teorias e desenvolvimento familiar. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência. Pp 491-517
- STECKLER, A.; MCLEROY, K. R.; GOODMAN, R. M. e outros (1992) – Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. In: Health Education Quarterly. Vol 19 (1992) p. 1-18
- STEPHAN, J.; FRASER, E.; MARCIA, J. E. (1992) – Moratorium-achievement (Mama) cycles in lifespan identity development: value orientations and reasoning system correlates. In: Journal of Adolescence. Vol 15) (1992) p. 283-300
- STEVENS-SIMON, C.; KELLY, L.; SINGER, D. (1996) – Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. In: Journal of Adolescent Health. Vol 19, Nº 1 (1996) p. 48 - 53
- STEVENS-SIMON, C.; BEACH, R. K.; KLERMAN, L. V. (2001) – To be rather than not to be – that is the problem with the questions we ask adolescents about their childbearing intentions. In: Archive Pediatrics Adolescents Medicine. Vol 155 (December 2001) p. 1298-1300
- STREUBERI, H. J.; CARPENTER, D. R. (1995) – Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: JB Lippincott Press
- SWEENEY, P. J. (1996) – Gravidez na adolescência. In: SANFILIPPO, J. S.; JENSEN, M. D.; LEE, P. A. e outros (1996) - Ginecologia Pediátrica e da adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Pp 240- 247

- TABOADA-LEONETTI, I. (1999) – Stratégies identitaires et minorités: le point de vue du sociologue. In: In: CAMILLERI, C.; KASTERSZTEIN, J.; LIPIANSKY, E. M. e outros (1999) – Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France. Pp 43-83
- TAVARES, M. BARROS, H. (1996) – Gravidez na adolescência em Portugal. In: Revista de Epidemiologia. Vol 1, nº 1 (1996) p. 3 – 8
- TERRY, E.; MANLOVE, J. (2000) – Trends in sexual activity and contraceptive use among teens. Washington, DC: National Campaign to prevent teen pregnancy
- TOLMAN, D. (2001) – Development of a new conception of adolescent sexual health. Wellesly: Wellesly Center for Women
- TRAD, P. V. (1999) – Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. In: Adolescence. Vol 34, nº 133 (Spring 1999) p. 221-340
- TRAN-THONG (1987) - Estádios e conceito de estágio de desenvolvimento da criança na psicologia contemporânea. 1º vol. Porto: Edições Afrontamento
- TREMBLAY, L. (1997) – Théories et corrélats empiriques expliquant la prise de risque chez les adolescents sexuellement actifs. In : Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. Nº 35 (1997) p. 68-88
- TUCKMAN, B. W. (2000) – Manual de investigação em educação. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian
- TURNER, J. C. (1975) – Social comparison and social identity : some prospects for intergroup behavior. In : European Journal of Social Psychology. Vol 5, p. 5-34
- TURSZ, A. (1993) – Des diverses approches du risque à l'adolescence. In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp. 135-149
- TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros.

- VAN HOOFF, A. (1999) – The identity status field re-reviewed : an update of unresolved and neglected issues with a view on some alternative approaches. In : Developmental Review. Vol 19 (1999) p. 497-556
- VAZ, R. e outros (1983) – Adolescent pregnancy. Involvement of the male partner. In: Journal of Adolescence Health Care. Vol 4, nº 4 (December 1983) p. 246 – 250
- VASQUEZ, A. (1999) – Les mécanismes des strategies identitaires: une perspective diachronique. In: CAMILLERI, C.; KASTERSZTEIN, J.; LIPIANSKY, E. M. e outros (1999) – Stratégies identitaires. Paris: Presses Universitaires de France. Pp 144-171
- VIOLATO, C. (1992) – History of adolescence. In: FRIEDMAN, S.; FISHER, M. e SCHOMBERG, S.K. (1992) – Comprehensive adolescent health care. St Louis: Quality Medical Publishing, Inc. Pp 3-6
- WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (1995) - Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas
- WATSON, J. (1985) - The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown
- WHITBOURNE, S. K. (1996) – The aging individual: physical and psychological perspectives. New York: Springer-Verlag
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – the world health report : 2002 : reducing risks promoting healthy life. Genève: WHO. Pp. 61-63
- WATERMAN, A. S. (1990) – Personal expressiveness : philosophical and psychological foundations. In: Journal of Mind and Behavior. Vol 11 (1990) p. 47-74
- WATSON, J. (1988) - Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing).
- WATSON, J. (1989) – Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Ass. University Press

- WEISBERG, H. F.; KROSNICK, J. A.; BOWEN, B. (1996) – An introduction to survey research, polling and data analysis. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications
- WIRES, J. W.; BAROCAS, R.; HOLLENBECK, A.R. (1994) – Determinants of adolescent identity development: a cross-sequential study of boarding school boys. In: Adolescence. Vol 29, nº 114 (Summer 1994) p. 361-378
- XAREPE, F. (2004) – Comunicação apresentada no seminário “Meninas e meninos do mar”. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família
- ZIMMERMAN, S. L. (2001) – Family policy: constructed solutions to family problems. California: Sage Publications
- ZUCKER-ROUVILLOIS, E. (1993) – La mortalité liée au risque à L' adolescence. In : TURSZ, A.; SOUTEYRAND, Y. e SALMI, R. (1993) – Adolescence et risque. Paris: Syros. Pp 90-102

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR (MOOS e MOOS, 1986)

**ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR**  
**(MOOS&MOOS, 1986)**

## ESCALA DO AMBIENTE FAMILIAR

(Adaptada de Moos & Moos, 1986)

Nas folhas que se seguem irá encontrar frases sobre a família. Leia cada uma delas cuidadosamente e responda de acordo com a opinião que tem acerca da **sua própria família**. Não responda segundo o que as outras pessoas da sua família responderiam; queremos conhecer apenas a sua opinião. Para isso, assinale com uma cruz (X) no retângulo correspondente à resposta escolhida. Assinale apenas **UMA** resposta para cada frase

Discordo sempre	Discordo quase sempre	Discordo normal- mente	Concordo normal- mente	Concordo quase sempre	Concordo sempre
--------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------

1 Na minha família ajudamo-nos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Habitualmente na minha família não contamos o que sentimos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Na minha casa zangamo-nos muitas vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Na minha família não costumamos fazer as coisas sozinhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Na minha família planeamos as coisas com muito cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 As pessoas da minha família não são obrigadas a seguir ordens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Na minha família quando estamos em casa parece que só estamos a passar o tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Em casa podemos falar de tudo o que queremos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 As pessoas da minha família mostram poucas vezes que estão zangadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Na minha família estão sempre a dizer que temos que fazer as coisas sozinhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Discordo sempre	Discordo quase sempre	Discordo normalmente	Concordo normalmente	Concordo quase sempre	Concordo sempre
-----------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------

11 Somos normalmente muito limpos e organizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Existem muitas regras na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Gostamos bastante de fazer coisas em família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Quando desabafamos há sempre alguém que fica preocupado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 As pessoas da minha família quando ficam muito nervosas atiram coisas pelo ar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Na minha família cada um pensa por si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Em minha casa é difícil encontrarmos as coisas quando precisamos delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Existe uma pessoa na minha família que decide quase todas as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Sentimo-nos muito unidos na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Contamos uns aos outros os nossos problemas pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Às vezes as pessoas da minha família perdem a cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Na minha família há horas de entrada e de saída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discordo sempre	Discordo quase sempre	Discordo normal- mente	Concordo normal- mente	Concordo quase sempre	Concordo sempre
--------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------

23 Ser pontual é muito importante na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Em minha casa as coisas são feitas sempre da mesma maneira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Normalmente ninguém se oferece para fazer alguma coisa que tem que ser feita em casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Muitas vezes decidimos fazer as coisas em cima da hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 As pessoas da minha família criticam-se muitas vezes umas às outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Na minha família as pessoas mexem nas coisas uns dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Em minha casa, muitas vezes, não fazemos aquilo que tínhamos decidido fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Obedecer às regras é muito importante na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Podemos realmente contar uns com os outros na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Em minha casa há sempre uma pessoa que se aborrece quando alguém se queixa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 As pessoas da minha família às vezes batem uns nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Quando alguém tem um problema geralmente resolve-o sózinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discordo sempre	Discordo quase sempre	Discordo normalmente	Concordo normalmente	Concordo quase sempre	Concordo sempre
-----------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------

35 As pessoas da minha família procuram manter os seus quartos arrumados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Cada um de nós tem uma palavra a dizer nas decisões familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Na minha família sentimo-nos pouco unidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 As questões de dinheiro e de pagamento de contas são faladas abertamente em minha casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Quando existe um problema na minha família, ninguém fala dele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Em minha casa achamos que cada um deve defender os seus direitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Em minha casa todos sabem o que cada um tem que fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Na minha família podemos fazer o que nos der na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Nós damo-nos mesmo bem uns com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Geralmente temos cuidado com o que dizemos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Na minha família cada um quer ser melhor que o outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Na minha família é difícil sermos nós próprios sem que alguém fique triste ou magoado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Na minha casa temos muito cuidado com o modo como gastamos o dinheiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discordo sempre	Discordo quase sempre	Discordo normalmente	Concordo normalmente	Concordo quase sempre	Concordo sempre
-----------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------

48 Na minha casa as regras são para se cumprirem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Dedicamos muito tempo e atenção uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Na minha família começamos muitas vezes a conversar sobre várias coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Na minha casa achamos que não serve de nada estar a gritar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Na minha família não é bem visto dizermos aquilo que pensamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Geralmente arruma-se a cozinha logo a seguir às refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 Na minha família andam sempre em cima das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DA IDENTIDADE DO EGO (BALISTRERI,  
BUSCH-ROSSNAGEL e GEISINGER, 1995)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**QUESTIONÁRIO DA IDENTIDADE  
DO EGO**  
(BALISTRERI, BUSCH-ROSSNAGEL & GEISINGER, 1995)

Versão para investigação de  
Margarida da Silva Neves de Abreu

EGO IDENTITY PROCESS QUESTIONNAIRE

(Balistreri, et al., 1995)

Tradução de Margarida Abreu

Para as seguintes afirmações, assinale o quanto concorda ou discorda de cada uma delas, utilizando a escala abaixo apresentada. Assinale, por favor, em frente a cada uma das afirmações, o valor (de 1 a 6) que melhor traduz a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo moderadamente	4 Concordo moderadamente	5 Concordo	6 Concordo totalmente
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

AFIRMAÇÕES	Escala	Código (não preencher)
1. Decidi definitivamente a profissão que quero ter.	1 2 3 4 5 6	[ ]1
2. Eu não espero alterar as minhas ideias e princípios políticos.	1 2 3 4 5 6	[ ]2
3. Eu considerei a hipótese de adoptar diferentes crenças religiosas.	1 2 3 4 5 6	[ ]3
4. Nunca tive necessidade de questionar os meus valores.	1 2 3 4 5 6	[ ]4
5. Estou muito segura acerca do tipo de amigos que são o melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]5
6. As minhas ideias acerca dos papeis masculinos e femininos nunca se alteraram desde que me tornei adulta.	1 2 3 4 5 6	[ ]6
7. Eu sempre votarei no mesmo partido.	1 2 3 4 5 6	[ ]7
8. Eu mantenho com firmeza a minha perspectiva relativamente ao meu papel na minha família.	1 2 3 4 5 6	[ ]8
9. Eu discuti diversas vezes sobre o tipo de comportamento envolvido nas relações amorosas.	1 2 3 4 5 6	[ ]9
10. Eu já considerei ponderadamente diferentes perspectivas políticas.	1 2 3 4 5 6	[ ]10
11. Eu nunca questioneei as minhas perspectivas sobre que tipo de amigos são o melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]11
12. Os meus valores poderão alterar-se no futuro.	1 2 3 4 5 6	[ ]12
13. Quando eu falo com pessoas sobre religião, faço questão de dar a minha opinião.	1 2 3 4 5 6	[ ]13
14. Eu não estou segura sobre qual o tipo de relação amorosa que é a mais indicada para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]14
15. Eu nunca senti a necessidade de reflectir sobre a importância que eu tenho na minha família.	1 2 3 4 5 6	[ ]15

AFIRMAÇÕES (Continuação)	Escala	Código (não preencher)
16. Relativamente à religião, as minhas perspectivas poderão alterar-se num futuro próximo.	1 2 3 4 5 6	[ ]16
17. Eu tenho ideias definidas sobre a forma como os homens e as mulheres se devem comportar.	1 2 3 4 5 6	[ ]17
18. Eu tentei informar-me sobre as diferentes profissões para encontrar a melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]18
19. Eu tive diversas experiências que me fizeram alterar as minhas perspectivas sobre os papéis masculinos e femininos.	1 2 3 4 5 6	[ ]19
20. Eu avalio constantemente os diferentes valores tentando identificar aqueles que são os melhores para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]20
21. Eu penso que aquilo que procuro num amigo se pode modificar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[ ]21
22. Eu questionei-me sobre que tipo de namoro é melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]22
23. É impossível que eu altere os meus objectivos vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[ ]23
24. Eu avaliei de diversas formas a minha inserção na estrutura familiar.	1 2 3 4 5 6	[ ]24
25. As minhas ideias sobre os papéis masculinos e femininos nunca se alterarão.	1 2 3 4 5 6	[ ]25
26. Eu nunca questionei as minhas crenças políticas.	1 2 3 4 5 6	[ ]26
27. Eu tive muitas experiências que me levaram a rever as qualidades que eu gostaria de observar nos meus amigos.	1 2 3 4 5 6	[ ]27
28. Eu discuti assuntos religiosos com várias pessoas que têm crenças diferentes das minhas.	1 2 3 4 5 6	[ ]28
29. Eu não estou segura de que os valores que possuo são os indicados para mim.	1 2 3 4 5 6	[ ]29
30. Eu nunca questionei as minhas aspirações vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[ ]30
31. A forma como eu valorizo a minha família provavelmente vai mudar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[ ]31
32. Eu estou firmemente segura quanto às minhas crenças acerca do namoro.	1 2 3 4 5 6	[ ]32



ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDEZ (SCHAEFER  
E MANHEIMER, 1960)

# PREGNANCY RESEARCH QUESTIONNAIRE

Schaefer & Manheimer (1960)

Versão para investigação

Tradução de Inês Jongenelen (1996)

Nas questões que se seguem gostaríamos de conhecer alguns dos seus sentimentos acerca da gravidez e do parto. É importante que responda a todas as questões. Depois de cada afirmação, por favor assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve os seus sentimentos. Não existem respostas certas ou erradas. Estamos apenas interessados em conhecer as experiências da mulher.

1. Antes da gravidez eu queria muito ter um bebé.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

2. Eu gostaria de ter:

1 filho\_\_\_

2 filhos\_\_\_

3 filhos\_\_\_

4 filhos\_\_\_

5 filhos\_\_\_

Mais de 5 filhos\_\_\_

3. A primeira vez que soube que estava grávida, eu fiquei:

Encantada\_\_\_

Contente\_\_\_

Aceitei o facto: nem contente nem descontente\_\_\_

Um pouco descontente\_\_\_

Extremamente descontente\_\_\_

4. Cuidar de um bebé pequeno é algo que não se espera que uma mulher faça sozinha.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

5. O bebé pode ser prejudicado se a mãe se aborrecer durante a gravidez.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

6. Eu senti que a minha gravidez foi longa e maçadora.

Frequentemente\_\_\_

Ocasionalmente\_\_\_

Raramente\_\_\_

Nunca\_\_\_

7. Eu gostaria de ter:

Um rapaz\_\_\_                      Uma rapanga\_\_\_                      Tanto faz\_\_\_

8. Eu tenho medo que o meu bebé possa ser feio ou pouco atraente.

Frequentemente\_\_\_              Ocasionalmente\_\_\_              Raramente\_\_\_              Nunca\_\_\_

9. Eu considero os meus sentimentos maternos como:

Muito                      Acima da                      Abaixo da                      Nada  
maternais\_\_\_              média\_\_\_                      média\_\_\_                      maternais\_\_\_

10. Qualquer mulher grávida receia o parto.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

11. Eu não quis ter um bebé nesta altura.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

12. Seria reconfortante para mim saber que podia recorrer à ajuda da minha mãe ou de outra mulher mais velha para tomar decisões.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

13. Qualquer mulher grávida está preocupada sobre se o seu bebé vai ser normal.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

14. Antes de eu ficar grávida, nós esperávamos ter um bebé.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

15. Eu preocupo-me em poder perder o meu bebé.

Frequentemente\_\_\_              Ocasionalmente\_\_\_              Raramente\_\_\_              Nunca\_\_\_

16. Quando eu era pequena:

Sempre que possível, eu queria tomar conta de bebés e de crianças\_\_\_

Às vezes, eu gostava de tomar conta de bebés e de crianças\_\_\_

Eu era indiferente acerca de tomar conta de crianças mais novas\_\_\_

Eu pensava que as crianças pequenas eram um aborrecimento\_\_\_

17. Por vezes desejo que não fosse ter este bebé.

Concordo                      Concordo                      Discordo                      Discordo  
totalmente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              moderadamente\_\_\_              totalmente\_\_\_

18. Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser magoado durante o parto.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

19. Eu tenho andado tensa e inquieta desde que fiquei grávida.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

20. Eu tentei evitar ficar grávida.

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

21. Não há nada pior para uma jovem mãe do que estar sozinha durante a sua primeira experiência com um bebé.

Concordo  
totalmente\_\_\_

Concordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
moderadamente\_\_\_

Discordo  
totalmente\_\_\_

22. Eu preocupo-me acerca do meu bebé ser fraco e pouco saudável.

Frequentemente\_\_\_

Ocasionalmente\_\_\_

Raramente\_\_\_

Nunca\_\_\_

23. Eu preocupo-me com o facto de que ter um bebé me possa tornar menos atraente.

Frequentemente\_\_\_

Ocasionalmente\_\_\_

Raramente\_\_\_

Nunca\_\_\_

24. Este foi o momento errado para eu ter um bebé por causa de: (Assinale todas as razões que se aplicam a si)

A minha saúde\_\_\_ Problemas de dinheiro\_\_\_ Problemas de habitação\_\_\_

Eu não quis deixar o meu emprego\_\_\_ O meu marido/companheiro/namorado

e a minha família não aprovam\_\_\_ Eu tenho filhos suficientes\_\_\_

Eu não estou pronta para assentar\_\_\_ Interfere com outros planos\_\_\_

Nenhuma das anteriores\_\_\_

25. Eu preocupo-me que a gravidez e o nascimento do bebé venham a arruinar a minha saúde.

Frequentemente\_\_\_

Ocasionalmente\_\_\_

Raramente\_\_\_

Nunca\_\_\_

26. Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser deficiente mental.

Frequentemente\_\_\_

Ocasionalmente\_\_\_

Raramente\_\_\_

Nunca\_\_\_

27. Se eu tivesse escolha, gostaria de

Ter alguém que cuidasse do bebé, por mim. \_\_\_

Ter alguém que cuidasse do bebé, na maior parte do tempo. \_\_\_

Ter alguém que cuidasse do bebé, durante muito tempo. \_\_\_

Ter alguém que cuidasse do bebé, às vezes. \_\_\_

Cuidar do bebé sozinha. \_\_\_

28. Eu considero que amamentar um bebé é:

Desagradável\_\_\_      Doloroso\_\_\_      Embaraçoso\_\_\_      Aborrecido\_\_\_  
Nem agradável nem desagradável\_\_\_      Relaxante\_\_\_      Um tanto agradável\_\_\_  
Muito agradável\_\_\_

29. Desde que engravidei, os meus sentimentos podem ser descritos como:

- a. Relaxada  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- b. Falta de interesse acerca das coisas  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- c. Desanimada  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- d. Contente ou alegre  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- e. Aborrecida  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- f. Calma e tranquila  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- g. Preguiçosa  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- h. Triste  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_
- i. Deprimida  
Frequentemente\_\_\_      Ocasionalmente\_\_\_      Raramente\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(ADOLESCENTE)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

## **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Guião da entrevista (adolescente)

Margarida da Silva Neves de Abreu

Porto, Dezembro de 2000

## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

### **I PARTE**

- Bloco 1** - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado
- Bloco 2** - Caracterização da população
- Bloco 3** - Contexto familiar
- Bloco 4** - Grupo de pares
- Bloco 5** - Recurso às Instituições de Saúde antes do processo gravídico
- Bloco 6** - Processo gravídico



<b>Designação do bloco</b>	<b>Objectivos do bloco</b>	<b>Exemplo de questões a colocar</b>
1. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legitimar a entrevista</li> <li>- Motivar o entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o entrevistado sobre o que se pretende com esta entrevista</li> <li>• Ajudar o entrevistado a perceber a dinâmica do trabalho de campo, baseado em entrevistas</li> </ul>
2. Caracterização da população	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar a população quanto à idade e habilitações literárias;</li> <li>- Conhecer a situação profissional das grávidas adolescentes;</li> <li>- Conhecer a forma como a adolescente ocupava o seu tempo de lazer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que idade tem?</li> <li>• Que idade tinha quando engravidou?</li> <li>• Quais as suas habilitações literárias?</li> <li>• Quando engravidou frequentava a escola?</li> <li>• Durante a gravidez interrompeu os estudos?</li> <li>• Qual a sua profissão, no momento em que engravidou?</li> <li>• Praticava alguma religião? Qual?</li> <li>• Qual a sua situação profissional no momento em que engravidou?</li> <li>• Como ocupava os seus tempos livres, antes de engravidar?</li> </ul>

<b>Designação do bloco</b>	<b>Objectivos do bloco</b>	<b>Exemplo de questões a colocar</b>
3. Caracterização do contexto familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar o contexto familiar no que se refere à sua composição, às condições económicas;</li> <li>- Identificar os principais interesses da família;</li> <li>- Caracterizar o papel da mãe na educação sexual;</li> <li>- Conhecer a reacção da família à gravidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com quem vivia antes de engravidar?</li> <li>• Qual a profissão dos seus pais?</li> <li>• Onde residem?</li> <li>• A sua mãe forneceu-lhe informação sobre aspectos ligados à educação sexual?</li> <li>• Como reagiram os seus familiares quando tiveram conhecimento de que estava grávida?</li> </ul>
4. Caracterização do grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar o grupo relativamente à idade e hábitos;</li> <li>- Conhecer o tipo de relacionamento com o namorado;</li> <li>- Descrever a reacção dos amigos à gravidez;</li> <li>- Descrever a reacção do namorado à gravidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a média de idades dos amigos com quem costumava conviver?</li> <li>• Quando estavam juntos, como costumavam ocupar o tempo?</li> <li>• Quanto tempo namorou, antes de engravidar?</li> <li>• Como conheceu o seu namorado?</li> <li>• Como reagiram os seus amigos quando souberam que estava grávida?</li> <li>• E o seu namorado?</li> </ul>

<b>Designação do bloco</b>	<b>Objectivos do bloco</b>	<b>Exemplo de questões a colocar</b>
5. Recurso às Instituições de Saúde antes do processo gravídico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar o grupo de adolescentes relativamente ao recurso às Instituições de Saúde;</li> <li>- Identificar o tipo de informação que lhe é fornecida pelos profissionais de saúde em relação a planeamento familiar e quanto ao uso de anticoncepcionais e ao estado geral de saúde antes de engravidar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costumava consultar o médico com periodicidade? Onde?</li> <li>• Quando ia à consulta, costumavam falar-lhe de planeamento familiar?</li> <li>• Costumava utilizar anticoncepcionais?</li> <li>• Qual o seu estado geral de saúde, antes de engravidar?</li> </ul>
6. Caracterização do processo gravídico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a forma como decorreu a gravidez;</li> <li>- Identificar o tipo de reacção pessoal quando tomou conhecimento da gravidez;</li> <li>- Conhecer a forma (quando e como) a adolescente recorreu ao médico depois de saber que estava grávida;</li> <li>- Conhecer a atitude do namorado quanto à deslocação ao clínico escolhido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como aconteceu a gravidez (foi planeada ou não)?</li> <li>• Qual a sua reacção quando descobriu que estava grávida?</li> <li>• Recorreu logo ao médico para diagnóstico e vigilância?</li> <li>• O seu namorado costumava acompanhá-la às consultas?</li> </ul>

**ANEXO V – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(FAMÍLIA)**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Guião da entrevista (família da adolescente)

Margarida da Silva Neves de Abreu

Porto, Dezembro de 2000

# GUIÃO DA ENTREVISTA

## I PARTE

**Bloco 1** - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

**Bloco 2** – Caracterização da família

<b>Designação do bloco</b>	<b>Objectivos do bloco</b>	<b>Exemplo de questões a colocar</b>
<p>1. Legitimação da entrevistada e motivação do entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legitimar a entrevistada</li> <li>- Motivar o entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o entrevistado sobre o que se pretende com esta entrevista</li> <li>• Ajudar o entrevistado a perceber a dinâmica do trabalho de campo, baseado em entrevistas</li> </ul>
<p>2. Caracterização da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar o contexto familiar no que se refere à sua composição, às condições económicas;</li> <li>- Identificar os principais interesses da família;</li> <li>- Caracterizar o papel da mãe na educação sexual;</li> <li>- Conhecer a reacção da família à gravidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que idade tem?</li> <li>• Qual a sua profissão e habilitações literárias?</li> <li>• Onde residem?</li> <li>• Forneceu, à sua filha, informação sobre aspectos ligados à educação sexual?</li> <li>• Como reagiu quando teve conhecimento que a sua filha estava grávida?</li> </ul>

afeta  
16.10.08

BIBLIOTECA  
DO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS  
"CARLOS SALAZAR"