



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Motricidade Humana**



**Maternidade na Adolescência, Capacitação Familiar  
e o Programa A PAR – Aprender em Parceria**

**Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre  
em Reabilitação Psicomotora**

**Orientador: Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão**

**Presidente**

**Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo**

**Vogais**

**Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão**

**Doutora Ana Teresa Brito**

**Maria Inês Fialho Castelão Dias Faria**

**2016**

## **Agradecimentos**

Gostaria de dirigir os meus agradecimentos a toda a minha família, sem a qual a concretização desta tese de mestrado não teria sido possível, dando-me, sempre, o apoio necessário e acreditando na concretização do meu trabalho. Foram o meu porto seguro nas minhas dificuldades e anseios, ajudando-me a ultrapassar os meus obstáculos e incentivando-me a concluir o trabalho.

À Professora Doutora Maria Teresa Brandão, que, como orientadora de tese, pacientemente me acompanhou durante este trabalho, partilhando a sua experiência com o trabalho de intervenção com famílias e educação e formação parental, e ajudando-me a ultrapassar todos os obstáculos durante a concretização do trabalho.

A todas as jovens mães que colaboraram na investigação tornando possível a realização deste trabalho, mostrando a sua disponibilidade e interesse pelo mesmo. Aos seus filhos que muita alegria, carinhos e afetos trouxeram às sessões e tornaram juntamente com as mães este trabalho muito gratificante.

Às responsáveis da Instituição que possibilitaram o trabalho com as famílias que acolhem e aos técnicos que auxiliaram com informações fundamentais para a elaboração da investigação.

Queria agradecer às Assistentes do grupo que mostraram, de forma voluntária, a disponibilidade para auxiliar no trabalho com estas famílias e que vivenciaram comigo todas as alegrias e dificuldades, ajudando na melhor compreensão das relações individuais, familiares e grupais estabelecidas que possibilitaram uma relação mais efetiva entre mim e as famílias.

À Doutora Maria Emília Nabuco que, como anterior Presidente da Associação A PAR, me incentivou na concretização deste trabalho e permitiu que o programa da Associação A PAR fosse alvo de investigação.

Às minhas colegas de Equipa da Associação A PAR que contribuíram com as suas partilhas e sugestões ao longo do planeamento e avaliação das Sessões. Esta cooperação ajudou bastante no trabalho com estas famílias, que nem sempre é fácil e por vezes com obstáculos, podendo usufruir de diversas opiniões de técnicos de diferentes áreas como Psicologia, Ação Social e Educação de Infância.

À Professora Joana Castro que, como professora de Matemática e nova Presidente da Associação A PAR, me ajudou com a análise dos dados recolhidos.

Termino com um agradecimento à equipa técnica da Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana que se mostraram disponíveis na recolha de vários artigos científicos não disponíveis aos alunos através da biblioteca da faculdade.

## Resumo

O presente trabalho aborda o fenómeno da maternidade precoce, experiência diferenciada numa fase da vida dos jovens. Diversas investigações em torno desta temática apresentam o fenómeno como não normalizado e associado a riscos diversos, outras referem que a maternidade na adolescência poderá ser um fator de amadurecimento com a criação de um projeto de vida individual. São, no entanto, poucos os casos de sucesso, tornando-se prioritário um apoio específico a estas mães e seus filhos. Os programas de educação parental surgem como uma medida preventiva que poderá minimizar os fatores de risco e as vulnerabilidades que estas jovens mães apresentam, sendo o modelo centrado na família muito valorizado atualmente, com base nas perspetivas ecossistémicas que põem em foco a ideia do trabalho com toda a família e não apenas com a criança em risco.

Com base no pressuposto que programas de educação parental implementados junto de jovens mães podem contribuir como mecanismo de proteção e reestruturação, implementou-se, junto de um grupo de mães adolescentes e jovens institucionalizadas, um programa de capacitação familiar, *Programa A PAR*, aplicado a diferentes grupos de famílias, com crianças dos 0 aos 6 anos, em diversos contextos de risco.

O presente trabalho é constituído por dois artigos em que o primeiro enquadra o fenómeno da maternidade na adolescência, com base nas estatísticas, fatores de risco, situações vivenciadas com a descoberta da gravidez, bem como intervenções realizadas junto deste grupo; e o segundo estuda a maternidade adolescente em instituição e, como medida de apoio a este grupo, a aplicação do *Programa A PAR – Aprender em Parceria*, permitindo a construção de uma relação mais positiva com a maternidade e com o seu filho. É apresentada a aplicação do Programa, a um grupo de 7 jovens mães institucionalizadas, desenvolvido em 26 sessões grupais em que mães e filhos usufruíram conjuntamente de um momento lúdico em família. O estudo pretendia estudar efeitos do programa em diversas dimensões como: stress parental, sentido de competência parental, conhecimento do desenvolvimento infantil e a rede de apoio social. Apesar dos resultados não mostrarem diferenças significativas entre o pré e pós-teste, nas dimensões referidas, verificou-se um elevado nível de satisfação das participantes no decorrer do programa evidenciado através dos seus próprios testemunhos e de observação por parte dos Líderes do programa. O *Programa A PAR* poderá ser importante para mães adolescentes, no entanto os resultados sugerem uma análise da estrutura e conteúdos do mesmo.

**Palavras-chave:** Maternidade na Adolescência, Institucionalização nas Mães Adolescentes e Jovens, Programas de Intervenção na Maternidade, Educação Parental, Parentalidade Positiva, *Programa A PAR – Aprender em Parceria*.

## Abstract

This paper discusses the phenomenon of early motherhood, a differentiated experience on the life of young people. Several investigations have considered the phenomenon as something unnatural and associated with many risks, others indicate that motherhood in this age group can be a maturity factor with the creation of an individual life project. They are, however, few cases of success and, becoming a priority, the need for support for these mothers and their children. Parental education programs emerge as a preventive measure which can minimize the risk factors and vulnerabilities of these young mothers. Family centered intervention is the current tendency based on ecosystemic perspectives that highlight the idea of working with the whole family and not just with the child at risk.

Based on the assumption that parental education programs implemented can function as a protection and restructuring mechanism, a family training program, *Program A PAR*, was implemented, in a group of institutionalized young mothers. A PAR has been previously applied to different groups of families with children aged 0 to 6 years in diverse risk contexts.

The paper is organized into two articles, the first one analyze the phenomenon of adolescent maternity, based on statistics, risk factors, situations experienced as well the interventions with this group. In a second article we studied a group of institutionalized adolescent mothers and, as a measure of support for these young people, the implementation of the Programme A PAR – *Aprender em Parceria*, promoting a more positive relationship with motherhood and their son. The program was develop with a group of 7 institutionalized young mothers that participated in 26 group sessions where mothers and children together enjoyed a moment experienced family through playful dynamics. The objective of the study held with the perception that the program could help in skills such as sense of parental competence, parental stress, knowledge of infant development and social support network. Although the results didn't show significant differences between the pre- and post-test, in the referred dimensions, there was a high level of satisfaction of participants during the program evidenced through their own testimonies and observation by the program Leaders. The *A PAR Programme* may be important for adolescent mothers, however the results suggest an analysis of the structure and contents.

**Keywords:** Motherhood in Adolescence, Institutionalization in Adolescent and Young Mothers, Intervention Programmes in Maternity, Parental Education, Positive Parenting, Program A PAR – *Aprender em Parceria*.

## Índice Geral

|   |        |
|---|--------|
| Resumo/Abstract.....  | iii-vi |
| Artigo 1 – Maternidade na Adolescência e a sua Nova Experiência de Vida .....                     | 1      |
| Resumo/Abstract .....   | 1      |
| 1.Introdução.....   | 1      |
| 2. Maternidade na Adolescência: Os Números e os Fatores de Risco.....                             | 2      |
| 3. Maternidade na Adolescência: Assimilação do Novo Papel e de uma Nova Experiência de Vida ..... | 10     |
| 4. Maternidade na Adolescência: Os Avanços do Estado no apoio à Parentalidade.....                | 21     |
| 5. Maternidade na Adolescência: Os Programas de Intervenção.....                                  | 31     |
| 6. Referências Bibliográficas.....  | 46     |
| Artigo 2 - Maternidade Adolescente e a Institucionalização.....                                   | 61     |
| Resumo/Abstract .....   | 61     |
| 1. Introdução.....  | 62     |
| 2. Maternidade na Adolescência e a Institucionalização.....                                       | 65     |
| 3. Metodologia.....   | 68     |
| 3.1. Participantes.....   | 68     |
| 3.2. Procedimentos.....   | 69     |
| 3.3. O <i>Programa A PAR</i> .....  | 72     |
| 3.4. Aplicação do Programa.....   | 76     |
| 3.5. Instrumentos .....   | 78     |
| 4. Resultados e Discussão .....   | 84     |
| 5. Conclusões.....  | 91     |
| 6. Referências Bibliográficas.....  | 93     |

## Índice de Quadros

|   |    |
|---|----|
| Artigo 1  |    |
| Tabela 1 – Número de nascidos-vivos de adolescentes por cada 1000 mulheres nos países da UE no ano 2011.....  | 4  |
| Tabela 2 – Programas de Educação Parental para Mães Adolescentes .....  | 38 |
| Artigo 2  |    |
| Tabela 1 – Composição da Amostra.....   | 69 |
| Tabela 2 – Caracterização do grupo quanto ao Stress Maternal avaliado pela escala ISP: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo .....        | 84 |
| Tabela 3 – Caracterização do grupo quanto à Escala de Sentido de Competência Parental (ESCP): médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo ..... | 86 |
| Tabela 4 – Caracterização do grupo quanto à Satisfação com o Suporte Social avaliado  |    |

|  |    |
|--|----|
| pela escala ESSS: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo .....  | 87 |
| Tabela 5 – Caracterização do grupo quanto ao Inventário sobre o Conhecimento do<br>Desenvolvimento Infantil: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo ..... | 89 |

# **MÃES ADOLESCENTES E A SUA NOVA EXPERIÊNCIA DE VIDA**

## **RESUMO**

A qualidade do contexto familiar, as práticas parentais e as relações entre pais e crianças são determinantes para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso. São muitos os fatores que colocam em risco a criança, os progenitores e as comunidades, de entre os quais se destaca a maternidade na adolescência, associada a cerca de 11% de todos os nascimentos, segundo a WHO (2014). Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de nascimentos em mães adolescentes (Silva et al., 2011). Embora os contextos da gravidez precoce sejam bastante diversificados traduzem-se, frequentemente, numa situação de risco uma vez que implicam um duplo desafio nomeadamente o facto das adolescentes ainda estarem, elas mesmas, em processo de desenvolvimento e terem que, simultaneamente, dar resposta às necessidades de outro ser também em desenvolvimento, o seu filho. Diversos estudos têm demonstrado um envolvimento pouco adequado da figura materna nos cuidados e respostas prestados à criança surgindo diversos tipos de medidas de suporte parental como uma possibilidade de apoio para estas famílias. O apoio socioeducativo aos pais através de programas de intervenção parental integra recentemente as políticas sociais europeias (Abreu-Lima, Alarcão, Almeida, Brandão, Cruz, Gaspar & Santos, 2010) e será tanto mais importante quanto mais precocemente ocorrer, visto que, como se sabe, o período da primeira infância é determinante na futura arquitetura cerebral (CDC, 2015). Verificam-se muitas evidências positivas de programas de educação parental com grupos de mães adolescentes (ex.: Williams, Dumas & Edlund, 2013) nos quais se observa uma maior adequação e comportamento positivo por parte das mães, desde a relação com a criança às respostas às suas necessidades.

**Palavras-chave:** Maternidade na Adolescência, Programas de Intervenção na Maternidade, Parentalidade Positiva, Educação Parental.

## **ABSTRACT**

The quality of family background, parental practices and the relationship between parents and children are crucial for their healthy and harmonious development. There are many factors that endanger the child, the parents and communities, among which stands out motherhood in adolescence, associated with about 11% of all births, according to the WHO (2014). Portugal is among the EU countries with the highest rates of births to teenage mothers (Silva et al., 2011). Although early pregnancy contexts are very diverse, translate often at risk since that there is a double challenge the fact of adolescents still are in process of development and simultaneously respond to the needs of a child, their son, also in development. Several studies have shown an inadequate involvement of the mother figure in care given to the child, emerging different types of assistance in parent support to help families. The social-educative support of parents through parental intervention programs is part of recently European social policies (Abreu-Lima, Alarcão, Almeida Brandão, Cruz, Gaspar & Santos, 2010) and will be even more important earlier occur, since as know the period of early childhood is crucial in the future brain architecture (CDC, 2015). There are many positive evidence of parenting education programs with groups of teen mothers (eg.:Williams, Dumas & Edlund, 2013) where are observe most appropriate and positive behaviour from the mother in the relation with the child and the provide cares.

**Keywords:** Motherhood in Adolescence, Programs for Adolescent Mothers, Positive Parenting, Parental Education.

## **1. Introdução**

Na literatura, a maternidade na adolescência tem sido considerada como

uma situação de risco, quer para a mãe adolescente quer para a criança, tendo-se tornado uma preocupação por parte de

investigadores e organizações internacionais como a World Health Organization (WHO, 1986) e a Comissão Europeia (2000). Este acontecimento está associado a cerca de 11% de todos os nascimentos, segundo a WHO (2014).

A adolescente, que ainda se encontra em fase de desenvolvimento, não está preparada a nível cognitivo, emocional, social e de identidade, para conseguir realizar as tarefas que a maternidade exige. É obrigada a realizá-las antes de estar preparada para o desempenho das mesmas, resultando a necessidade de resolução de uma tarefa de uma fase posterior (maternidade) quando ainda estão por resolver tarefas relativas à fase anterior (adolescência) (Figueiredo, 2001; Soares et al., 2001).

Soares et al. (2001), Jongenelen (2004), Figueiredo, Pacheco e Magarinho (2004) e Esteves e Menandro (2005), salientam a grande diversidade nos percursos de vida de mães adolescentes e dos seus filhos, podendo surgir casos de adolescentes e filhos com um percurso desenvolvimental adaptativo e outros, com trajetos mais inadaptados. As suas repercussões dependem de alguns aspetos tais como a sua história de desenvolvimento, a idade e recursos psicológicos dos pais, o nível socioeconómico, a rede de apoio social, contexto em que surgiu a gravidez e as características do bebé (Figueiredo et al., 2004; Esteves & Menandro, 2005). Desta

forma, a adolescente ao conseguir responder de forma positiva à maternidade, pode criar uma oportunidade de desenvolvimento próprio (Matsuhani & Felice, 1991; Justo, 2000), uma vez que terá que mobilizar recursos (internos e externos) para responder às exigências da sua nova situação (Jongenelen, 1998), o que pode resultar em ganhos a nível da identidade sexual e da autonomia em relação aos seus pais (Matsuhani & Felice, 1991; Figueiredo 1997). No entanto, Figueiredo (2001) menciona que são raras as situações em que tal ocorre.

Há, portanto, que criar fatores protetores que possam filtrar os efeitos dos fatores de risco para que se observem casos de sucesso na história materna durante a adolescência, bem como no desenvolvimento dos seus filhos.

O presente trabalho tem, assim, como objetivo uma revisão da literatura sobre o fenómeno: gravidez na adolescência, pretendendo-se analisar mais especificamente aspetos como: i) os fatores que se associam à maternidade precoce; ii) o impacto desta situação na vida das mães adolescentes; e iii) os programas de intervenção parental que visam promover uma parentalidade positiva junto deste grupo alvo.

## **2. Maternidade na Adolescência: Os Números e os Fatores de Risco**

Segundo a WHO (2013), a adolescência refere-se a um período que



começa aos 10 anos e que termina quando estão completos os 19 anos. A Organização das Nações Unidas (2012) apresenta dados diferentes de outros países definindo um limite cronológico entre os 15 e os 24 anos, intervalo este utilizado maioritariamente para fins estatísticos, mas definindo-o como juventude.

A adolescência é considerada como um período de transição da infância para a vida adulta, no qual ocorrem os maiores estímulos no desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social (Eisenstein, 2005). É um período cheio de transformações que se refletem no próprio indivíduo, na sua família e na comunidade (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silveiras, 2010). Pode dizer-se que se inicia quando ocorrem as mudanças corporais e que termina quando são consolidados diversos aspetos como o crescimento e a personalidade, que possibilitam a independência financeira e integração num grupo social (Tanner, 1962). De referir, no entanto, que o conceito de adolescência tem mudado ao longo do tempo e podem coexistir diferentes modos de analisar esta etapa, dependendo dos contextos sociais. Para muitos jovens, o simples começo da puberdade – fenómeno biológico de mudanças morfológicas e fisiológicas (aparecimento da menarca com o desenvolvimento das características sexuais, maturação da mulher e do homem, entre outros) –, que ocorre

durante a adolescência, marca um momento de vulnerabilidade acrescida. No género feminino esta vulnerabilidade pode estar ainda associada, entre outros aspetos, à ocorrência de uma gravidez precoce.

É sobre esta vulnerabilidade, a gravidez precoce, considerada como uma das principais causas para a mortalidade materna e infantil e para o ciclo de problemas de saúde e pobreza (WHO, 2014), que incide este artigo. Analisando diferentes dados estatísticos pode-se verificar que este fenómeno se expressa de modo diverso nos diferentes países. A WHO (2014) apresenta dados referentes a países de baixo ou médio rendimento, nos quais cerca de 16 milhões de adolescentes, entre 15 e 19 anos, e cerca de 1 milhão, menores de 15 anos, realizam partos todos os anos. A mesma organização apresenta ainda dados da Estatística de Saúde Mundial (2014) em que a taxa média global de natalidade, entre 15 a 19 anos de idade, é de 49 por cada 1000 raparigas, variando as taxas dos países entre 1 e 299 nascimentos por cada 1000 raparigas, sendo as mais elevadas observadas na África Subsariana (WHO, 2014). Apesar dos números elevados, diversos estudos sugerem que a fecundidade na adolescência e a proporção de nascimentos de bebés de mães adolescentes tem demonstrado uma diminuição nos últimos anos (Yazaki, 2008). As Nações Unidas recolhem

Indicadores de Desenvolvimento Global podendo obter-se dados estatísticos de vários países, referentes ao número de adolescentes por cada 1000 mulheres. Comparando os Países da União Europeia (UE) (sendo que os últimos dados completos se referem ao ano de 2011), verifica-se que a Bulgária é o país com o maior número de bebés nascidos de mães

adolescentes por 1000 mulheres (42,0), tomando o primeiro lugar na UE, e o Chipre com o menor número (4,2). Portugal encontra-se em décimo segundo, com 13,3 partos em adolescentes por 1000 mulheres (Quadro 1). De verificar, no entanto, que os dados podem ter sofrido alterações, não havendo informação completa referente a anos mais próximos.

**Tabela 1:** Número de nados-vivos de adolescentes por cada 1000 mulheres nos países da UE no ano 2011

| País                                | BG   | RM   | EQ   | RU   | LT   | HG   | MT   | ET   | LN   | IR   | PL   | PT   | CR   | RC   |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Partos de AD por cada 1000 mulheres | 42,0 | 34,9 | 22,6 | 22,0 | 19,2 | 17,7 | 16,6 | 16,4 | 15,2 | 14,0 | 13,8 | 13,3 | 11,9 | 10,7 |
|                                     | GC   | EP   | FR   | BG   | AT   | AL   | FL   | LX   | IT   | SC   | ES   | PB   | DM   | CP   |
|                                     | 10   | 9,6  | 9,4  | 9,0  | 8,9  | 7,9  | 7,6  | 7,1  | 6,3  | 5,6  | 5,2  | 4,8  | 4,6  | 4,2  |

Legenda: BG – Bulgária, RM – Roménia, EQ – Eslováquia, RU – Reino Unido, LT – Letónia, HG - Hungria, ML – Malta, ET - Estónia, LN - Lituânia, IR - Irlanda, PL - Polónia, PT – Portugal. CR – Croácia, RC – Republica Checa, GC – Grécia, EP – Espanha, FR – França, BG – Bélgica, AT - Áustria, AL - Alemanha , FL – Finlândia, LX – Luxemburgo, IT – Itália, SC – Suécia, EQ – Eslovénia, PB - Países Baixos, DM – Dinamarca, CP – Chipre – informação retirada de URL: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=761&crd>.

Quanto aos dados nacionais, informações do Instituto Nacional de Estatística (2014), apresentam, num período entre 2011 e 2013, um total de 65.561.697 adolescentes (10 aos 19), dos quais 14.067.308 são do género feminino. Desse último grupo ocorreram 9.825 nascimentos, o que se traduz em 0,07% de adolescentes a conduzirem a gravidez até ao fim. É ainda possível constatar, através dos dados fornecidos pelo INE, que o número de nascimentos de filhos de mães adolescentes tem diminuído ao longo dos anos, sendo que em 2009 apresentava um total de 4.347 e em 2015 o número já haveria reduzido para quase metade, com 2.295 nascimentos. É, assim, interessante

averiguar o número total de nascimentos por ano e perceber qual a percentagem de nascimentos de bebés, filhos de mães adolescentes. Assim, pode-se verificar que no ano 2010, de um total de 101.381 nascimentos 4% correspondiam a bebés de mães adolescentes. Nos anos seguintes verificaram-se menos nascimentos, sendo que em 2011 constatou-se um total de 96.841 dos quais 3,8% de partos em adolescentes, 2012 com 89.841 e 3,7% de filhos de mães adolescentes, 2013 apresenta 82.787 – 3,5%, 2014 com 82.367 – 3% e 2015 com 85.500 – 2,7% em mães adolescentes. Com base em tal panorama numérico, quer internacional quer nacional, considera-se

importante refletir e analisar acontecimentos que poderão influenciar uma maternidade precoce, os denominados fatores de risco. Não se deve, no entanto, deixar de mencionar que o fenómeno da gravidez precoce apenas recentemente, na sociedade ocidental, se tornou uma maior preocupação, sendo considerado um problema social<sup>1</sup>. Este facto deve-se a uma mudança na forma de pensar da sociedade, que anteriormente considerava a idade em questão como a ideal para mulheres terem filhos (Heilborn, Salem & Rodhen, 2002) e agora considera o período entre a infância e a vida adulta como uma etapa de transição na qual decorre a preparação para o trabalho – vida académica – e a construção da identidade (Erikson, 1968; Coleman & Hisén, 1985), sendo que uma gravidez não planeada e desejada restringe esta etapa de transição (Dias & Teixeira, 2010). Verifica-se também um maior impacto social deste fenómeno, uma vez que, ao contrário do que acontecia anteriormente (em que a tendência era um casamento mais precoce seguido de uma gravidez), a gravidez adolescente, atualmente, resulta maioritariamente de uma atividade sexual não planeada e fora do matrimónio (Singh & Samara, 1996). Em função destes aspetos passa a ser considerada como uma situação de risco biopsicossocial,

---

<sup>1</sup> O mesmo não se verifica em sociedades menos desenvolvidas em que a fase da adolescência é breve (Traverso-Yepes & Pinheiro, 2002) e jovens grávidas não são consideradas um problema social.

traduzindo-se em consequências negativas quer para as adolescentes quer para a sociedade (Dias & Teixeira, 2010).

Merrick (1995), Grande (1997) e Coley e Chase-Lansdale (1998) defendem a ideia de que a gravidez na adolescência não se deve unicamente a um mas sim a um conjunto de fatores, que operam em diferentes contextos: indivíduo, comunidade e cultura. Jongenelen (1998), começa por analisar, na esfera individual, fatores do indivíduo que contribuem para o risco de uma gravidez precoce. A mesma autora apresenta dois tipos de fatores que podem associar-se à gravidez na adolescência: fatores biológicos e fatores psicológicos.

Relativamente aos fatores de risco biológicos, Stevens-Simon e Mc Anarney (1996) apontam a maturidade sexual - que abarca maiores alterações corporais (Tanner, 1981) e o aparecimento da primeira menarca mais precocemente que em gerações anteriores (Voydanoff & Donnelly, 1990) -, como condicionante de uma precocidade da atividade sexual, onde se verifica uma diminuição da idade bem como uma maior regularidade (Cano, Ferriani & Gomes, 2000; Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006), aumentando, assim, o período de ocorrência de uma gravidez (Henly, 1993; Stevens-Simon & Mc Anarney, 1996).

Quanto aos fatores de risco psicológicos, Holden, Nelson, Velasquez e Ritchie (1993) salientam características

personais que não favorecem o planejamento do relacionamento sexual nem o uso de contraceptivos, traduzindo-se num maior risco de engravidar, tais como a imaturidade cognitiva, as atitudes negativas em relação ao sexo e as dificuldades ao nível da personalidade.

No que se refere à imaturidade cognitiva, pode-se salientar a crença que o adolescente tem de ser imune às leis dos acontecimentos naturais (Elkind, 1970), sendo que acredita que mesmo que aconteça com os seus amigos não irá acontecer com ele (Loss & Sapiro, 2005; Santos & Caralho, 2006; Ximenes Neto, Dias, Rocha & Cunha, 2007) ou como não acontece aos seus amigos também não lhe irá acontecer (Vilella & Doreto, 2006). Tem, ainda, a crença de que se não for esse o seu desejo não engravida (Sorensen, 1973). Tal acontecimento sugere, desta forma, a falta de visão do adolescente na previsão das consequências dos seus atos e no planejamento futuro, o que se pode traduzir na tomada de decisões erradas quanto à atividade sexual e à contraceção, aspetos estes que necessitam do reconhecimento de consequências. Zabin e Hayworth (1993) defendem que as operações formais podem ainda não estar completamente dominadas, nesta fase de início de atividade sexual, conduzindo à incapacidade de previsão de consequências o que leva à não compreensão dos riscos da prática de relações sexuais sem o uso de

contraceção (Voydanoff & Donnelly, 1990). Este dado é ainda reforçado por um estudo de Holden et al. (1993) no qual comparando adolescentes grávidas e não grávidas se verifica o menor uso de métodos contraceptivos no primeiro grupo. Junta-se, ainda, à equação da imaturidade nas adolescentes grávidas, quando comparadas com não grávidas, a criação de uma imagem ou expectativa irrealista de que a função de educar e cuidar de uma criança é uma tarefa muito fácil, fator este que poderá conduzir a essa gravidez precoce (Hanson, 1990).

As atitudes negativas em relação ao sexo são também encaradas como um fator de risco (Boxer, 1992), sendo que a adolescente pode considerar um relacionamento sexual como uma prática na qual não se poderá vir a envolver e que é algo errado. Para ilustrar esta ideia, observam-se atitudes mais conservadoras em adolescentes mães quando comparadas com adolescentes não mães, uma vez que as primeiras consideram que não se vão envolver numa relação sexual e por isso não tomam as precauções necessárias de contraceção quando tal acontece (Pirog-Good, 1995). Phipps-Yonas (1980) apresentam, ainda, nos seus estudos, que quanto mais esporádico é o relacionamento sexual há maior probabilidade de ocorrência de gravidez, ao contrário de uma prática mais regular que implica um maior compromisso e envolvimento, verificando-se um maior uso

de métodos contraceptivos. A utilização deste método implica sexo premeditado, pensamento este que adolescentes com relacionamentos sexuais esporádicos não têm por não se considerarem sexualmente ativas (Soares & Campos, 1986).

Dentro deste grande grupo de fatores de risco pode-se destacar ainda a personalidade, sendo que estudos comparativos entre adolescentes grávidas e não grávidas apontam, nas primeiras, dificuldades ao nível da personalidade como identidade difusa, baixa autoestima, autoconceito e autoconfiança (Luker, 1992; McGadney, 1995), locus de controlo externo (Morgan, Chapan & Fisher, 1995), impulsividade (Brooks-Gun & Fustenberg, 1989) e estratégias menos adequadas na resolução de problemas (Passino, Whitman, Thomas, Borkowski & Schellenbach, 1993). Investigações de Maskey (1991) e Zoccodillo e Rogers (1991) revelam também que adolescentes grávidas apresentam um número elevado de problemas psicopatológicos. Contrapondo esta ideia, Landy, Schubert, Clealand, Clark e Montgomery (1983) referem que ao ser controlado o contexto de existência dos sujeitos, não surgem evidências consistentes de que determinada característica da personalidade possa ser um indicador de surgimento de uma gravidez precoce ou de distinção de adolescentes grávidas e não grávidas.

Alguns autores (Wellings, Wadsworth, Johnson & Field, 1996), referem contudo que o principal fator explicativo da gravidez na adolescência é a falta de conhecimento sobre a sexualidade. Num estudo de Kirby et al. (1994), que avaliou o efeito dos programas de educação sexual verificou-se a redução de comportamentos sexuais de risco, da frequência das relações sexuais, do número de parceiros sexuais e o aumento do uso de preservativos ou outros contraceptivos. Neste seguimento, alguns autores referem, contudo, que o não uso de métodos contraceptivos parece não estar ligado a falta de informação sobre a necessidade de os utilizar e sobre o que permitem evitar (Dias & Gomes, 2000; Guimarães & Witter, 2007), mas sim a uma falta de conhecimento para implementação de um comportamento contraceptivo adequado (Gomes, Costa, Sobrinho, Santos & Bacelar, 2002; Silva, Bomfim, Cardozo, Franco & Marques, 2007; Sousa & Gomes, 2009). Contudo, apesar deste conhecimento efetivo e acesso aos métodos contraceptivos pode ocorrer uma ambivalência quanto ao seu uso, uma vez que a sua utilização já implica o expressar da sexualidade que, tal como referido anteriormente, por vezes os adolescentes não reconhecem (Dias & Teixeira, 2010).

Alguns autores incluem, ainda, como fator de risco para uma gravidez precoce, as circunstâncias da história de vida do indivíduo, como o abuso sexual, a

institucionalização, a baixa realização acadêmica, o abandono escolar ou a falta de ocupação. Relativamente ao primeiro ponto - o abuso sexual - estudos revelam um maior número de grávidas adolescentes que referem ter sido abusadas sexualmente (Parker, McFarlane, Soeken & Torres, 1993), sendo que a ocorrência dessa experiência na trajetória desenvolvimental é um fator de risco para a ocorrência da gravidez neste grupo etário (Michael, 1994). Quanto à institucionalização, verifica-se que um número elevado de raparigas acolhidas durante a infância engravida na adolescência, sendo de extrema importância modelos de identificação para as adolescentes (Botting, Rosato & Wood, 1998). Por último, a baixa realização acadêmica e o abandono escolar encontram-se presente, segundo diversos estudos que comparam adolescentes grávidas e não grávidas, num número significativamente mais elevado de adolescentes grávidas (Moore & Snyder, 1991; Holden et al., 1993; Kiernan, 1995) o que se poderá traduzir numa falta de ocupação como um risco de influência à gravidez adolescente (Bynner & Parsons, 1999).

Por último, neste quadro é também assinalado, como condicionador, o contexto de origem do indivíduo, na qual se incluiu a família (contexto mais imediato de interação), em que circunstâncias como: falta de estrutura, de coesão, de

apoio, de comunicação e/ou instabilidade familiar, ocorrência de violência, maus-tratos e negligências, ausência de um dos progenitores, falta ou excesso de supervisão parental e ocorrência de gravidez precoce num membro da família (mãe ou irmã), podem conduzir a gravidez precoce quando comparados grupos de adolescentes grávidas com não grávidas (Barnett, Papini & Gbur, 1991; Holden et al., 1993; Zabin & Hayworth, 1993; Kiernan, 1995; Ravert & Martin, 1997; Lourenço, 1998). Kiernan (1995), acrescenta outros fatores, através de um estudo realizado no Reino Unido, onde verifica que adolescentes que experienciam problemas emocionais e adversidades económicas na família entre os 7 e 16 anos potenciam em 56% a probabilidade de uma gravidez precoce.

Apoiando a ideia das diversidades económicas como potenciador de gravidez na adolescência (Barnett et al., 1991; Chasle-Lansdale & Brooks-Gunn, 1994; Botting et al., 1998), verificam que há um maior número de casos de gravidez precoce em condições sociais e económicas mais desfavoráveis, salientando um risco aumentado nestas populações, apesar de não descredibilizarem a ideia de que a gravidez na adolescência possa ocorrer em qualquer estrato social/económico. Assim, o baixo nível socioeconómico é um dos fatores mais determinantes de previsão de gravidez na adolescência, sendo que se

associa a um início precoce de atividade sexual e uso menos regular ou mais tardio de contraceção (Morgan et al., 1995; Stevens-Simon & Mc Anarney, 1996).

Souza, Rios, Cavalcanti, Williams e Aiello (2007) referem, no entanto, a existência de diferenças significativas nos extremos das classes socioeconómicas após a gravidez, sendo que famílias com um estatuto socioeconómico mais baixo esperam que os seus filhos se tornem autónomos criando uma família à parte, enquanto que, como apresentam Heilborn et al. (2002), famílias com um estatuto socioeconómico elevado tentam que os seus filhos prossigam o seu processo de amadurecimento, continuando a sua formação e a sua vida social. De salientar, contudo, que em ambas as classes as famílias pretendem que a responsabilidade parental seja atribuída aos jovens pais (Brandão, 2004; Gravena & Williams, 2004).

Após análise dos fatores que podem conduzir à gravidez na adolescência, há que referir que na grande maioria dos casos, é uma gravidez não planeada, completando a ideia da causa da falta de informação e até mesmo a uma desvantagem socioeconómica do contexto em que a adolescente vive (Monteiro, Cunha & Reis, 1994; Monteiro, Fagim, Paiva & Cunha, 1998; Harris, 1998). De mencionar, ainda, que as mães adolescentes tendem a apresentar um maior número de filhos, sendo que, no

caso da primeira gravidez ser indesejada e não planeada a probabilidade das seguintes seguirem o mesmo padrão é muito elevada (Berlofi, Alkmin, Barbieri, Guazzelli & Araújo, 2006). Apesar do que estes autores defendem, surgem também recentemente pesquisas que refutam esta ideia, salientando que muitas vezes uma gravidez embora precoce pode ser desejada pelas adolescentes (Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008), sendo considerada como uma hipótese de novo estatuto de identidade e também de reconhecimento materno (Dias & Teixeira, 2010). Estudos desenvolvidos na Alemanha e na Holanda revelam que a maioria das mães adolescentes deseja o seu filho, tendo a gravidez uma função e significado na vida da adolescente e do seu projeto de vida (Luker, 1992). A maternidade na adolescência pode ser vista como uma alternativa viável para lidar com os problemas e situações mais desfavoráveis no contexto afetivo e socioeconómico (Daddorin, 2003; Belo & Silva, 2004; Oliveira, 2005; Carvalho, Merighi & Jesus, 2009; Dias & Teixeira, 2010). Causby, Nixon e Bright (1991) e Osofsky (1997), referem, ainda, que a gravidez pode ser uma forma de preenchimento de um vazio que poderá conduzir a um aumento da autoestima da jovem ou, até mesmo, resolver questões da identidade feminina.

Conclui-se, assim, que dependendo do contexto social em que a adolescente

está incluída, o significado da gravidez, bem como o impacto dessa experiência no seu desenvolvimento, apresentará contornos muito diversificados. Será interessante, em seguida, explorar esta questão da experiência de desenvolvimento deste grupo de gravidez precoce, percebendo como esta ocorre na mãe, mas também como influencia a criança.

### **3. Maternidade na Adolescência: Assimilação do Novo Papel e de uma Nova Experiência de Vida**

As realidades que se podem observar na maternidade precoce são variadas, sendo os fatores que condicionam a mesma, as histórias de vida e os resultados dessa experiência diversificados. Neste sentido, para uma melhor percepção desta experiência, há que perceber a essência deste papel, a maternidade.

Otálora, Martínez e Lomelli (1997) referem que podem haver diferentes interpretações deste conceito, bem como cada indivíduo poderá assumi-lo de diferente forma. Segundo Spieker e Booth (1988), a maternidade engloba a gestação, parto, puerpério e criação do filho. Mães pela primeira vez, independentemente da idade, experimentam a transição para a parentalidade como uma grande mudança na sua vida, bem como um momento emocionante mas ao mesmo tempo stressante (Mercer, 1986; Valentine, 1982).

Verificam-se várias mudanças e ajustes na mulher a nível físico, mas o ponto fundamental é o assumir de um novo papel social: o ser mãe. Neste sentido, Abreu-Lima et al., (2010) apresentam o ser pai ou mãe como uma função sujeita a um escrutínio permanente, interno e externo.

Revendo a literatura sobre a maternidade, pode-se constatar que são várias as fases pelas quais as mulheres passam durante este período. Colman e Colman (1994) apresentam etapas ou tarefas pelas quais é necessário passar, uma vez que consideram a gravidez como um período de desenvolvimento com obrigatoriedade de resolução de tarefas específicas:

1) Aceitação da gravidez: reconhecer a gravidez e aceitar a realidade com todas as mudanças que esta acarreta, de forma a lidar com as tarefas subsequentes;

2) Aceitação da realidade do feto: aceitar o feto como entidade física e psicológica distinta que se prepara para o funcionamento em separado. Esta etapa divide-se em dois degraus: inicialmente a relação com o bebé estabelece-se num plano fantasiado em que o bebé faz parte da mãe, ou seja, gravidez e bebé são vistos como uma unidade (Gloger-Trippelt, 1991); posteriormente a mãe começa gradualmente a perceber a autonomia do feto através dos movimentos que este realiza, tornando-o mais realista (Figueiredo, 1997) e possibilitando uma



maternidade verdadeiramente sentida (Field & Widmayer, 1984). Verifica-se, assim, uma procura de sintonia entre a mãe e o comportamento do feto que ilustra as futuras interações diádicas (Lopes dos Santos, 1990; Colman & Colman, 1994);

3) Reavaliação da relação com os seus pais: o bebé começa a ser real e conceptualizado, o que conduz a uma reavaliação e recapitulação da relação da mulher grávida com os seus próprios pais na procura de um novo equilíbrio (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 1997);

4) Reavaliar o relacionamento com o companheiro: lidar com as reformulações relacionais com o companheiro, uma vez que a maternidade implica a passagem da unidade casal à unidade família, formando-se uma aliança parental que engloba a comunicação das questões e partilha de experiências e decisões de âmbito parental;

5) Aceitação do bebé como pessoa separada: a mãe terá de se distanciar da gravidez para aceitar o bebé como um indivíduo distinto com necessidades próprias e específicas;

6) Integração da identidade parental: assimilação de um novo papel como parte positiva de si própria em termos da identidade individual.

Após apresentação de um panorama dito normalizado da maternidade, há que perceber, no entanto, que a gravidez na adolescência guia-se por padrões não normalizados, pelo que se

uma adolescente não vivencia a transição da mesma forma que uma mulher adulta, em que à partida a gravidez é planeada e as condições de vida são diferenciadas. Revendo as tarefas da gravidez acima mencionadas, verificam-se alguns entraves no caso das mães adolescentes logo na primeira tarefa, a aceitação do bebé e da gravidez. Verifica-se, em determinadas adolescentes, um momento confuso que inclui sentimentos contraditórios em relação à sua gravidez (Schiro & Koller, 2011), podendo observar-se situações de alegria e felicidade, mas ao mesmo tempo angústia, medo da reação da família e dos pares e questionamento da sua situação futura e dos projetos pensados (Canavarró & Pereira, 2001; Moore & Brooks-Gunn, 2002). Com isto poderá seguir-se uma aceitação do bebé e da gravidez ou, como apresentam Agostini (1988) e Tiba (1992), um conflito por parte de algumas adolescentes quando recebem a notícia da gravidez que nunca conseguem ultrapassar, vivenciando tal situação como um castigo. Há adolescentes que consideram ou chegam a levar a cabo o aborto, traduzindo-se na necessidade de amadurecimento e mudança de comportamento ou voltar ao quotidiano para uma nova vida apoiada pelos familiares (Vieira, Goldberg, Saes & Dória, 2010). Pode-se, contudo, também verificar, como já mencionado, que cada vez mais a gravidez pode ser desejada (Leandowki, Piccini & Lopes, 2008). É visto, assim,

como um evento previsível facilitando a tarefa de aceitação que mais depressa é atingida, colmatando as carências emocionais das mães adolescentes (Falcão & Salomão, 2006; Reis & Oliveira-Monteiro, 2007) e permitindo um acesso a um novo estatuto de identidade e reconhecimento (Dias & Teixeira, 2010).

Quanto à preparação de novas relações com a família, pode-se constatar também uma tarefa com pontos frágeis, uma vez que, na vivência familiar anterior à gravidez na adolescência, podem estar presentes diversos aspetos que marcam a relação como negativa. Tal imagem pode verificar-se numa investigação de Falcão e Salmão (2006) em que as relações familiares desfavoráveis anteriores à gravidez têm um maior destaque. Neste ponto pode-se salientar a ausência, a negligência e a falta de interesse dos progenitores para com a adolescente (Falcão & Salmão, 2006), assim como as brigas familiares constantes que, em alguns casos, evoluem para violência doméstica ou maus tratos por parte dos progenitores aos seus filhos (Taquete, 1992). Estas situações traduzem-se numa carência afetiva por parte das adolescentes que não veem satisfeita a necessidade de atenção e de proteção, sendo o bebé considerado como uma salvação onde receberão amor e nunca sofrerão abandono (Falcão & Salomão, 2006). Outro aspeto que revela a relação complicada que pode existir entre os pais e

a adolescente é o facto da gravidez ocorrer pela necessidade dos adolescentes contrariarem, desafiarem ou se vingarem dos pais (Correia & Alves, 1990). Neste sentido, uma relação que já demonstra ser pouco estável e sustentada pode ser mais perturbada ao ocorrer uma gravidez precoce.

Mesmo as famílias que demonstram uma relação mais estável e favorável, ao descobrirem a gravidez da adolescente, podem mostrar reações que condicionam essa relação. Lagôa (1991) defende que a reação dos pais difere de acordo com as classes sociais. No entanto, algumas questões mantêm-se iguais como a ideia inicial da adolescente ter de levar a cabo o aborto, verificando-se a diferença apenas nos familiares envolvidos, sendo que em classes sociais de nível socioeconómico alto o assunto da gravidez se restringe maioritariamente à mãe e à filha (Lagôa, 1991), enquanto que em classes mais desfavorecidas se verifica uma questão de maior amplitude familiar com mais elementos envolvidos no debate e discussão. Esta última classe demonstra também mais manifestações de sentimentos, como a vergonha, sendo a solução para o problema o referido aborto ou a rejeição da filha e do futuro neto (Falcão & Salmão, 2006). Em contraste a esta vergonha, também em classes mais desfavorecidas, algumas relações podem não sofrer alterações adversas, uma vez que, por existirem antecedentes familiares,

com gravidezes precoces, é visto como uma situação natural do contexto familiar, sendo mais fácil e melhor aceite.

Na investigação de Falcão e Salmão (2006) verifica-se, no entanto, que dos pais da adolescente parece ser a mãe quem dá maior apoio, sendo que, após o choque inicial, retoma os relacionamentos familiares mais favoráveis reatando a união. Os autores na sua investigação salientam, assim, uma redução de relações desfavoráveis na família após o nascimento do bebé. Tal situação pode dever-se a vários fatores como uma procura, por parte das adolescentes, do apoio das mães de forma a aprenderem sobre os cuidados a dar aos seus filhos (Prado, 1996), ou a necessidade das mães ajudarem as suas filhas adolescentes quer por quererem apenas ajudar a passar as dificuldades, quer por se sentirem culpadas pelo sucedido, considerando que não forneceram todas as informações necessárias para que a filha não passasse por tal situação, ou quer por já terem passado por essa situação (Fonseca, 2000).

Analisando agora a relação com o parceiro, que pode ser igualmente adolescente ou adulto, as realidades podem também ser variadas, uma vez que a gravidez pode ter sido desejada por ambos, apenas pela adolescente ou mesmo não planeada. Assim, pode ocorrer uma resposta positiva do parceiro, podendo fortalecer a relação, ou uma

resposta negativa, que pode levar ao fim da mesma (Schiro & Koller, 2011). Nas reações negativas que dificultam o relacionamento do casal pode-se assinalar o facto do companheiro culpabilizar a namorada pelo sucedido, considerando que a responsabilidade de prevenção seria da companheira (Trindade & Menandro, 2002) e, por isso, verifica-se um afastamento e um não assumir de responsabilidades. Também o facto do companheiro não desejar o filho pode criar situações de violência entre o casal, situações estas também ilustradas pelo estudo de Falcão e Salmão (2006) em que mães adolescentes de condições económicas menos favorecidas apontaram agressões por parte dos companheiros quando estiveram grávidas. Segundo Trindade e Menandro (2002), no que se refere aos pais adolescentes, podem ainda demonstrar sentimentos negativos de revolta, medo e vergonha. Podem sentir um despreparo para lidar com a nova situação em que são colocados. Os mesmos autores verificaram, ainda, que, na paternidade inesperada e espontânea, os pais sentem que são privados de oportunidades de vivenciar etapas que consideram cruciais para o seu desenvolvimento. De acordo com os testemunhos do estudo verifica-se, ainda, que para alguns dos jovens pais o processo de aquisição do papel parental é lento e difícil e em alguns casos acaba mesmo por não haver essa construção.

Numa investigação de Schiro e Koller (2011) surge um dado interessante que evidencia que as atitudes dos parceiros poderão modificar-se entre países, sendo que verificaram em Portugal uma tendência para um afastamento por parte do companheiro e no Brasil a vontade de realizar uma vida em conjunto. O estudo questiona se tal facto não se deve à forma como os países vêem a etapa da adolescência, sendo que em Portugal se verifica uma liberdade individual onde ocorre uma sobreposição da autonomia perante o compromisso, não sendo a adolescência marcada como uma fase de responsabilidades (Arnett, 2007), ao contrário do Brasil que vê a passagem para a idade adulta como o assumir de responsabilidades e a construção de uma família (Galambos & Martínez, 2007).

Apesar das várias atitudes dos parceiros, investigações demonstram que muitos dos casais onde ocorre a gravidez adolescente se encontram juntos há mais de um ano (Coleman & Cáster 2006; Gravad, 2006; Abeche, Murmann & Capp, 2007; Manning, Flanigan, Giordano & Longmore, 2009; Pires et al., 2013) não surgindo as mesmas, ao contrário do que se possa pensar, de relações pouco duradouras ou momentâneas sem relações estabelecidas. Contudo, apesar de duradouras não significa que as relações sejam afetivamente estáveis (Lourenço, 1998). Pode-se verificar uma relação direta entre a instabilidade da relação e a idade

dos intervenientes, sendo que quanto mais jovem é o casal mais instável pode ser a relação o que se traduz no seu fim com a descoberta da gravidez (Godinho, Schelp, Parada & Bertoncello, 2000). Com esta instabilidade da relação, poderá ocorrer, por vezes, uma gravidez com o objetivo de salvar a relação e manter o companheiro por perto (Silva & Salmão, 2003).

Verificam-se, assim, diferentes reações por parte dos familiares e dos companheiros das adolescentes grávidas, no entanto, a juntar à panóplia de relações negativas, poderá ocorrer a realidade destes dois grupos de apoio entrarem também em conflito entre si (Falcão & Salmão, 2006). Estas reações negativas, que surgem dos familiares e do companheiro, são mais vivenciadas com adolescentes de menor idade e sem união consensual (Sabroza, Leal, Gama & Costa, 2004).

No que se refere à etapa da aceitação do bebé como pessoa separada, não é tarefa fácil, uma vez que, tal como é demonstrado por estudos, as adolescentes não se encontram cognitivamente preparadas já que passam por uma fase de egocentrismo. Desta forma, mães adolescentes não conseguem fazer a separação e distinção entre si e o seu bebé, pessoas individuais com necessidades próprias e diferentes umas das outras (Elkind, 1970; Hanson, 1990), já que as necessidades que prevalecem são as suas próprias, demonstrando

dificuldades na interpretação das necessidades dos filhos e pouco conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento da criança (Bromwich, 1997; Cunha, Nunes & Nogueira, 1999).

Para a última etapa da maternidade, a integração da identidade parental com a assimilação do novo papel, o ser mãe, como parte positiva de si própria, vê-se a necessidade de detalhar diversos aspetos, uma vez que se trata de uma etapa fundamental para o exercer de parentalidade positiva. Salienta-se que apesar do destaque a esta etapa da maternidade, todas as outras vão influenciar de acordo com o seu desenvolvimento, de forma positiva ou negativa, a identidade parental.

No âmbito desta análise é fundamental explorar uma das características das mães, de maior relevo no tema em estudo, a sua idade. É evidente que, devido à idade precoce que apresentam, a nova experiência de vida faz com que se encontrem perante uma dupla crise de desenvolvimento (Raver & Martins, 1997), sendo que terão de servir as exigências no novo papel da maternidade ao mesmo tempo que superam as tarefas desenvolvimentais normais da adolescência (Jongenelen, 1998; Figueiredo, 2001). Havinghurst (1972) refere alguns pontos pelos quais esta faixa etária deve passar que, no entanto, tal como as tarefas da maternidade, surgem também num

registos não normalizado. Veja-se, por exemplo, o caso do ponto da aceitação das mudanças corporais e utilização adequada do mesmo. A gravidez ao surgir na adolescência pode tornar-se um processo difícil, visto que além das modificações corporais normais da adolescência que o individuo tem de gerir surgem ainda as novas modificações corporais devido à gravidez (Figueiredo, 2001). No estabelecimento de relações das adolescentes com os pares, que nesta etapa ganham um maior relevo sendo elementos significativos do universo relacional do adolescente, surgem também alterações quando ocorre a gravidez, visto verificar-se um isolamento da adolescente (Wakschlag & Hans, 2000; Figueiredo, 2001) que substitui esse universo relacional dos pares pelo familiar. Esta situação pode tornar-se problemática por não proporcionar o contexto necessário para o desenvolvimento das relações e competências interpessoais na adolescente. Havinghurst (1972) aponta ainda a independência e autonomia afetiva como um ponto fundamental de passagem, sendo que ao ocorrer a gravidez adolescente podem verificar-se duas realidades: a precipitação de tal acontecimento ou a dificuldade da sua obtenção devido à dependência dos pais a nível financeiro e de saúde (Godinho et al., 2000; Figueiredo, 2001). Quanto à preparação profissional, aspeto que dá estabilidade futura e independência, muitas

das mães adolescentes abandonam os estudos quando ainda grávidas (Godinho et al., 2000; Silva & Tonete, 2006) pelo que, devido à baixa escolarização, as hipóteses relativas ao mercado de trabalho são menores, ficando sujeitas a baixas remunerações.

Por último, considera-se importante explorar ainda outro ponto referido por Havinghurst (1972), que é a construção da identidade. A formação da identidade prende-se com um período de reflexão entre o que o indivíduo foi no passado, do que é no presente e do que antecipa para o seu futuro (Figueiredo, 2001). Erikson (1968) e Marcia (1980), defendem que para uma resposta adequada à construção de uma identidade própria é necessário haver esta reflexão, o que normalmente ocorre na adolescência, sendo considerado como o desafio desta faixa etária.

É neste sentido que se retoma a fase da maternidade em que a mãe terá de integrar a sua nova identidade parental na sua identidade pessoal para ocorrer uma maternidade positiva (Figueiredo, 2000). No entanto, o que se verifica nas mães adolescentes é que estas ainda não se apropriaram e refletiram devidamente sobre a sua identidade pessoal, encontrando-se na busca de uma direção para a sua vida quando ocorre a gravidez, sendo necessário a jovem integrar a nova identidade que daí surge com aquela que ainda está a formar, podendo verificar-se

problemas significativos (Osofsky, Osofsky & Diamond, 1988). Deste modo, a gravidez coloca desafios adicionais à adolescente, complexificando deste modo o processo de construção da identidade (Jonengelen, 1998). Podem, então, verificar-se várias situações como: i) a construção da identidade ser dificultada ou mesmo colocada em causa (Musick, 1993; Osofsky et al., 1993); ii) a identidade parental não ser integrada na identidade pessoal (Thorman, 1985); iii) a construção da identidade não passar por um período de experimentação, considerado demasiado ameaçador para o próprio, sendo que a adolescente faz um investimento prematuro no papel parental que lhe permite garantir um certo nível de bem-estar psicológico e de compromisso com as exigências do meio (Jongenelen, 1998); ou iv) pode ainda a gravidez alertar a adolescente para as necessidades de refletir e de tomar decisões a propósito das questões de identidade e ser uma situação propícia à definição de uma identidade própria (Raeff, 1994).

Neste âmbito, a idade é um dos fatores que consistentemente tem sido associado à qualidade do ajustamento pré-natal ao papel de mãe (Osofsky et al., 1988; Figueiredo, 1997). Gottesman (1992), embora não recorrendo a uma amostra adolescente, verificou que mulheres que engravidam entre os 20 e os 24 anos exibiam, durante o terceiro trimestre de gravidez, mais dificuldades de

ajustamento ao papel maternal do que as que engravidam após os 30 anos que demonstraram mais motivação para a maternidade.

Verifica-se, assim, que mesmo nesta etapa da maternidade as adolescentes veem a tarefa dificultada e não seguem o padrão normalizado, apresentando uma variedade de situações que poderão culminar numa incorporação positiva ou negativa à identidade parental como parte de si próprias. Colman e Colman (1994) defendem que esta integração positiva com o estímulo da identidade parental está pois dependente dessa normal sequência, sendo que a resolução adequada das tarefas da gravidez possibilita uma resposta mais ajustada face às mudanças que esta acarreta, bem como permite lidar com os novos papéis e relações em transformação.

Outros autores (Grolnich, McKenzie & Wrightman, 1996) consideram importante, além da idade, explorar a história psiquiátrica, verificando a existência de problemas psicológicos (Zoccolillo, Meyer & Assister, 1997), sendo que pesquisas recentes demonstram uma grande preocupação com a temática da depressão na adolescente grávida. Esta sintomatologia depressiva pode ser resultante da falta de capacidade da mãe adolescente em conseguir assumir e lidar com a sua nova condição ou da insuficiência ou não utilização dos meios

de apoio disponibilizados (Figueiredo, 2000a). Este é um ponto fundamental, uma vez que tem sido considerado como um dos maiores problemas da maternidade na adolescência por se verificar uma menor disponibilidade da mãe para o seu filho, podendo condicionar nesse sentido o desenvolvimento quer da mãe quer da criança, verificando-se um risco acrescido para uma menor disponibilidade emocional e surgimento de outros problemas de relacionamento (Osofsky, Eberhart-Wright, Ware & Hann, 1992). Estudos de Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996) e Cooper, Murray, Hooper e West (1996), realizados em diversos países, evidenciam 10 a 15% de mulheres com depressão pós parto, no entanto, outros estudos demonstram que uma em cada duas mães adolescentes fica deprimida após o parto (Leadbeater & Linares, 1992; Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi & Rahdert, 1994), o que leva a crer que a depressão materna se assume como um problema mais grave na adolescente (Prodromidis et al., 1994), podendo comprometer o desenvolvimento socio emocional e cognitivo dos seus filhos (Osofsky & Eberhart-Wright, 1992). Contudo, apesar desta tendência, mães adolescentes sem problemas psicológicos podem demonstrar também dificuldade na relação com a sua criança, aspeto este muito importante para desenvolvimento do bem-estar socio emocional do bebé. Tal situação pode verificar-se devido ao facto

das mães adolescentes serem uma figura vinculada que agora tem de balançar com a nova aprendizagem e “tornarem-se figura de vinculação”, assumindo assim esta vinculação contornos específicos, com o cruzamento entre “ser” recetora de cuidados por parte dos pais e “vir a ser” uma figura de vinculação para o seu filho (Soares, 2001; Jongenelen, 2004).

Neste tópico considera-se, assim, importante mencionar que o estilo de vinculação de cada pessoa marca a forma como a mesma constrói e dinamiza as suas relações com os outros (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003). A relação que a mãe estabelece com o seu filho relaciona-se com a forma como viveu e analisa a sua relação passada com os seus pais (Pacheco et al., 2003) e traduz-se na qualidade dos cuidados que proporciona ao filho. Com o panorama já apresentado no presente trabalho do contexto familiar das adolescentes pode-se verificar que, em muitos casos, estas carecerem de uma relação afetiva, o que se poderá traduzir muitas vezes na pouca vinculação que estabelecem também com os seus filhos. Numa investigação de Jongenelen, Soares, Grossmann e Martins (2006), com mães adolescentes de nível socioeconómico baixo, os resultados mostraram que mais de metade das mães adolescentes apresentou uma organização de vinculação insegura. No entanto, ao contrário do esperado, observaram-se bebés com uma vinculação segura. Tais

resultados não combinam com a ideia de uma concordância intergeracional com mães que apresentam uma vinculação insegura se associam a filhos também inseguros (van IJzendoorn, 1992; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999), podendo tal dever-se ao apoio de um cuidador externo, para além da mãe, facilitador da vinculação (Jongenelen, Soares, Grossmann & Martins, 2006), não sendo possível considerar uma concordância absoluta. Verifica-se ainda no estudo mães seguras com filhos inseguros, pelo que se poderá questionar se, ao longo do período da gravidez e maternidade, a vinculação das mães poderá ter sofrido alterações, uma vez que as mesmas estão ainda, também, a trabalhar os vínculos com os seus próprios pais e com a sua nova condição.

Outras investigações sobre esta temática apresentam, contudo, panoramas diversificados como uma maior percentagem de mães adolescentes seguras, no caso de classes socioeconómicas médias ou elevadas (Soares, 1996), e como maior percentagem de bebés com vinculação inseguras, em amostras consideradas de risco (van IJzendoorn, 1992; Weinfield et al., 1999). Poderá concluir-se, assim, que este processo é condicionado pelo nível socioeconómico e o contexto em que a adolescente e criança se encontram.

Outros estudos revelam que não apenas as mães adolescentes em período



depressivo, mas também aquelas psicologicamente equilibradas mas com baixo nível de escolaridade podem manifestar problemas. Segundo Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho e Barreto (2005) a escolaridade encontra-se associada positivamente à qualidade de estimulação recebida pela criança e assim o seu desenvolvimento cognitivo, pelo que o abandono escolar e a apresentação de falta de informação poderá, tal como a indisponibilidade para interagir e estimular a criança quando ocorre depressão, colocar em causa esse desenvolvimento.

Vê-se, assim, a necessidade de apresentar estudos comparativos das condutas de mães adultas e mães adolescentes. Estes referem que as mães adolescentes se mostram menos sensíveis e responsivas com o bebé no período pós-parto e mostram um estilo parental mais autoritário (Ragozin, Basham, Crnic, Greenburg & Robinson, 1982; Roosa, Fitzgerald & Carlson, 1982; Osofsky, Hann & Peebles, 1993). Whiteside-Mansell, Pope e Bradley (1996) referem que, embora resultados diversos, há uma evidência que as mães jovens interagem de forma diferente com os seus filhos e que têm uma competência parental menor em alguns aspetos. É ainda demonstrado que as mães jovens estimulam menos as suas crianças apresentando uma menor estimulação física que inclui menor contacto visual, sorrisos e interações

verbais (Helm, Comfort, Bailey & Simmeonson, 1990; Culp, Culp, Osofsky & Osofsky, 1991; Barratt & Roach, 1995). Verifica-se, ainda, que aceitam menos o comportamento dos seus filhos o que as leva a puni-los mais (Reis & Herz, 1987; Reis, 1988; Barrat & Roach, 1995). Podem apresentar, ainda, comportamentos mais intrusivos, que resultam de um reduzido conhecimento acerca do desenvolvimento da criança (Granger, 1981; Jarrett, 1982; Roosa, 1983; Vukelich & Kliman, 1985; Gullo, 1987). Neste sentido, os resultados de vários estudos, como vimos, mostraram a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de mães na medida em que as adolescentes revelavam maior dificuldade na integração do papel parental, comparativamente às mães adultas. Também um estudo de Thorman (1985), apenas com um grupo de mães adolescentes, revelou que as adolescentes que desejaram o bebé demonstraram atitudes maternas mais positivas, as adolescentes mais velhas demonstraram atitudes mais facilitadoras em relação à dimensão do controlo do comportamento da criança e as adolescentes que não abandonavam os estudos como consequência da gravidez, demonstravam ser as que sentiam uma maior competência quanto à capacidade de prestar cuidados parentais.

Ainda no que se refere às características das mães é importante considerar a autoestima, autoconceito,

locus de controlo e competências de *coping* como influenciadores de uma adaptação mais ou menos positiva à maternidade. Contudo, como anteriormente referido, são precisamente dificuldades nestes aspetos que as grávidas e mães adolescentes apresentam e que conduz ao aparecimento de uma gravidez precoce. Desta forma, apesar de influenciadores positivos da adaptação à maternidade, na gravidez adolescente são também fatores de risco para o aparecimento da mesma. Salieta-se que as investigações têm mostrado muitas incongruências, no que diz respeito ao nível de autoestima, existindo estudos que referem haver diferenças significativas, por exemplo, entre mães adolescentes e entre mães adultas ou adolescentes não grávidas, enquanto outros referem não haver qualquer diferença. No entanto, Samuels, Stockdale e Crase (1994), comparando mães adolescentes verificam que aquelas que apresentam níveis mais elevados de autoestima se adaptam mais à gravidez. Relativamente ao autoconceito, McGadney (1995) verificou que as adolescentes grávidas tinham um autoconceito negativo comparadas com as não grávidas, o que indica o desajustamento emocional das grávidas que manifestavam baixa autoestima, sentimentos defensivos e instabilidade (Zongker, 1977). Na dimensão locus de controlo, como já mencionado, as adolescentes grávidas demonstram um

menor controlo dos acontecimentos (Ireson, 1984; McIntyre, Saudangas, Richard & Howard, 1991). Por fim, no que se refere às competências de resolução de problemas ou estratégias de *coping*, verifica-se a utilização de estratégias mais evitantes e passivas por parte das grávidas adolescentes (Codega, Pasley, Kay & Kreutzer, 1990) e pouco uso de *coping* ativo para lidar com o stress (DeAnda, Darroch, Davinson & Gilly, 1992).

Como último ponto a explorar, e que é mencionado também por Grolnich et al. (1996), é importante analisar as características das crianças como, por exemplo, o temperamento, as competências sociais à nascença, a prematuridade, apresentação de atrasos desenvolvimentais ou deficiências, sendo de refletir que não são apenas as dificuldades pessoais da mãe a ter em conta mas é também fundamental ter em atenção a criança. Veja-se, por exemplo, o caso de mães adolescentes serem especialmente negligentes ou hostis quando os seus filhos demonstram um temperamento difícil ou reativo (Bigras & Paquette, 2007).

Em suma, esta nova experiência de vida, de gravidez na adolescência, não poderá ser vista como uma experiência com um desenvolvimento normalizado, uma vez que quer o processo normativo das adolescentes, quer o processo normativo da maternidade são colocados em causa, sendo as tarefas destas fases

adiadas ou transformadas. Vê-se esta vivência da adolescente como uma experiência diferenciada no período de gravidez e maternidade quando comparadas com mulheres adultas, uma vez que estas já cumpriram e integraram as suas tarefas desenvolvimentais da fase da adolescência ao contrário das primeiras que se encontram a experienciar esse momento. Este facto poderá sem dúvida ser muito adverso para o desenvolvimento da mãe adolescente que de acordo com as condições que se proporcionam de forma positiva ou negativa vão, por sua vez também influenciar o desenvolvimento do seu filho. É necessário, desta forma, estratégias que proporcionem um apoio específico às grávidas e mães adolescentes, bem como aos seus filhos, que se encontrem em situação de risco.

#### **4. Maternidade na Adolescência: Os Avanços do Estado no Apoio à Parentalidade**

A parentalidade, quer na adolescência quer na idade adulta, estabelece a condição de que os pais têm o papel de cuidar e educar os seus filhos, mesmo não estando preparados para assumir essa função (Nogueira, Rodrigues & Altafim, 2013).

A sua função passa por realizarem práticas parentais - estratégias utilizadas para educar, socializar e controlar o comportamento da criança as quais são fundamentais para o seu desenvolvimento

e aquisição de repertórios comportamentais adequados culturalmente – podendo as mesmas dividirem-se em dois grupos: as práticas positivas e as práticas negativas que se traduzem, respetivamente, em mecanismos de defesa ou de risco (Gomide, 2006).

No primeiro grupo podem ser incluídos: a) a monitorização positiva, em que o adulto acompanha e visualiza o filho nas suas atividades; b) o comportamento moral, em que o adulto transmite à criança os valores culturalmente aceites (ex.: justiça e responsabilidade). No segundo grupo incluem-se: a) a negligência, em que se verifica uma ausência de afeto e atenção para com a criança; b) o abuso físico e psicológico, com o uso de castigos físicos, de chantagens e ameaças; c) a falta de disciplina; d) as punições inconsistentes, que dependem do humor do adulto; e) monitorização negativa, que compreende o excesso de regras, o que resulta num incumprimento das mesmas, traduzindo-se num ambiente hostil (Gomide, 2006).

Estas práticas revelam-se de extrema importância para a criança, uma vez que a infância corresponde a um período sensível durante o qual a parentalidade é crucial para a garantia do seu bem-estar e desenvolvimento saudável (Shonkoff & Phillips, 2000; National Scientific Council on the Developing Child, 2007; CDC, 2010). Uma parentalidade inadequada pode ter efeitos graves, e de

longa duração, para a saúde e o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança (Bornstein, 1995; Combs-Orme, Wilson, Caine, Page & Kirby, 2003). Ilustrando esta ideia, e no âmbito dos problemas comportamentais, acredita-se que para além de estarem relacionados com o temperamento da criança associam-se às práticas parentais (Perrin & Kagan, 1999). Guralnick (2006) defende, ainda, que o que as crianças alcançam em termos de desenvolvimento depende dos padrões de interações familiares nos quais se incluem as qualidades das interações entre progenitor e criança, as vivências que a família proporciona à criança e as necessidades básicas que são satisfeitas como segurança e saúde.

Combs-Orme et al. (2003) apresentam algumas questões base na vida dos indivíduos que condicionam a forma como exercem a parentalidade, apontando assim:

- i) os fatores culturais, como modeladores do comportamento dos pais, nas respostas às necessidades básicas da criança, os quais podem ser positivos ou negativos consoante os valores sociais vigentes;
- ii) a variabilidade das capacidades pessoais e materiais, bem como a motivação dos pais para dar resposta às necessidades do bebé;

iii) outras pessoas significativas na vida da criança, com um papel importante nos cuidados da mesma.

iv) a sociedade e a comunidade como responsáveis pela criança, podendo observar-se a construção de barreiras à educação eficaz ou a ajuda no remediar de dificuldades parentais.

v) as características e comportamentos infantis (ex.: temperamento, comportamento ou problemas fisiológicos) como influenciadores das ações dos pais;

vi) a tentativa e a vontade da maioria dos pais de educarem os seus filhos em consciência.

Verificam-se, desta forma, diversidades em cada indivíduo e família de acordo com os estilos, atitudes e crenças parentais, influenciando claramente a interação com a criança (Miller, 1988; Hoff-Ginsberg & Tardif, 1995; Baumrind, 1996).

Aborda-se a parentalidade e as questões que a condicionam, mas em que consistirá a parentalidade? Segundo Bradley e Caldwell (1995), parentalidade assenta na regulação do comportamento e desenvolvimento, com o objetivo de permitir à criança sobreviver, adaptar-se ao ambiente e perseguir os seus objetivos. Combs-Orme et al. (2003) baseiam-se na definição de práticas parentais de Darling e Steinberg (1993), sendo que estas

consistem em comportamentos específicos através dos quais os pais desempenham as suas tarefas parentais. No entanto, Bornstein (1995) e Dix (1991) defendem que estas tarefas devem-se diversificar de acordo com a idade, nível de desenvolvimento e circunstâncias dos filhos.

É neste âmbito, do desempenho das tarefas parentais, que os mesmos autores referem como capacidades fundamentais para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança, as seguintes:

i) sensibilidade e responsividade – de forma a satisfazer as necessidades da criança, os pais devem perceber e interpretar corretamente essas necessidades, seja pelo contexto situacional (ex.: período de tempo desde a última alimentação) ou da compreensão de um sinal (ex.: diferenciar choro de fome do de desconforto) e responder de forma correta a esse pedido;

ii) sustento – os pais têm de prever a "integridade biológica" ou sobrevivência e crescimento dos seus filhos, uma vez que as crianças são totalmente dependentes de outras pessoas para todas as suas necessidades básicas, incluindo alimentação, vestuário, higiene e abrigo;

iii) supervisão e segurança – os pais devem utilizar vários mecanismos de monitorização das atividades da criança, de forma a verificar circunstâncias que

precisem de ser alteradas para proteger e melhorar a saúde e o desenvolvimento;

iv) estimulação – os pais devem prestar atenção e fornecer informação, possibilitando o desenvolvimento cognitivo, motor e social.

v) suporte e afeto – os pais prestam cuidados à criança dando resposta às necessidades sociais e emocionais do bebé, através do afeto físico, comunicação verbal e não-verbal;

vi) estrutura – os pais devem ter o cuidado de proporcionar ao seu filho uma gestão do meio ambiente físico e temporal, de forma a criar uma organização e previsibilidade adequada ao seu nível de desenvolvimento e circunstâncias individuais, promovendo o processo de autorregulação e mais tarde de uma organização sequencial que permite antecipar as exigências de situações futuras.

Verifica-se, contudo, que nem todos os pais conseguem realizar as suas tarefas parentais, quer gostem ou não dos seus filhos e acabam por abdicar de forma passiva ou ativa dessa capacidade (Strecht, 1997). Assim, cuidar e educar os filhos nos primeiros anos de vida, através de práticas educativas positivas e estilo parental adequado, representa um desafio para os pais (Bornstein & Bornstein, 2007).

Direcionando os holofotes para a maternidade na adolescência, o panorama encontrado e que define este grupo aponta para padrões não normalizados de

adolescência e maternidade. As grávidas e mães adolescentes são consideradas como um grupo em risco psicossocial, uma vez que, na maioria das vezes, esta nova experiência de vida pode ocorrer em adolescentes que, anteriormente à gravidez, já demonstravam encontrarem-se em situações de risco familiar (ex.: negligência, abuso e maus-tratos, carência afetiva, abandono, família desestruturada, situação económica baixa) e risco associado às suas características individuais (ex.: menor autoestima, impulsividade, menor capacidade de resolução de problemas e identidade difusa). A estes riscos acrescem as repercussões que ocorrem depois da gravidez, nomeadamente isolamento, ausência de rede de apoio social, perda de liberdade, abandono escolar, dependência financeira, aspetos estes que poderão dificultar o seu desenvolvimento, bem como colocar em risco a sua função parental (Osofsky, 1997).

Desta forma, estas mães, que se podem considerar em risco no que respeita à função parental, condicionam os seus filhos colocando-os também em risco, uma vez que as práticas parentais a que são expostos (ex.: menor sensibilidade, inconsistência nos estilos parentais, menor consciência das etapas de desenvolvimento, menor estimulação das crianças, menor competência parental, maior stress, estilo parental mais autoritário, mais práticas punitivas e

comportamentos mais intrusivos) podem-se associar a perturbações no desenvolvimento intelectual, social e emocional dos mesmos.

No entanto, e apesar de tais adversidades, algumas jovens mães continuam a viver uma vida altamente produtiva e promotora quer do seu desenvolvimento quer do dos seus filhos (Feller, Henson, Bell, Wong & Bruner, 1983; Arenson, 1994). Contudo, infelizmente, este panorama não é habitual. Luster, Bates, Fitzgerald e Vandebelt (2000) consideram que o apoio social é um fator chave quando, apesar dos desafios, as jovens mães e os seus filhos são bem-sucedidos. Contudo, em anos anteriores era evidente uma falta de apoio às mães adolescentes, sendo que Herrmann, Van Cleve e Levison (1998) observaram diminuições significativas no apoio social a mães adolescentes quando os seus filhos tinham entre 6 e 18 meses de idade, o que no entanto se manifesta ainda na atualidade. Ilustrando esta ideia, autores como Cochran, Stewart, Ginzler e Cauce (2002), Finkelhor, Hammer e Sedlak (2002) e Thompson, Zittel-Palamara e Maccio (2004) evidenciam a indisponibilidade das famílias na sequência de uma gravidez adolescente, ao verificar-se a saída ou expulsão das jovens grávidas da sua casa, ficando, assim, sem abrigo. Tal situação implica necessariamente uma menor possibilidade de existência de pessoas de suporte, bem

como uma ameaça à satisfação das suas necessidades básicas (Dail, 1990).

Assim, as dificuldades que as adolescentes podem demonstrar na prestação de cuidados ao bebé, devido aos limitados recursos psicossociais, podem ser combatidas através de um ambiente de suporte familiar, de um parceiro ou profissional (Luster et al., 2000; Serrano, 2003; Armstrong, Birnie-Lefcovitch & Ungar, 2005). Armstrong et al. (2005) defendem o apoio social como um mecanismo protetor com a capacidade de atenuar os impactos dos fatores de risco, influenciando positivamente o bem estar familiar, a qualidade da função parental e a resiliência das crianças.

Contudo, como mencionado, nem sempre se verifica este suporte familiar ou de parceiros junto do grupo de mães adolescentes, pelo que se deve apostar num apoio profissional. Neste sentido, os Estados têm procurado criar e regulamentar medidas de apoio ao desenvolvimento de competências parentais, de forma a ajudar os pais a responderem aos desafios com que se confrontam e a proporcionar contextos de promoção de uma parentalidade positiva (Abreu-Lima et al., 2010). Esta é, no entanto, uma nova questão nas políticas sociais de vários países europeus que integraram recentemente programas de intervenção e aconselhamento na área da educação parental, nos programas de educação ou formação parental.

Estes programas diferem de outras intervenções, uma vez que no cerne da questão se encontra toda a família e não apenas a criança, sendo levadas em consideração não apenas as necessidades da criança mas sim de ambos, criança e cuidadores, articulando a satisfação de direitos e necessidades e promoção do bem estar e desenvolvimento integral ajustados à criança e à sua família (Abreu-Lima et al., 2010).

É de especial interesse apresentar, de seguida, os esforços reunidos no âmbito da proteção das crianças e jovens e de formação familiar, permitindo compreender a intervenção do Estado no combate aos maus tratos e respostas inadequadas à criança e jovem e na implementação de uma parentalidade positiva.

Observando-se o quadro nacional Português, a Constituição da República vincula o Estado Português a respeitar um conjunto de princípios universais, no seio dos quais se pode incluir a Convenção dos Direitos da Criança que aposta em recomendações, orientações e diretrizes para vários países que a assumem como uma base importante nas suas questões legislativas, respeitando as suas propostas e colocando-as em prática. Assim o Estado Português, respeitando esse quadro de normas, deve ter em consideração o interesse superior da criança, tendo no entanto, simultaneamente, que dar autonomia e capacidade à família para

assumir o seu papel e responsabilidades que decorrem da filiação (Abreu-Lima et al., 2010). Surge, assim, nestes documentos oficiais, a ideia de que a família é o núcleo base da criança na sua organização social, crescimento, bem-estar e proteção. Tal ideia é também ilustrada nos artigos 36, 37 e 69 da Constituição, que referem que aos pais compete assegurar os cuidados à criança e quando estes não são assegurados, quer a nível de proteção quer de desenvolvimento integral, a Sociedade e o Estado têm como função intervir (Bolieiro, 2010).

É neste sentido de intervenção em situações de risco, com o objetivo de proteção da criança quando os seus direitos não são respeitados, que Portugal formulou a Lei 147/99 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo onde defende a ideia de que a família é a responsável pela criança (tarefa de educar e responder às suas necessidades de forma ajustada). Verifica-se, assim, a necessidade de priorizar medidas de apoio que fortaleçam as capacidades e competências parentais e familiares, permitindo que a criança possa continuar integrada no seu meio familiar (Abreu-Lima et al., 2010).

Desta forma, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, no artigo 41, refere, como forma de apoio aos pais, a criação de programas de educação parental baseados num apoio de natureza psicopedagógica e social. Estes programas

são destacados a famílias onde são propostas medidas de apoio no meio natural de vida da criança ou quando esta pode ficar ao cuidado de um familiar. Todavia, apesar da medida se revestir de um carácter obrigatório quando decretada em julgamento no Tribunal, a maior parte das vezes não é obrigatória, designadamente em fase de Acordo de Promoção e Proteção, quando se procura a adesão de todos (Marques Vidal, 2010). Apesar deste esforço, a não obrigatoriedade inviabiliza estes programas, uma vez que os pais apenas usufruem da educação parental com o seu próprio consentimento.

Contudo, apesar de se mencionar a educação parental como uma medida de apoio, só recentemente a União Europeia, após conseguir fundamentar os benefícios da mesma no que se refere às práticas e cuidados parentais e conseqüentemente ao desenvolvimento da criança, lhe deu destaque nos quadros das políticas que se referem ao apoio da família. Esta fundamentação decorreu da criação da ChildONEurope, rede europeia dos observatórios e instituições de infância criada em 2003, que visava a elaboração de um fórum de discussão e intercâmbio de conhecimentos e boas práticas sobre as políticas das crianças, através de atividades de investigação, com o objetivo de otimizar as relações pais-filhos, promover os bons tratos e o direito da criança à proteção no seio familiar.



Contudo, as políticas de apoio à parentalidade positiva não são tarefa fácil, devido a implicações éticas e filosóficas, que são de difícil resolução para as áreas de direito e de legislação (Abreu-Lima et al., 2010).

Apesar destas dificuldades legislativas, não devem ser esquecidos avanços realizados em prol da infância como é o caso da tentativa de combate à violência contra crianças, através de estudos realizados, como, por exemplo, o da UNICEF (2006), no qual se pretende que os governos considerem programas que especificamente protejam e previnam estas situações, não tirando a família como principal na vida da criança. Portugal -de forma a trabalhar no sentido desta causa, colocando em foco as políticas de apoio às famílias e não descredibilizando os direitos das crianças - criou a Iniciativa para a Infância e Adolescência (INIA). Esta pretende mobilizar as instituições sociais e a sociedade civil como responsáveis e defensoras dos direitos da criança durante todo o seu desenvolvimento (Instituto da Segurança Social, 2007). A INIA começa, assim, por dar um destaque positivo à criança, preocupando-se com a mesma, ao corroborar com políticas de apoio à sua família no caso de situação de desproteção ou desvantagem social (ex.: medida do Rendimento Social de Inserção) e no caso de ser uma família numerosa (ex.: abono de família pré-natal e majoração do abono após o nascimento do segundo filho e

seguintes). Proporciona, ainda, programas de alargamento de redes de apoio à família ao criar serviços de apoio à educação (creche, amas, centros de tempos livres e intervenção precoce), aplicando medidas de promoção e proteção com apoios económicos e, ainda, realizando programas de educação parental, apoio familiar e aconselhamento parental (Abreu-Lima et al., 2010). Salienta-se, ainda, que para além desta iniciativa, o Estado Português aplicou a Lei n.º 59/2007 do Código Penal no artigo 152, que tem como objetivo a criminalização dos castigos físicos, especificando na alínea 2 o facto dos mesmos acontecerem contra ou perante menores.

Das medidas acima mencionadas, o foco do presente artigo será nas medidas de educação, apoio e aconselhamento parental. Segundo Dunst e Trivette (1994), estas medidas devem servir como potenciador de fortalecimento do funcionamento familiar e promotor do crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Deverão, assim, prover as famílias de potencialidades para melhorar as suas competências, a sua capacidade de resolução de problemas, assumir uma maior responsabilização e deter maior poder de decisão. Brock, Oertwein e Coufal (1993) referem-se, ainda, à educação parental como o processo que visa fornecer aos cuidadores conhecimentos e estratégias que ajudem a promover o desenvolvimento da criança.

Estes autores referem-na, ainda, como uma função preventiva que, no entanto, tem demonstrado também um papel reparador, sendo que várias entidades – tribunais, serviços sociais e serviços de saúde – consideram-na uma estratégia adequada para responder a alguns dos problemas que mais afetam as famílias em risco.

Neste sentido, pode verificar-se que o objetivo destas medidas é a promoção de uma parentalidade positiva, uma vez que as mesmas visam apoiar as famílias no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudável com os filhos e que isso se centra no exercício da autoridade, do diálogo, no respeito e numa educação pelo afeto, através da aquisição de competências neste domínio (Abreu-Lima et al., 2010). Segundo a Recomendação do Conselho da Europa, Lisboa (2006) a parentalidade positiva trata-se de um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança: satisfazer as principais necessidades e capacitação sem violência, proporcionando o reconhecimento e a orientação necessários (fixação de limites para possibilitar o pleno desenvolvimento).

A educação parental é, assim, a medida que possibilita o apoio à parentalidade positiva e que de acordo com as características das mães adolescentes, que necessitam de um apoio profissional, considera-se de maior

interesse explorar como uma possibilidade de trabalho com este grupo.

Segundo revisão da literatura, a primeira conclusão a que se pode chegar, sobre esta medida, é que não existe consenso relativo a esta temática, visto que autores se referem a educação parental e outros a formação parental, não sendo um termo de acordo mútuo podendo observar variações de país para país. Além da existência de termos diferentes, os fundamentos, objetivos e estratégias parecem também diferenciar-se de autor para autor. Ilustrando esta ideia, pode-se verificar que, por exemplo, autores mencionando este tipo de intervenção como formação parental definem-na de diferentes formas: tentativa formal de aumento de consciencialização parental no que se refere às suas competências parentais, implicando ações educativas de sensibilização, aprendizagem, treino ou esclarecimento relativo aos valores, atitudes e práticas educativas parentais (Boutin & Durning, 1994); estratégia de intervenção que, com pais mais informados quanto às competências parentais, visam promover o desenvolvimento das crianças (Cataldo, 1991, *in* Bartau, Maganto & Etxeberria, 2001); formação para adultos em processo de desenvolvimento com necessidade de apoio na realização da sua tarefa educativa, promovendo quer as suas competências educativas quer pessoais e interpessoais, visto ambas contribuírem para o desenvolvimento e a educação dos

filhos (Máiquez, Rodrigo, Capote & Vermaes, 2000; Martin, 2005, *in* Martín et al., 2009).

Por não se verificar um consenso na terminologia desta medida, o presente artigo irá optar pela definição de educação parental por ser a mais próxima da anglo-saxónica.

Além das diversas terminologias, verificam-se também uma diversidade de formatos apresentados:

i) Intervenção Individualizada associada a um registo de aconselhamento;

ii) Intervenção em grupos, utilizando formatos mais ou menos estruturados ou estandardizados – vantagem de diminuir os sentimentos e as experiências de isolamento, dada a possibilidade de partilha de experiências similares, bem como a possibilidade de modelagem e apoio mútuo entre pais;

iii) Intervenção baseada em meios de comunicação (e.g., rádio e televisão), com utilização de material escrito do tipo manuais ou brochuras informativas.

Destes formatos, o mais evidente em Portugal é a intervenção em formato grupal, sendo que se diversifica, no entanto, na estruturação uma estandardização quer de conteúdos quer de pressupostos teóricos.

A literatura tem revelado estes programas como uma excelente medida de auxílio a pais em risco nas suas funções

parentais, ou que as suas crianças estejam em risco.

No trabalho de Abreu-Lima et al. (2010) é apresentado um relatório da DfES - *The Market for Parental & Family Support Services* -, destacando quatro níveis diferentes, de acordo com as necessidades das famílias, esquema que consideram necessário na organização de serviços de educação parental: o primeiro nível, como universal em que qualquer cuidador interessado pode juntar-se voluntariamente, num momento em que necessite de apoio no exercer da parentalidade; um segundo, diferindo apenas do primeiro por ser um profissional a identificar essa necessidade de apoio; num terceiro nível são colocadas as intervenções específicas não voluntárias, mais intensivas e individuais, sendo a sua intervenção obrigatória com perda de apoio do Estado ou da guarda do filho por não comparência; por fim um quarto nível, consistindo nas intervenções com um objetivo de capacitação parental a cuidadores a quem a guarda da criança foi retirada numa perspetiva de potenciar o retorno da criança ao seu ambiente familiar.

O grupo de mães adolescentes, de acordo com esta análise, poderá ser principalmente direcionado ao nível dois. Como ilustrativo verifica-se o facto de, muitas vezes, através do acompanhamento ao nível de saúde as mães são encaminhadas para estes

serviços. Trata-se de uma resposta mais preventiva ao contrário dos níveis posteriores, com caráter reparador e dirigido a grupos com problemáticas específicas.

Numa listagem de Mann (2008) são identificados alguns grupos de famílias de alta prioridade de intervenção: as socialmente e geograficamente isoladas; de minoria cultural ou estrutura marcadamente diferente da vivida na infância; com crianças com necessidades educativas especiais, problemas de comportamento ou emocionais; com baixo nível educacional sem condições de apoio à escolaridade do filho; com indivíduos vítimas de abuso quando crianças; com mãe em depressão materna; monoparentais; e recentemente imigradas. Apesar do autor não incluir especificamente a maternidade precoce como família alvo, a revisão da literatura tem demonstrado este grupo como uma necessidade de foco de intervenção. No entanto, analisando as características referidas pelo autor como, por exemplo, a depressão materna, a monoparentalidade e os baixos níveis de escolaridade, poderão ser consideradas, na sua maioria, como descritoras do grupo de grávidas e mães adolescentes, sendo, assim, também incluídas nesta lista.

Apesar de apontada a grupos prioritários, esta medida é também útil junto de cuidadores que não apresentam esses problemas, uma vez que permite

aos pais estarem mais informados, bem como melhorar as suas competências parentais, mesmo quando não consideradas problemáticas, traduzindo-se em resultados positivos na perceção de autoeficácia e satisfação no desempenho das suas funções parentais.

Tal é bem perceptível, analisando os objetivos gerais deste tipo de programas apresentados por Abreu-Lima et al. (2010): i) informar e orientar os cuidadores sobre o desenvolvimento e a socialização da criança; ii) prevenir problemas de desenvolvimento da criança e promover as relações familiares; iii) capacitar os cuidadores com estratégias relacionadas com o controlo do comportamento da criança; iv) estimular a participação dos cuidadores na aprendizagem e experiência escolar da criança; v) prestar apoios específicos a famílias de crianças com problemas de desenvolvimento; vi) proporcionar apoios sociais na comunidade.

Em suma, é clara a preocupação recente dos Estados na prevenção de situações de risco para a criança, seguindo em sua defesa na ajuda à família que é a sua primeira e principal cuidadora. As estratégias de intervenção evidenciam resultados positivos na promoção da parentalidade positiva, consciencializando os cuidadores das suas práticas e permitindo respostas mais adequadas às crianças. Para as mães adolescentes, um grupo em risco psicossocial, a ajuda

profissional e o suporte social fornecido por esta ferramenta, já mostrada benéfica em várias investigações (e.g.: Olds, 2006; Almeida et al., 2012), pode tornar-se uma mais valia como mecanismo de defesa para os seus filhos. Assim, considera-se interessante analisar contributos que esta estratégia (através dos programas de educação parental) tenha demonstrado junto deste grupo específico de mães. Deste modo, no tópico seguinte realizar-se-á um levantamento de programas intervenção destinados à maternidade precoce.

#### **5. Maternidade na Adolescência: Os Programas de Intervenção**

Os programas de educação parental parecem, de facto, trazer mais valias para o apoio das famílias na educação e cuidados com as suas crianças, contribuindo para um desenvolvimento de qualidade. As investigações indicam que a reflexão ou consciencialização parental parece ser crucial para o desenvolvimento de adaptações saudáveis entre pais e crianças (Slade, 2007). As necessidades dos pais adolescentes diferem, em aspetos específicos, das de pais mais velhos. Em particular, as suas próprias necessidades de desenvolvimento coloca-os num grupo específico e o potencial para resultados negativos para si e para os seus sugere a necessidade de intervenção precoce. Neste sentido, dada a potencialidade de

programas de educação parental e sendo o grupo alvo muito necessitado deste tipo de medidas, revela-se interessante explorar programas de educação parental focados neste tipo de pais, de forma a compreender em que aspetos os mesmos poderão ajudar estes jovens pais.

A literatura apresenta diversas intervenções com mães adolescentes no sentido de melhorar as suas competências junto dos seus filhos. No entanto, Justo (2000) defende que a intervenção com grávidas adolescentes se trata de um problema multifacetado relativamente ao qual é necessário ter em consideração as necessidades destas jovens mães, mas também as do meio envolvente.

No que se refere às necessidades das mães, o autor defende que se devem considerar pelo menos quatro tipos de intervenção: obstétrica, educativa, social e psicológica. No entanto, o mesmo autor salienta que a resposta a esta intervenção difere de acordo com a idade da grávida ou mãe adolescente, uma vez que, por exemplo, ao nível da intervenção em saúde, as adolescentes mais próximas dos 20 anos mostram uma resposta mais positiva – estabelecem relações significativas com os técnicos e evidenciam um aumento dos seus conhecimentos em saúde, exprimindo uma maturidade psicológica que no princípio da gravidez não se deteta –, ao contrário das com menos de 15 anos que demonstram uma maior variedade de respostas – podem

também estabelecer relações positivas, mas a sua inconstância na comparência às sessões faz com que se questionem os efeitos do programa e tornem o processo clínico mais difícil e imprevisível.

Quanto às necessidades do meio ambiente, Justo (2000) refere que, se estes casos de gravidez na adolescência ocorrem essencialmente em famílias com dificuldades de organização relacional pertencentes a meios psicossociais degradados, o contexto em que se inserem essas famílias deveria ser o objetivo inicial de intervenção. Estas famílias encontram-se rodeadas de fatores negativos (ex.: desemprego, comportamento desviante, doenças crónicas) e apresentam muito poucos fatores positivos (ex.: instituições promotoras de desenvolvimento social, técnicos de ação psicossocial).

No entanto, a nível nacional tenta-se já combater esses fatores condicionadores da gravidez através do apoio de redes como a Rede de Cuidados de Saúde Primários e a Rede do Ensino Básico e Secundário, que abarcam a quase totalidade da população em risco, alcançando adolescentes nos seus ambientes degradados, e também aquelas que demonstram um elevado risco de engravidar, mas vivem em ambientes mais favorecidos (Justo, 2000).

A primeira rede - cuidados de saúde primários -, através do conjunto dos centros de saúde, dispõe de uma oportunidade única de trabalho com a

população adolescente em risco de engravidar, sendo que os médicos de família contactam com estes jovens no quotidiano dos centros de saúde, podendo atuar em níveis como a educação, promoção e prevenção para a saúde. Neste contacto, e quando se detetam sinais ligados à probabilidade de engravidar, o médico de família pode canalizar a utente para outros setores da instituição (ex.: psicólogo e assistente social).

Veja-se, por exemplo, o trabalho de Hospitais Portugueses como a Maternidade Alfredo da Costa (MAC) que juntamente com a Fundação Calouste Gulbenkian criou um programa "Mais Vale Prevenir", com a duração de três anos, cujo objetivo era a prevenção da gravidez e sua recidiva em jovens com idade igual ou inferior a 16 anos, assim como a promoção de comportamentos saudáveis de combate a doenças sexualmente transmissíveis. Este projeto centrou-se numa abordagem biopsicossocial - mostrando, como anteriormente mencionado, a importância de trabalhar em múltiplas áreas - para o atendimento e acompanhamento de cada adolescente de forma a fornecer-lhes os melhores cuidados médicos, ao mesmo tempo que se desenvolvem competências maternas e se apoiam os projeto de vida. No artigo, será apenas apresentada a intervenção primária deste projeto com jovens de risco, possibilitando a perceção do trabalho desta

unidade de saúde. As jovens deslocam-se às consultas acompanhadas ou sozinhas, podendo ter muitas vezes conhecimento através da internet, amigas que já frequentaram e/ou nas escolas. A preocupação destes profissionais é marcarem consultas em quatro áreas de intervenção, nomeadamente:

- i) Psicológica – onde são abordados temas como a adolescência e as emoções e sentimentos inerentes a esta fase, a sexualidade, as vivências pessoais, os projeto de vida, expectativas, relações amorosas e relações familiares. São ainda questionados frequentemente os relacionamentos amorosos, as primeiras desilusões e as relações conturbadas com os familiares;
- ii) Social – com temas como o aconselhamento e acompanhamento familiar, a reposição de canais de comunicação entre os familiares e a adolescente, apoios sociais e estabelecimento de uma relação. São frequentemente questionadas as dificuldades nas dinâmicas familiares, as dificuldades socioeconómicas e a ausência de respostas sociais;
- iii) Nutricional – realiza-se uma avaliação do Índice de Massa Corporal, do peso e das medidas, dos hábitos e correções

alimentares, abordagem da importância do exercício físico e realização de um programa de aumento ou perda de peso;

- iv) Médica (Ginecologia, Medicina Geral/ Familiar e Enfermagem) – onde são abordados temas como a saúde sexual e reprodutiva, a contraceção indicada, a contraceção de emergência, as infeções sexualmente transmissíveis, e onde são disponibilizados ainda a pílula e testes de gravidez.

Esta rede de cuidados de saúde primários pode ainda trabalhar junto de outras instituições (escolas, associações culturais...), transmitindo os cuidados de saúde a utentes mais difíceis de alcançar, de forma a incentivá-los para uma boa comunicação com os técnicos de saúde e para uma presença mais efetiva (Justo, 2000).

É neste seguimento de atuação mais ativa junto das comunidades que se pode colocar o envolvimento das escolas, trabalhando a nível da prevenção da gravidez precoce. Vê-se como um terreno ideal, constituído essencialmente por jovens e onde muitos se encontram em risco de enveredar pela gravidez. Assim, este trabalho com carácter de intervenção primária e preventiva a nível da educação sexual é de extrema importância, devendo ser unidos esforços e trabalho conjunto entre os estabelecimentos de ensino e as

instituições de saúde, organizando plataformas de intervenção para esta problemática no ambiente escolar e próximo dos jovens. Este trabalho deverá ter em foco a educação para a sexualidade, os relacionamentos interpessoais e a divulgação de métodos contraceptivos. Esta abertura para a discussão a respeito da sexualidade e divulgação de métodos contraceptivos, como apresentam países como a Alemanha e Holanda, pode demonstrar resultados como a diminuição da incidência de casos de gravidez antes dos 18 anos (Jacobson, Wilkinson, & Pill, 1995).

Estudos realizados nos anos 90, referentes à temática da prevenção e educação sexual, demonstraram mais valias no trabalho com estes jovens. Veja-se, por exemplo o trabalho de Olsen, Weed, Ritz e Jensen (1991) onde se verifica uma modificação das atitudes das adolescentes face à atividade sexual, através da aplicação de três programas de intervenção relacionados com os valores e as escolhas presentes na vida das jovens, a educação para a saúde e o respeito pelos outros e pelo próprio, no âmbito do envolvimento sexual. Barth, Leland, Kirby e Fetro (1992), baseados num modelo de inoculação social e aprendizagem social, realizaram um programa de intervenção, com jovens do 9 ao 12º ano, com o objetivo de fornecer elementos teóricos e práticos sobre o uso das capacidades

sociais necessárias à implementação do conhecimento acerca da prevenção da gravidez e reduzir a probabilidade de ocorrência de comportamentos inseguros em futuras situações de alto risco. Puderam observar-se resultados positivos no conhecimento destes jovens como, por exemplo, a manipulação correta dos preservativos, melhores condições de uso das técnicas de controlo da natalidade; obtenção de meios contraceptivos; e prevenção simultânea da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. No âmbito da influência social, Howard e McCabe (1992), acreditando que as pressões sociais dos pares, mais do que a falta de conhecimento das consequências, são determinantes no envolvimento de comportamentos prejudiciais, realizaram um estudo onde se pode observar que jovens que já tinham iniciado a sua atividade sexual antes do programa não demonstram modificações, no entanto, jovens que não haviam iniciado a sua atividade sexual mostravam comportamentos benéficos como o adiamento da primeira relação sexual, um menor envolvimento sexual e um menor número de gravidezes.

Em parceria com a "Johns Hopkins School of Medicine", educação e saúde estiveram ligadas, promovendo conjuntamente um programa no qual, todas as manhãs, uma equipa de saúde se dirigia às escolas envolvidas no projeto com o objetivo de facilitar o acesso aos



serviços de controlo da natalidade, promover uma aproximação das adolescentes ao aconselhamento e à educação acerca da saúde reprodutiva, veicular informação acerca de outros problemas médicos que motivem as jovens e aconselhar as jovens acerca de outras áreas pertinentes para o seu desenvolvimento pessoal. Os resultados significativos observados foram o adiamento da primeira relação sexual, a procura de serviços de controlo da natalidade e a redução das gravidezes ocorridas entre as adolescentes sexualmente ativas (Zabin, 1992).

Kirby e Waszak (1992) apresentam, também, uma parceria entre a saúde e a escola com a criação de clínicas, que denominam de Clínicas Baseadas na Escola (CBE), atuando em mais de trinta estados dos USA. Estas clínicas consistem na implementação local de serviços ligados à saúde reprodutiva e também geral (e.g. consultas médicas, aconselhamento, cuidados primários de saúde, exames médicos, diagnóstico geral, diagnósticos de gravidez, vacinas, informação sobre planeamento familiar, indicação para cuidados pré-natais, educação alimentar), possibilitando deste modo o contacto das jovens com as equipas de saúde em causa (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, educadores para a saúde). Foram observadas algumas mudanças de comportamento tais como, em alguns locais de intervenção, mais de 60% da

população escolar recorrer a estes serviços, o adiamento da primeira relação sexual, o uso mais frequente das técnicas de controlo da natalidade, do incremento do uso de preservativos e da pílula nas jovens sexualmente ativas.

Mostra-se importante mencionar, apesar de não apresentar resultados significativos, o estudo de Thomas et al. (1992), que realizaram um programa de intervenção, com 10 sessões de 1 hora, dirigido a jovens do 7º e 8º ano através de uma abordagem diversificada (observação de filmes, discussão, "role-playing", e espaço de perguntas e respostas), com o objetivo de informação e prevenção da gravidez na adolescência, e de estimulação do desenvolvimento dos jovens (capacidades de resolução de problemas e de tomada de decisões acerca da atividade sexual) que no entanto não conseguiu alcançar resultados significativos (nem ao nível do uso dos recursos de controlo da fertilidade, nem ao nível da atividade sexual). Pode-se concluir que, tratando-se a gravidez de uma questão multifacetada, não se pode apenas falar da sexualidade mas terá que ser algo mais complexo focado em diferentes áreas, quando se trata destes programas.

Investigações acerca da importância da educação sexual e das suas vantagens foram também analisadas a nível nacional. Desta forma, verificou-se, desde 1984, uma questão presente no

Estado Português, que no seu quadro legislativo tornou como obrigatório o trabalho desta temática e posteriormente foi também incluída no âmbito escolar a obrigatoriedade desta intervenção. Contudo o M.E., et al., (2000) defende que a educação sexual não se pode caracterizar apenas pela mera formalidade de informação, mas sim por um debate de ideias e deve facultar aos seus destinatários os dados necessários para que construam o seu próprio quadro de referências, definidor das suas opções individuais.

Analisando o impacto desta nova componente no âmbito escolar, bem como a perceção dos técnicos envolvidos nesta dinâmica, Ramiro e Matos (2007) realizaram um estudo com 371 professores de ambos os sexos, do 2º e 3º ciclo e do secundário. As conclusões do mesmo revelaram que os professores, no geral, são favoráveis à educação sexual em meio escolar, contudo referem que o facto de a maioria dos tópicos ficarem reservados para os segundo e terceiro ciclos pode não ser adequado, uma vez que a educação sexual deve ser introduzida antes da manifestação de comportamentos sexuais.

As intervenções a nível da educação sexual permitem assim que os jovens tenham um maior e melhor conhecimento das componentes que integram a vivência e a experiência da sexualidade, assim como possam ainda desenvolver atitudes e competências para

agir emancipadamente, conscientemente e responsabilmente.

É dentro desta ideia de trabalho de prevenção com as adolescentes ao nível da sua educação sexual que se inclui também a intervenção e o trabalho com adolescentes defendido por Black e DeBlassie (1985). Na sua abordagem da intervenção com adolescentes os autores apresentam dois objetivos prioritários formando duas tipologias de programas. O primeiro grupo, descrito anteriormente, com os programas que procuram reduzir a ocorrência de gravidez, e o segundo grupo de intervenção com as grávidas e mães adolescentes em que, tendo ocorrido a gravidez, procuram reduzir o impacto negativo nos seus intervenientes.

Ilustrativo deste segundo grupo, numa vertente do trabalho ao combate de reincidências e complicações maternas, poderá incluir-se o estudo de Berlofi, Alkmin, Barbieri, Guazzelli e Araújo (2005) realizado com 263 prontuários de adolescentes do sexo feminino, com idades entre os 10 e os 19 anos, incorporadas num programa de planeamento familiar que já tivessem tido no mínimo uma gestação anterior à data de matrícula no programa. Observaram-se nestas jovens, matriculadas no planeamento familiar, uma maior utilização de dupla proteção com a utilização da pílula e também do preservativo ao invés de apenas um dos métodos ou mesmo nenhum, prevenindo a gravidez e a

transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, aspeto este muito trabalhado pelos técnicos e também disponibilizado aos seus utentes, podendo dever-se a esse fator esta alteração positiva. Nesse estudo, relativamente à incidência da gravidez é verificável que apenas 13 adolescentes voltaram a engravidar (4,9%): uma desejada pela adolescente, outra desejada pelo casal, 1 falha do método e 10 com utilização errada do método.

Ainda dentro do grupo de prevenção dos impactos negativos destas jovens e seus filhos, numa vertente agora focada no dia-a-dia dos mesmos, considera-se que a tabela, em seguida apresentada, ilustrará vários programas de educação parental realizados no sentido de trabalhar com este grupo de forma a combater as lacunas existentes. Poderá observar-se, nessa tabela, a intervenção que Figueiredo (2001) considera necessária no trabalho de intervenção com grávidas e mães adolescentes: i) grupos de promoção de saúde: promover a saúde da mãe e da criança em dimensões como exercício, alimentação, hábitos, parto e planeamento familiar; ii) grupos de educação parental: implementar competências para os cuidados a prestar ao bebé, trabalhando em áreas como: as atitudes e os sentimentos em relação à maternidade, os problemas e as dificuldades do bebé, as potencialidades e as limitações comportamentais do bebé, as

mudanças associadas ao seu nascimento; iii) grupos de suporte e interajuda: prioridade garantir apoio emocional aos pais. Para além de uma vertente educacional, estes grupos de suporte procuram implementar a ajuda entre os pais. Geralmente comportam visitas domiciliárias que visam reduzir o isolamento social e facilitar a utilização dos serviços de apoio; iv) grupos focalizados na relação pais-criança procuram beneficiar a relação da mãe adolescente com o bebé, o marido/companheiro e a restante família.

**Tabela 2 – Programas de Educação Parental para Mães Adolescentes**

| <b>Autores</b>   | <b>Designação Programa</b> | <b>Participantes</b>   | <b>Formato</b>        | <b>Intensidade e Duração</b>   | <b>Temáticas/ Objetivos</b>   | <b>Resultados</b>   | <b>Materiais</b> |
|--|----------------------------|--|-----------------------|--|---|---|------------------|
| Nogueira, Rodrigues e Altafim (2013) [Bauru, Brasil]                         |                            | N= 20 Mães Adolescentes (15 aos 19) e 20 Mães Adultas (20 aos 43) com filhos entre 1 e 18 meses recrutadas do projeto “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” no Centro de Psicologia Aplicada | Encontros grupais     | Sessões semanais de 2 horas realizando-se em 9 sessões com as mães adultas e 10 sessões com as mães adolescentes.  | Com o objetivo de focalizar as práticas educativas apelando a um aumento das práticas positivas e uma consequentemente diminuição das negativas são discutidas as seguintes temáticas: Ciclo vital, maternidade, adolescência (apenas no grupo destinado), desenvolvimento infantil, práticas parentais, sexualidade e projeto de vida através de atividades expositivas, lúdicas ou reflexivas como os debates e apresentações de slides show. | - Verifica-se, nas adolescentes, uma melhoria nas práticas parentais de monitoria positiva e sem alteração nas práticas negativas que já em pré-teste mostravam pontuações baixas.<br>- Nas mães adultas observa-se um agravamento de práticas parentais negativas (abuso físico) mas sem alteração nas práticas de monitorização positiva, anteriormente com pontuações altas. |                  |
| Aracena, Krause, Pérez, Bedregal, Undurraga e Alamo (2012) [Santiago, Chile] |                            | N= 104 adolescentes gestantes do primeiro filho, pertencentes a dois centros de saúde públicos, solteiras, menores de 20 anos e residentes em bairros de extrema pobreza. Entre 12-15  | Visitas Domiciliárias | Intervenção com a duração média de 12 meses dividindo-se em média por 12 visitas com a duração de 1 hora, ou seja uma visita por mês, tendo os adolescentes do grupo experimental recebido ainda a primeira visita domiciliária durante o terceiro trimestre | Nas visitas foram abordadas questões como: adolescência, identidade, autoestima e projeto de vida, cuidados com o corpo, cuidados com o bebê, crescimento infantil, alternativas para resolver problemas.   | Pretendendo o estudo verificar:<br>a) a saúde mental da mãe: eventos de vida, atitudes associadas com o abuso.<br>b) o desenvolvimento da linguagem e sócio emocional do bebê<br>c) a interação mãe-filho: responsividade e hostilidade   |                  |

| Autores                                     | Designação Programa | Participantes   | Formato  | Intensidade e Duração   | Temáticas/ Objetivos   | Resultados  | Materiais |
|---|---------------------|---|--|---|--|---|-----------|
|   |                     | meses de idade das crianças: n= 90 mães e 79 crianças<br>Aos 48 meses de idade para crianças: n= 66 a 69 mães e seus filhos.  |  | da gravidez. Este acompanhamento era feito até aos 9 meses do bebé.   |  | materna.<br>Constata-se que os dois primeiros pontos (efeitos positivos na saúde materna e desenvolvimento da linguagem) não foram mantidos no tempo (verifica-se aos 12-15 mas não aos 48). Houve apenas efeitos estáveis no relacionamento.   |           |
| Oswalt, Wilson, Biasini e Mrug (2009) [USA] |                     | N= 15 mães adolescentes afro-americanas, entre os 14 e os 18 anos, que frequentavam as aulas de ensino médio do Programa Jovens Mães no sudoeste dos USA, com os seus filhos entre 1 e 3 meses de idade<br>Grupo de intervenção: 7<br>Grupo de controlo: 8. | Encontro na base um-para-um de sessões de massagem infantil. | Foi realizada um treino inicial de massagem infantil em que cada sessão tinha a duração de 30 minutos e posteriormente as mães praticaram as massagens com o seu filho todos os dias durante aproximadamente 2 meses. | O programa baseou-se num programa de treino de massagem infantil utilizando o currículo "Baby's First Massage" de Teresa Ramsey. A formação de massagem incorporou: a descrição e explicação de pistas comportamentais infantis de acolhimento e de tempo de paragem, a interpretação do choro infantil e os benefícios da massagem para o cuidador e para o bebé. O maior destaque deste currículo é a sensibilidade aos sinais infantis e às respostas manifestadas. | - Scores menos elevados de depressão no grupo das mães que realizam as massagens.<br>- Mães adolescentes indicam sentimentos mais positivos e um maior conforto sobre o contato físico nos seus relacionamentos atuais (amigos, familiares...)<br>- Mães veem os seus filhos com um temperamento mais adaptáveis, podendo dever-se a um aumento da consciência materna de estados infantis, fornecendo habilidades para avaliar o comportamento infantil. |           |

| Autores  | Designação Programa  | Participantes  | Formato  | Intensidade e Duração  | Temáticas/ Objetivos   | Resultados | Materiais |
|--|--|--|--|--|--|------------|-----------|
| Barnet, Liu, DeVoe, Alperovitz-Bichell e Duggan (2007) [Baltimore] | N= 84 grávidas adolescentes entre os 12 e os 18 anos, de baixos rendimentos e raça Africo-Americana, cujas gestações estão pelo menos nas 24 semanas, recrutadas a partir de 3 unidades urbanas pré-natais em Baltimore. | -Visitas Domiciliarias, Aconselhamento e estudos de caso realizados por um técnico com um ensino superior e experiência relacionada aos cuidados de saúde, o desenvolvimento da criança, ou o trabalho social. | - Duas vezes por semana começando no terceiro trimestre da gravidez das mães até ao primeiro ano do bebê e posteriormente mensalmente até ao 2 ano da criança. | As visitas dividiam-se em dois currículos: o da parentalidade destinado a melhorar a compreensão dos adolescentes do desenvolvimento da criança, ensinar e modelar boas atitudes e competências parentais e promover a utilização de cuidados de saúde adequados; e o da adolescência com instrução interativa baseada em habilidades sobre práticas sexuais mais seguras, prevenção da gravidez, a fixação de metas voltadas para conclusão do ensino e formação orientadas para melhorar a comunicação e negociação com os parceiros. Apesar de não incluído no currículo o técnico tem também o cuidado de identificar situações de depressão, violência por parceiro e evasão escolar. | - Aumento de confiança materna que pode estar relacionada com o reconhecimento de pistas infantis.<br><br>- Apresentam médios e grandes efeitos sobre os resultados parentais de criação dos filhos: entre os adolescentes visitados em casa o efeito na melhoria das atitudes parentais foi de 0,49 e dos que estiveram mais expostos ao currículo de 0,72.<br><br>- Influenciou significativamente a reentrada na escola e a graduação<br><br>- Não melhorou o uso de contraceção hormonal ou o combate à repetição da gravidez.<br><br>- Não teve impacto sobre os sintomas depressivos, visto apenas se identificar e encaminharem a participante mas ocorrendo uma falta de coordenação de informação entre o |            |           |

| <b>Autores</b>                   | <b>Designação Programa</b>   | <b>Participantes</b>   | <b>Formato</b>   | <b>Intensidade e Duração</b>   | <b>Temáticas/ Objetivos</b>   | <b>Resultados</b>   | <b>Materiais</b>  |
|----------------------------------|------------------------------|--|--|--|---|---|---|
| Black e Teti (2006) [USA]        | “Feeding you Baby with Love” | N= 59 Mães adolescentes Africo-Americanas, com menos de 20 anos e mães pela primeira vez, e os seus respetivos filhos com menos de 13 meses, recrutados de escolas, clínicas e centros de apoio à família. | Meios de Comunicação: Cassete de Vídeo intitulada “Feeding Your Baby with Love” de mães alimentando os seus bebés durante os dois primeiros anos de vida, veiculando mensagens e estratégias pertinentes para o relacionamento em causa. | Programa diário durante a rotina da alimentação realizando-se durante 2 semanas. Realiza-se, contudo, previamente uma visita ao estabelecimento de forma a mostrar como decorre a rotina da alimentação e posteriormente ao programa realizou-se o mesmo procedimento. | Rotina da Alimentação e as melhores práticas a promover pelos cuidadores  | programa e os cuidados primários.<br>- Maior envolvimento por parte das mães com o bebé<br>- Atitudes mais favoráveis face à rotina da alimentação e à comunicação com os seus filhos   | Filme pedagógico (15 min.) construído com a ajuda de seis mães adolescentes que foram filmadas a alimentar as suas crianças em casa. Os consultores tiveram ainda ajuda de um grupo interdisciplinar de profissionais de saúde para garantir que o filme representava as práticas recomendadas. |
| Lopes (2005) [Sacavém, Portugal] | Clube das Mães               | N= 24 mães jovens, entre os 14 e os 24 anos, e seus filhos, menores de 3 anos e em situações de risco desenvolvimental, recolhidas no Centro de Saúde de Sacavém   | Programa de sessões grupais  | Realizou-se durante 6 meses com 12 encontros realizados bimensalmente com a duração de 1h30m   | O programa desenvolve por cada duas sessões um tema, tendo sido abordados: o desenvolvimento e aprendizagem; os hábitos de rotina: sono, higiene e alimentação; a importância da atividade lúdica; a autoridade, castigo e recompensas; a violência doméstica e segurança. Desenvolve-se também com um início de acolhimento com conversa | - Verificam-se melhorias na qualidade do envolvimento familiar,<br>- Efeitos positivos relativamente ao combate de presença de negligência e maus tratos<br>- No entanto, verifica-se que não teve efeitos positivos na diminuição do stress materno ou alterações no sentimento de | Disponibilizados livros e jogos para serem levados para casa bem como uma ficha de trabalho   |

| Autores                              | Designação Programa                       | Participantes  | Formato  | Intensidade e Duração     | Temáticas/ Objetivos  | Resultados   | Materiais  |
|--------------------------------------|---|--|--|---------------------------|---|--|--|
|                                      |   |  |  |                           | informal e uma despedida com atividades mais informais (lanche e música). Uma das partes das sessões incluía um momento lúdico entre a mãe e o seu filho.   | competência maternal que já se mostrava anteriormente um índice elevado.   |  |
| Lagges and Gordon (1999) [Ohio, USA] | <i>Parenting Adolescents Wisely (PAW)</i> | N= 62 adolescentes grávidas (n=23) ou pais adolescentes (n=39) inscritos num programa de educação patrocinado pelo GRADS (Graduation, Reality, and Dual Role Skills) Grupo controlo: 29 Grupo experimental: 33 | Meios de Comunicação: Programa criado num Laserdisc interativo onde são apresentados vídeos das crianças a realizarem situações problemáticas (não fazer as tarefas, não cumprir com os pedidos dos pais, não completar o trabalho de casa). | 2 meses de acompanhamento | Este programa aborda as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de respeito e disciplina assertiva, os quais podem ser usados com crianças. Instrói os cuidadores em competências parentais eficazes através de demonstração, interrogação, repetição, ensaio, reconhecimento e avaliação para respostas corretas e incorretas, uma vez que são mostrados vídeos de situações e posteriormente é pedido a escolha de uma de várias soluções para o problema (apenas uma é o método eficaz). Posteriormente a solução escolhida é encenada no vídeo e | - Ferramenta eficaz no aumento do conhecimento de práticas parentais eficazes dos pais aumentando a sua convicção de que as práticas parentais adaptativas são mais eficazes do que as práticas coercivas, sendo que se verifica após 8 semanas da intervenção, uma evidência para a retenção da informação.<br>- Por um lado pode aumentar a aplicação das competências parentais adaptativas às situações que possam vir a ocorrer com a criança, mas podem também diminuir essas competências nas | - Programa de Laserdisc interativo para ser assistido por computador, desenvolvido num período de 3 anos na Universidade de Ohio por uma equipa multifacetada nas áreas: clínica da criança, psicologia da família, serviços de multimédia, cinema, ciências da computação e telecomunicações.<br>- Após programa recebem uma pasta de trabalho para referências futura com descrições de problemas e soluções incluídas no programa e críticas de cada solução, as perguntas de revisão e exercícios de prática de habilidade |



| Autores                                   | Designação Programa   | Participantes   | Formato  | Intensidade e Duração  | Temáticas/ Objetivos   | Resultados   | Materiais |
|---|---|---|--|--|------------------------|--|-----------|
| Britner e Reppucci (1997) [Virginia, USA] | N= 535 Mães adolescente, com idades entre os 11 e os 20 anos, e solteiras mães do primeiro filho recrutadas num de 3 hospitais da comunidade e que apresentaram maior número de fatores de risco de | Programa grupal com diversas classes de mães e seus filhos. | Programa com a duração de 12 semanas ocorrendo três vezes por ano com vários grupos em simultâneo (tamanho médio do grupo: 10 mães e seus bebés) | acompanhada de um feedback através de um formato de perguntas e respostas que explica todos os problemas associados com a solução selecionada, bem como o porquê dos erros retratados nas soluções incorretas que levam a dificuldades. Se a solução correta é escolhida, recebe feedback sobre as habilidades específicas utilizadas em que a solução se tornou eficaz. | situações hipotéticas. | - Eficácia na prevenção de maus tratos à criança.<br>- Resultados positivos nas mães adolescentes: tendência para atrasar gravidezes subsequentes, permanência na escola e aumento de matrículas em cursos superiores.<br>- Verifica-se um aumento do conhecimento dos marcos de |           |

| Autores | Designação Programa | Participantes   | Formato | Intensidade e Duração | Temáticas/ Objetivos  | Resultados  | Materiais |
|---------|---------------------|---|---------|-----------------------|---|---|-----------|
|         |                     | entrevista: 314<br>Grupo de entrevista e visita domiciliária: 96<br>Grupo de entrevista, visita domiciliária e participação no programa: 125. |         |                       | A interação díade é ainda uma componente essencial do programa, uma vez que estando a criança na aula pode-se trabalhar esta relação e estabelecer a segurança do apego criança à mãe. Neste sentido as mães têm ainda de realizar a meio do programa um registo diário das suas interações com os seus filhos. | desenvolvimento infantil e práticas parentais favoráveis dos pais<br>- Observa-se a possibilidade de modelar uma boa interação entre a díade ao estarem ambos incluídos no projeto. |           |

A conclusão comum aos vários estudos mencionados é que a generalidade das adolescentes grávidas e, por vezes, também seus companheiros, submetidos a intervenção parental, reagem positivamente. Na maioria dos estudos verificam-se resultados positivos durante e após a intervenção, conseguindo observar-se diversas alterações nos intervenientes, quer a nível da sua saúde, quer a nível das suas competências e desenvolvimento.

Dentro dessas mudanças através dos programas e intervenções realizados são encontrados, por exemplo, a nível da saúde a preocupação dos cuidados a nível das consultas do parto, preocupações com o peso das crianças e boa nutrição das mães e ainda através da tentativa de redução da gravidez ou que a mesma aconteça mais tardiamente não pondo em risco nem a mãe nem a criança. Ainda dentro da saúde, a depressão materna é também uma questão atualmente muito presente, sendo que são várias as técnicas e metodologias utilizadas nos diferentes programas como, por exemplo, a massagem infantil, que em certos estudos identifica o método como positivo para o desenvolvimento da criança, para o bem estar psicológico da mãe e para as relações entre a díade (Field et al., 1986; Onozawa, Glover, Adams, Modi & Kumar, 2001). Dentro desta área da depressão poderão encontrar-se ainda outros estudos, presentes numa coletânea, que

anteriormente não foram apresentados (Lieberman, Le & Perry, 2014).

São também destacadas as competências parentais como foco de intervenção onde surgem as preocupações com as condutas a nível dos maus tratos infantis ou práticas mais punitivas nas mães adolescentes, por serem também um grupo muito sujeito a estas questões. Os estudos revelam alterações nos comportamentos e condutas destas mães. No entanto, por serem programas de curta duração sem um acompanhamento mais prolongado, podem manifestar-se problemas, no dia-a-dia dos pais com as crianças, que não são de fácil resolução e que por vezes traduz-se na aplicação de estratégias menos adequadas que já não se aplica à idade da criança que entretanto cresceu e demonstram também outras necessidades. De facto, muitos dos programas de intervenção parental terminam algures no primeiro ano de vida, exatamente quando a sua necessidade mais se faz sentir (Scott, 1981).

Nestes programas e intervenções surge, ainda, o trabalho direcionado para as rotinas diárias, através da prestações de cuidados como a alimentação, em que o objetivo não é apenas ensinar as estratégias de um bom cuidar, mas também, durante essas rotinas, proporcionar momentos de interação entre os cuidadores e as crianças. Assim, a parentalidade não se trata da realização de

rotinas computadorizadas, mas sim de uma ligação efetiva entre a mãe e a criança.

É também necessário mencionar a variedade de metodologias utilizadas como, por exemplo, o apoio de meios tecnológicos (vídeos, telefone, computadores), as visitas domiciliárias ou ainda as sessões grupais. Estas vão variando de acordo com os objetivos pretendidos com os programas, permitindo uma abordagem umas vezes lúdica ou outras vezes de maior reflexão, umas vezes individualizada outras vezes de suporte grupal, umas vezes em casa outras vezes em espaços comunitários.

Apesar de tudo, é visível, em alguns dos estudos, a necessidade de se interligarem a outras áreas mais especializadas, criando um grupo multidisciplinar. Ao não se verificar esta multidisciplinariedade os resultados obtidos podem não ser os inicialmente esperados. O programa de Barnett et al. (2007) é ilustrativo desta conclusão onde o combate à depressão não se verificou por falta de comunicação entre os técnicos do programa e os técnicos dos cuidados de saúde. É importante, assim, que a intervenção com estas mães não seja apenas vista como um trabalho simples que pretende apenas melhorar as competências dos pais, mas sim como um trabalho complexo que, para garantir resultados positivos efetivos para a mãe e a criança, necessita do apoio de diversas áreas.

Em conclusão, no que respeita à conceção e aplicação de programas destinados a jovens grávidas e mães adolescentes, como verificado, a maioria são internacionais. Nacionalmente o número é escasso (ex.: Lopes, 2005) o que não impede que programas nacionais, dedicados à temática de educação parental já em vigor para outros grupos alvo, não possam também eles serem aplicados com mães adolescentes já que, como a revisão da literatura nos demonstra, são muitos os benefícios dos mesmos para pais e famílias enquadráveis em diversos tipos de situações.

## **6. Referências Bibliográficas**

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., e Santos, M. R. (2010). Avaliação de intervenções de educação parental. Relatório 2007-2010.

Abeche, A. M., Maurmann, C. B., Baptista, A. L., & Capp, E. (2007). Aspectos sócio-económicos do parceiro da adolescente gestante. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27(1), 5-9.

Agostini, S. M. M. (1988). Adolescência: informação sobre anticoncepção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 9 (1), 26-31.

Armstrong, M., Birnie-Lefcovitch, S., e Ungar, M. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*,

14, 269-281. DOI:10.1007/s10826-005-5054-4/j.cfstudies.2010.12.04.

Aracena, M., Krause, M., Pérez, J. C., Bedregal, P., Consuelo Undurraga, C., e Álamo, N. (2012). Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2),165-175.

Arenson, J.D. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *Jornal Pediatric Nurse*, 9(25), 1-7.

Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N., e Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 606-11.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., e Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparision of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.

Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Alperovitz-Bichell, K., e Duggan, A. K. (2007). Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *The Annals of Family Medicine*, 5(3), 224-232.

Barnett, J. K., Papini, D. R., e Gbur, E. (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 26 (102), 457-472.

Barratt, M., e Roach, M. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 97-109.

Bartau, I., Maganto, J., & Etxeberría, J. (2001). Los programas de formation de padres: Una experiência educativa. *Revista Iberoamericana de Education*, 25, 1-17.

Barth R, Leland N, Kirby D, Fetro J. (1992). IN Miller et al. (Eds.). *Enhancing social and cognitive skills* (53-82).

Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405–414.

Brandão, E. R. (2004). Gravidez na adolescência: um desafio ao processo de individualização juvenil. Rio de Janeiro: Sessões Coordenadas do Simpósio Internacional sobre Juventude Brasileira.

Belo, M. A. V., e Silva, J. L. P. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 38, 479-487.

Berlofi, L., M., Alkmin, E., L., C., Barbieri, M., Guazzelli, C., A., F., e Araújo, F., F. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm*, 19(2), 196-200.

Bigras, M., & Paquette, D. (2007). Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe adolescente e seu bebê. *Ciência & Saúde Colectiva*, 12(5), 1167-1174.

Black, M. M., e Teti, L. O. (1997). Promoting mealtime communication between adolescent mothers and their infants through videotape. *Pediatrics*, 99(3), 432–437.

Bolieiro, H. (2010). O direito da criança a uma família: algumas reflexões. In A. Leandro, A. Laborinho Lúcio, & Guerra, P. (Eds.), *Estudos de Homenagem a Rui Epifânio* (99-109). Coimbra: Almedina.

Bornstein, M. H. (1995). Parenting infants. In Marc H. Bornstein, Ed., *Handbook of parenting. Volume I. Children and parenting* (3–39). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Botting, B., Rosato, M., e Wwood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends* 93, Autumn

Boutin, G., e Durning, P. (1994). *Les interventions auprès des parents. Bilan et analyse des pratiques socio-éducatives*. Toulouse: Éditions Privat.

Boxer, A. (1992). Adolescent pregnancy and parenthood in the transition to adulthood. In M. T. M. Rosenheim (Ed.), *Early parenthood and coming of age in the 1990's*. (46-54). New Jersey: Rutgers University Press.

Bradley, R. H. & Caldwell, B. M. (1995). Caregiving and the regulation of child growth and development: Describing proximal aspects of caregiving systems. *Developmental Review*, 15, 38–85.

Britner, P. A., e Reppucci, N. D. (1997). Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 165–175.

Brock, G., Oertwin, M., & Coufal, J. (1993). Parent education: Theory, research and practice. In M. Arcus, J. Schvaneveldt & J. Moss (Eds.), *Handbook of family life education. The practice of family life education* (2, 87-114).

Bromwich R. (1997). Adolescent parents and parenting. Working with families and their infants at risk: a perspective after 20 years of experience. Austin, Texas: Pro-ED. 289- 302.

Brooks-Gun, J., e Fustenberg, F. (1989). Adolescent sexual behaviour. *American Psychologist* 44 (2): 249-257.

Bynner J, e Parsons S. (1999). Young people not in employment, education and training and social exclusion. *Analysis of the British Cohort Study 1970 for the Social Exclusion Unit*.

Canavarro, M. C., e Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Editado por M. C. Canavarro.

Cano, M. A. T., Ferriani, M. G. C., e Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (supl. 2), 283-292.

Carvalho, G. M., Merighi, M.A. B., e Jesus, M. C. P. (2009). Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18, 17-24.

Causby, V, Nixon, C., e Bright, J. M. (1991). Influences on adolescent mother-infant interactions. *Adolescence*, 26(103), 619-631.

Chase-Lansdale, P., e Brooks-Gunn, J. (1994). Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. In C. F. R. Lerner (Ed.), *Applied Developmental Psychology* (207-236). New York: McGraw-Hill.

ChildONEurope. (2003). ChildONEurope: European Network of National Observatories on Childhood. Acedido a 05 de Novembro de 2015, em URL: <http://www.childoneurope.org/>

Cochran, B., Stewart, A., Ginzler, J., e Cauce, A. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*, 92(5), 773-777.

Codega, S. A., Pasley, B. K., e Kreutzer, J. (1990). Coping behaviors of adolescent mothers: An exploratory study and comparison of Mexican-Americans and Anglos. *Journal of Adolescent Research*, 5(1), 34-53.

Coley, R., e Chase-Lansdale, L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidences and future

directions. *American Psychologist*, 53(2), 152-166.

Colman, L. e Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Combs-Orme, T., Wilson, E. E., Caine, D., S., Page, T., & Kirby, L. D. (2003). Context-Based Parenting in Infancy: Background and Conceptual Issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(6).437-472.

Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., e West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 26, 627-634.

Correia, M., e Alves, M. (1990). Gravidez na adolescência: o nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 4(8), 429-434.

Cunha, A. C. B., Nunes, L. R., e Nogueira, D. S. (1999). Maternidade na adolescência: fator de risco para desenvolvimento de crianças com distúrbio de comportamento. In: Nunes FPS, Cunha ACB (orgs.). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Dunya Editora (130-49).

Culp, R., Culp, A. Osofsky, J., e Osofsky, H. (1991). Adolescent and older mothers's interaction patterns with their six-month-old infants. *Journal of Adolescence*, 14, 195-200.

Daddorin, D. (2003). Gravidez na adolescência: Um novo olhar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (1), 84-91.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.

DeAnda, D., Darroch, P, Davinson, M., & Gilly, J. (1992). Stress and coping among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7 (1), 94-109.

Dias, A. C. G., e Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre a sexualidade e gravidez na adolescência: Percepção de jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 109-125.

Dias, A. C. G., e Teixeira, M. A. P. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20 (45), 123-131.

Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3-25.

Dunst, C., e Trivette, C. (1994). Aims and principles of family support programs. In C. Dunst, C. Trivette & A. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families - Methods, strategies and practices* (pp. 30-48). Cambridge: Brookline Books.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7 .

Elkind, D. (1970). Egocentrism in adolescence. In E. Evans (Ed.), *Adolescents: readings in behaviour and*

*development* (pp. 79-90). Hinsdale: The Dryden Press.

Erikson, E. (1968). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Esteves, J. R., e Menandro, P. R. M. (2005). Trajetórias de vida: Repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 363-370.

Falcão, D., V., S., e Salmão, N., M., R. (2006), Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58 (2), 12-23.

Feller, Henson, Bell, et al. (1983). Assessment of adolescent mother-infant attachment. *Issues Health Care Women*, 4(4-5),237-50.

Field, T., e Widmayer, S. (1984). Motherhood. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental theory*, (681-701).

Figueiredo, B. (1997). Questões de avaliação psicológica relativas às perturbações psicopatológicas da maternidade. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo & M. Simões (ED.) *Avaliação psicológica: formas e contextos* (8, V, 475-492). Braga: APPORT.

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento na Maternidade. In Soares (org) *Trajetórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (290-322) Quarteto: Coimbra.



Figueiredo, B. (2000a). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 485-498.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 2, 221-238.

Figueiredo, B., Pacheco, A., e Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológicas*, XXII (3), 551-570.

Finkelhor, D., Hammer, H., e Sedlak, A. (2002). Nonfamily abducted children: National estimates and characteristics US Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Gloger-Tiplet, G. (1991). *Mother's conception of their first child during pregnancy and their effects on sensitive maternal behavior*. Paper presented at the 11th Meetings of International Society for the Study of Behavioral Development, Minneapolis, USA.

Godinho, R. A., Schelp, J. R. B., Parada, C. M. G. L., e Bertoncello, N. M. F. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (1), 101-111.

Gomes, W. A., Costa, M. C., Sobrinho, C. L. N., Santos, C. A. S. T., e Bacelar, E. B. (2002). Nível de informação sobre adolescência, puberdade e

sexualidade entre adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, 301-308.

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventários de Estilos Parentais (IEP): modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Gottesman, M. (1992). Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle and late childbearing: similarities and differences. *Maternal Child Nursing Journal*, 20(2), 93-110.

Granger, C. (1981). *Young adolescents' knowledge of child development*. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University.

Gravad. (2006). Pesquisa de Adolescentes no Brasil. Retrived June 10, 2008 from [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_teorico\\_referencial.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf)

Gravena & Williams (2004). Intervenção com gestantes adolescentes de baixo poder aquisitivo: prevenção de maus-tratos e negligência. *Temas Sobre Desenvolvimento*, 13 (75), 14-20.

Grolnick, W. S., Weiss, L., McKenzie, L., e Wrightman, J. (1996). Contextual, cognitive, and adolescent factors associated with parenting in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (1), 33-54.

Guimarães, E. A., e Witter, G. P. (2007). Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens.

*Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 167-180.

Gullo, D. (1987). *A comparative study of adolescent and older mothers' knowledge of infant abilities*. Comunicação apresentada no Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Baltimore MD.

Guralnick, M., J. (2006). *Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability and Intervention*. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development* (44-61). Oxford, UK: Blackwell Publishers.

Hanson, R. (1990). Initial parenting attitudes of pregnancy adolescents and comparison with the decision about adoption. *Adolescence*, 25(99), 629-642.

Harris, J. L. J. (1998). Urban African American Adolescent Parents: Their Perceptions of Sex, Love, Intimacy, Pregnancy and Parenting. *Adolescence*, 33(132), 833-844.

Havighurst, R. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David Mackay.

Heilborn, M., Salem, T., Knauth, D., Aquino, E., Bozon, M., Rodhen, F., Victoria, C., McCallum, C., e Bandão, E. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez a adolescência. *Horizonte Antropológico*, 8(17): 3-45.

Helm, J., Comfort, M., Bailey, D., e Simmeonsson, R. (1990). Adolescent and

adult mothers of handicapped children: Maternal involvement in play. *Family Relations*, 39, 432-437.

Henly, J. (1993). The significance of social context: The case of adolescent childbearing in the African-American community. *Journal of Black Psychology*, 19(4), 461-477.

Holden G, Nelson P, Velasquez J, e Ritchie K. (1993) Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 28(111), 557-572.

Hoff-Ginsberg, E., e Tardif, T. (1995). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 2, Biology and Ecology of Parenting* (161-188) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Howard, M., McCabe, J. (1992). An information and skills approach for younger teens. IN Miller et al. (Eds.) (83-109).

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014). Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual - INE, Nados-Vivos - Direcção-Geral da Política de Justiça. Acedido a 24 de novembro de 2014 em URL: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2)

Ireson, C. (1984). Adolescent pregnancy and sex roles. *Sex Roles*, 11(3-4), 189-201.

Jacobson L, Wilkinson C, Pill R. (1995). Teenage pregnancy in the United Kingdom in the 1990s: the implications for primary care. *Family Practice*, 12(2), 232-236.

Jarrett, G. (1982). Childrearing patterns of young mothers: expectations, knowledge and practices. *Maternal Child Nursing*, 7, 119-121.

Jongenelen, I. (1998). Gravidez na Adolescência - uniformidade e diversidade no desenvolvimento. Dissertação de Grau de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Universidade do Porto.

Jongenelen, I. (2004). Vinculação em Mães Adolescentes e seus Bebés: Da Matriz Relacional à Matriz Contextual. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., e Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebês. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 20(1), 11-36.

Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 97-147.

Kacir, C. D., e Gordon, D.A. (2000). Parenting Adolescents Wisely: The Effectiveness of an Interactive Videodisk

Parent Training Program in Appalachia, Child & Family Behavior Therapy. *Revista* 21(4), 1-22, DOI: 10.1300/J019v21n04\_01.

Kiernan, K. (1995). Transition to parenthood: young mothers, young fathers – associated factors and later life experiences. Welfare State Programme, Discussion paper WSP/ 113, LSE.

Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolhe, K., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109(3), 339-360.

Kirby, D., Waszak, C. (1992). *School-based clinics*. In Miller et al. (Eds.), 185-219.

Kissman, K. (1992). Parent skills training: expanding school-based services for adolescent mothers. *Research on Social Work Practice*, 2 (2), 161-171. Sage Publications, Inc.

Lagges, A. M., e Gordon, D. A. (1999). Use of an Interactive Laserdisc Parent Training Program with Teenage Parents, *Child & Family Behavior Therapy*, 21(1), 19-37, DOI: 10.1300/J019v21n01\_02.

Lagôa, A. (1991). Meninas e grávidas. *Revista Nova Escola*, 52, 10-25.

Landy, S., Montgomery, J., Schubert, J., Cleland, J., e Clark, C. (1983). Mother-infant interaction of teenage mothers and the effect of experience in the observational sessions on the development

of their infants. *Early Child Development and Care*, 10, 165-186

Landy, S., Montgomery, J., Schubert, J., Clelland, J., e Clark, C. (1983). Mother-infant interaction of teenage mothers and the effect of experience in the observational sessions on the development of their infants. *Early Child Development and Care* 10, 165-186.

Leadbeater, B., e Linares, O. (1992). Depressive symptoms in black and puerto rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, 451-468.

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (1999). Diário da República –I Série –A, nº 204, de 1 de Setembro de 1999, 6115-6132.

Levandowski, D. C., Piccinini, C. A., e Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (campinas)*, 25, 251-263.

Lieberman, K., Le, H-N., e Perry, D. F. (2014). A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. *Journal of Adolescence*, 37, 1227-1235.

Lopes, I., F. (2005) Intervenção Precoce. Intervir para prevenir: efeitos de um programa de formação parental em jovens mães. Mestrado em Educação Especial. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Lopes dos Santos, P. (1990). *Papel dos factores da interacção mãe-filho no crescimento somático do recém-nascido*.

Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Lourenço, M. M. C. (1998). Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência. A Adolescente, a Família e a Escola. Lisboa: Fim do Século.

Loss, M. A., e Sapiro, C. M. (2005). Processos psíquicos do engravidamento na adolescência em contexto de periferia: Impasses e possibilidades. *Psicologia USP*, 16 (4), 69-98.

Luker, K. (1992). Dubious conceptions: the controversy over teen pregnancy. In A. S. Skolnick, & J. H. Skolnick (Eds.), *Family in transition* (160-172). New York: Havrer Collins.

Luster, T., Bates, L., Fitzgerald, H., e Vandenberg, M. (2000). Factors related to successful outcomes among preschool children born to low-income adolescent mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 133-146.

Mann, B. (2008). *What works for whom? Promising practices in parenting education*. Ottawa: Canadian Association of Family Resource Programs.

Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*, (pp. 159-187). New York: John Wiley & Sons.

Marques Vidal, J. (2010). Crianças, jovens e tribunais. In A. Leandro, A. Laborinho Lúcio, & Guerra, P. (Eds.), *Estudos de Homenagem a Rui Epifânio* (111- 128). Coimbra: Almedina.

- Martín, J., Chavez, M., Rodrigo, M., Byrne, S., Ruiz, B., & Suárez, G. (2009). Programas de educación parental. *Intervención Psicosocial, 18* (2), 21-133.
- Maskey, S. (1991). Teenage pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disturbance. *J R Soc Med.*
- Matasuhashi M, e Felice M. (1991). Adolescent body image during pregnancy. *Journal of Adolescent Health; 21*, 313-315.
- M. E., CCPES, APF, DGS, CAN, & RNEPS (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- McGadney, J. (1995). Differences in adolescent body image during pregnancy. *Journal of Adolescent Health, 21*, 313-315.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood (experiences from teens to forties)*. New York: Springer Publishing Company.
- Merrick, E. (1995). Adolescent Childbearing as Career Choice: Perspective from an Ecological Context. *Journal of Counseling and Development 73*, 288-195.
- Miller, S. A. (1988). Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child Development, 59*, 259-285.
- Monteiro, D. L. M., Cunha, A. A., e Reis, A. F. F. (1994) Risk factors in teenagers' pregnancy. *Int J Obstet Gynecol, 46*(1), 88.
- Monteiro, D. L. M., Fagim, I. G., Paiva, A. S., e Cunha, A. A. (1998). Programa de assistência multidisciplinar à gravidez na adolescência. In D. Monteiro, A. A. Cunha & A. C. Bastos (Orgs.), *Gravidez na adolescência* (147-169). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moore, K., e Snyder, N. (1991). Cognitive development among children of adolescent mothers. *American Sociological Review, 56*, 612-624.
- Morgan, C., Chapar, G. N., e Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence, 30*(118), 277-289.
- Musick, J. (1993). *Young, poor and pregnant: the psychology of teenage motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Nações Unidas. (2011). *Indicadores de Desenvolvimento Global*. Acedido a 4 de Abril de 2015 em de URL: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=761&crd>
- Nogueira, S. C., Rodrigues, O. M., P., R., e Altafim, E. R. P. (2013). Práticas educativas de mães de bebês: efeitos de um programa de intervenção. *Psicologia em Estudo, Maringá, 18* (4), 599-609.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: an evidence based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25 doi: 10.1002/imhj.20077
- Oliveira (2005). Maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbanas: Algumas análises à luz da Psicologia Ambiental. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 15*(1), 69-77.

Olsen J, Weed S, Ritz G, Jensen L. (1991). The effects of three abstinence sex education programs on student attitudes toward sexual activity. *Adolescence*, 26(103), 631-641.

Osofsky, J. D. (1997). Psychosocial risks for adolescent parents and infants: clinical implications. In J.D., Noshpitz, S., Greenspan, J. Wieder, J. Osofsky (Ed.). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (191-201). New York: John Wiley & Sons.

Osofsky, J., Eberhart-Wright, A., Ware, L., e Hann, D. (1992). Children of adolescent mothers: a group at risk for psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 119-131.

Osofsky, J., Hann, D., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for Mothers and Infants. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (106-119). New York: The Guilford Press.

Otálora, C., Martínez, D., Lomelli, Z. (1997). Maternidad, un deseo compartido y una tarea solitaria (Resumos). In Sociedade Interamericano de Psicologia (p.120). São Paulo: Autor.

Oswalt, K., Biasini, F., Wilson, L., e Mrug, S. (2009). Outcomes of a massage intervention on adolescent mothers: a pilot study. *Pediatric Nursing*, 35(5), 284-289.

Pacheco, A. P., Costa, R. A., e Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e

sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1),35-59.

Parker BM Jr, Soeken K, Torres S. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nursing Research*, 42(3), 173-178.

Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellenbach, C. J., Maxwell, S. E., Keogh, D., e Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 109, 97-122.

Perrin, J. M. & Kagan, J. (1999). The role of parents in children's psychological development. *Pediatrics*, 104, 164-167.

Phipps-Yonas, S. (1980). Teenage pregnancy and motherhood: a review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(3), 403-431.

Pirog-Good, M. (1995). The family background and attitudes of teen fathers. *Youth & Society*, 26(3), 351-376.

Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F., e Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence*, 29(114), 331-343.

Raeff, C. (1994). Viewing adolescent mothers in their own terms: linking self-conceptualization and adolescent motherhood. *Developmental Review*, 14, 215-244.

Ragozin, A. S., Basham, R. B., Crnic, K. A., Greenberg, M. T., e Robinson, N. M. (1982). Effects of maternal age on parental role. *Developmental Psychology*, 18, 627-634.

Ramiro, L., e Matos, M. G. (2007). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista Saúde Pública*.

Ravert, A. A., e Martin, J. (1997). Family stress, perception of pregnancy and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence*, 32(126), 261-269.

Recomendação 19 (2006). *Relatório da 28ª reunião do Conselho de Ministros do Conselho da Europa responsáveis pelos Assuntos da Família (Lisboa, 2006)*. Disponível em <http://www.coe.int/t/dg3/youthfamily> ou [http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/EMMFXIX-\(2009\)1Positive%20Parenting\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/EMMFXIX-(2009)1Positive%20Parenting_en.pdf).

Reis, J. (1988). Child-rearing expectations and developmental knowledge according to maternal age and parity. *Infant Mental Health Journal*, 9(4), 287-304.

Reis, J., & Herz, E. (1987). Correlates of adolescent parenting. *Adolescence*, 22(87), 599-609.

Roosa, M. (1983). A comparative study of pregnant teenagers' parenting attitudes and knowledge of sexuality and child development. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 213-223.

Roosa, M., Fitzgerald, H., & Carlson, N. (1982). Teenage and older mothers and their infants: A descriptive comparison. *Adolescence*, 17, 1-17.

Sabroza, A. R., Leal, M. C., Gama, S. G. N., e Costa, J. V. (2004). Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1).

Samuels, V. J., Stockdale, D. F., e Crase, S. J. (1994). Adolescent mothers adjustment to parenting. *Journal of Adolescence*, 17, 427-443.

Santos, A., e Caralho, C. V. (2006). Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório. *Boletim de Psicologia*, 56, 135-151

Schiro, E. D. B., e Koller, S. H. (2011). Ser adolescente e ser mãe: investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. *Análise Psicológica*, 4 (XXIX), 521-533

Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., e Silveiras, E. F. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 227-234.

Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, S1–S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690

- Silva, L., e Tonete, V., L., P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(2),199-206.
- Silva, N. C. B., Bomfim, T., Cardozo, N. P., Franco, M. A. P., e Marques, S. L. (2007). Proposta de instrumento para avaliar conhecimentos sobre métodos contraceptivos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17, 365-374.
- Singh, S., Samara., R. (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, 22, 148-157.
- Slade, A. (2007). Reflective Parenting Programs: Theory and Development, *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 26 (4), 640-657, DOI: 10.1080/07351690701310698.
- Soares, I., e Campos, B. P. (1986). Educação sexual e desenvolvimento psicossocial. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 71-79.
- Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., e Matos, R. (2001). Gravidez na Adolescência: Um estudo Longitudinal. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Editado por M. C. Canavarro. Coimbra: Quarteto, (359-407).
- Sorensen, R. (1973). *Adolescent sexuality in contemporary América*. New York: World Publishing.
- Sousa, M. C. R., e Gomes, K. R. O. (2009). Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes de uma maternidade pública do Ceará. Escola Anna Nery – *Revista de Enfermagem*, 8, 205-210.
- Spieker, S., J., e Booth, C., L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Orgs.), *Clinical implications of attachment* (95-135). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Stevens-Simon, C., e Mc Anarney, E. (1996). Adolescent pregnancy. In WHR DiClement, &. *Handbook of adolescent health risk behaviour* (313-332).
- Tanner, J. M. (1962). *Growth at Adolescence*. 2ed. Oxford: Blackwell
- Tanner, J. (1981). *The history of the study of human growth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taquete, S. R. (1992). Sexo e gravidez na adolescência, estudos de antecedentes bio-psico-sociais. *Jornal de Pediatria*, 68 (3/4), 135-139.
- Thomas B, Mitchell A, Devlin M, Goldsmith C, Singer J, Watters D. (1992). *Small group sex education at school: the McMaster teen program*. In Miller et al. (Eds.), pp. 28-52.
- Thorman, M. (1985). Attitudes of adolescents toward infants and young children. In H. N. Anastasiow (Ed.), *The At-Risk Infant* (41-49). Baltimore: P. Brooks Publishing Co.



Thompson, S. J., Zittel-Palamara, K. M., e Maccio, E. M. (2004). Runaway Youth Utilizing Crisis Shelter Services: Predictors of Presenting Problems, *Child and Youth Care Forum*, 33 (6), 387–404. DOI: 10.1007/s10566-004-5263-9.

Tiba, I. (1992). *Sexo e adolescência*. São Paulo: Ática.

Traverso-Yepetz, M. A., & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14, 133-14.

Trindade, Z. A., e Menandro, M. C. S. (2002). Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia* 7(1), 15-23.

Valentine, D. P. (1982). The experience of pregnancy: A developmental process. *Family Relations* 31, 243-248.

van IJzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: a review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.

Vieira, L. M., Saes, S. O., Dória, A. A., e Goldberg, T. B. L. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira da Saúde Materno-Infantil*, 6, 135-140.

Vieira, L. M., Goldberg, T., B., L., Saes, S. O., e Dória, A., A., B. (2010). Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio – um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3149-3156.

Vilella, W. V., e Doreto, D. T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2467-2172.

Voydanoff, P., Donnelly, B. W. (1990). *Adolescent Sexuality and Pregnancy*. Family Studies Text Series 12. Newbury Park: SagePublications.

Vukelich, C., & Kliman, D. (1985). Mature and teenage mothers' infant growth expectations and use of child development informations sources. *Family Relations*, 34, 189-196.

Ximenes Neto, F. R. G., Dias, M. S. A., Rocha, J., e Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: Motivos e percepções das adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 279-285.

Yazaki, L. M. (2008). Maternidades sucessivas em adolescentes no Estado de São Paulo. Anais do Encontro Nacional de Estudos Populares. Recuperado em 20 junho 2009, em URL: [www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1170.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1170.pdf).

Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (2000). Early parenthood in context: Implications for development and intervention. In C. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.

Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A. e Field, J. (1996). Teenage sexuality, fertility and life chances. A report prepared for the Department of Health

using data from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., e Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. S. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (68-88). New York: The Guilford Press.

Williams, T. H., Dumas, B. P., e Edlund, B. J. (2013). An evidence-based parenting intervention with inner-city teen mothers. *J Natl Black Nurses Assoc.*, 24(1):24-30.

World Health Organization [WHO] (2014). Adolescent pregnancy. Acedido a 24 de novembro de 2014 em URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

Zabin L. (1992). *School-linked reproductive health services: the Johns Hopkins Program*. IN Miller et al. (Eds.), 156-184.

Zabin, L., e Hayworth, S. (1993). *Adolescent sexual behavior and child bearing*. California: Sage Publications.

Zoccolillo, M., Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Zoccolillo, M., Meyers, J., & Assiter, S. (1997). Conduct disorder, substance dependence, and adolescent motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 152-157.

Zongker, C. (1977). The self-concept of pregnant adolescent girls. *Adolescence*, 12(48), 477-488.

# **MATERNIDADE ADOLESCENTE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO**

## **RESUMO**

A adolescência constituiu uma fase crítica marcada por transformações na vida do indivíduo. Se se juntar a esta equação a maternidade precoce, bem como a institucionalização, são muitas as mudanças que ocorrem na experiência de vida da adolescente. As mães adolescentes são consideradas como um grupo de risco e frequentemente, devido a adversidades familiares de natureza diversa, o apoio que lhes é proporcionado não é o mais adequado, traduzindo-se em risco para o seu próprio desenvolvimento e para o desenvolvimento do seu filho. Para colmatar esta falha existem diversas instituições especializadas no acolhimento a grávidas e jovens mães adolescentes que as apoiam na criação num projeto de vida. Foi neste contexto que se implementou um Programa de Capacitação Familiar dirigido a sete mães adolescentes, entre os 15 e 19 anos, e seus filhos, entre os 3 meses e 1,9 anos, institucionalizados. O programa desenvolveu-se ao longo de 6 meses em 26 sessões, pretendendo-se averiguar os seus efeitos no stress parental, sentido de competência parental, rede de apoio social e conhecimentos do desenvolvimento infantil. Apesar dos resultados não mostrarem diferenças significativas entre o pré e pós-teste, nas dimensões referidas, verificou-se um elevado nível de satisfação das participantes no decorrer do programa evidenciado através dos seus próprios testemunhos e de observação por parte dos Líderes do programa. O *Programa A PAR* poderá ser importante para mães adolescentes, no entanto os resultados sugerem uma análise da estrutura e conteúdos do mesmo.

**Palavras-chave:** Maternidade na Adolescência, Mães Adolescentes Institucionalizadas, *Programa A PAR-Aprender em Parceria*, Parentalidade Positiva.

## **ABSTRACT**

Adolescence is a critical phase marked by transformation in the individual's life. If to this equation we join early motherhood, as well as institutionalization, there are several changes that occur in the adolescent's experience. Teenage mothers are considered to be a risk group and often due to family adversities of different nature, the support provided to them isn't the most appropriate, putting at risk their own development and the development of their child. To fill this gap, there are several institutions specialized in welcoming pregnant and young adolescent mothers who support them in creating a life project. It was in this context that a Family Training Program was implemented to seven adolescent mothers between the ages of 15 and 19 and their children between the ages of 3 months and 1,9 years, institutionalized. The program was developed over a period of 6 months in 26 sessions, aiming to investigate its effects on parental stress, sense of parental competence, social support network and knowledge of child development. Although the results didn't show significant differences between the pre- and post-test, in the referred dimensions, there was a high level of satisfaction of participants during the program evidenced through their own testimonies and observation by the program Leaders. The *A PAR Programme* may be important for adolescent mothers, however the results suggest an analysis of the structure and contents.

**Keywords:** Motherhood in Adolescence, Institutionalized Adolescent Mothers, *Program A PAR – Aprender em Parceria*, Positive Parenting.

## **1. Introdução**

Como a literatura tem demonstrado, a adolescência constitui uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, decisiva para a formação da personalidade do indivíduo, marcada por inúmeras transformações físicas, biológicas, psicológicas e sociais. São várias as etapas pelo que o adolescente deverá passar até atingir a fase adulto (Havinghurst, 1972), sendo que a família é considerada como a principal fonte de suporte social (Henly, 1997; Ribeiro, 1999) e, como referem Wakschalag & Hans (2000) e Figueiredo (2001), os pares serão também relevantes no universo relacional dos jovens.

Somando à equação da adolescência, a maternidade precoce, poderá surgir mais um elemento de mudança que poderá ser não só gerador de dúvidas, receios, mas também de fantasias e alegrias, para a maioria das jovens mulheres (Canavarro & Pereira, 2001; Moore & Brooks-Gunn, 2002; Schiro & Koller, 2011). Apesar de poder ser considerado como um momento de alegria, o facto da maternidade ocorrer nesta etapa vulnerável, em que as adolescentes se encontram num processo de desenvolvimento poderá traduzir-se em várias consequências.

A literatura, na sua maioria, apresenta no que toca a este fenómeno, investigações com adolescentes de classes desfavorecidas, sendo que as

grávidas e mães adolescentes de classes socioeconómicas mais elevadas não são, na maioria, representadas nos estudos (ex.: Falcão & Salmão, 2006). Tal situação poderá dever-se a não se verificar um número significativo de casos ou poderá colocar-se a hipótese que, com o apoio prestado pela família, as condições que as mães adolescentes vivenciam podem não ser assim tão avassaladoras para o seu desenvolvimento. Heilborn et al. (2002) apresentam mães adolescentes de classes médias e altas com um apoio por parte da família, podendo continuar os seus estudos e as suas formações, ao contrário do que acontece com as mães adolescentes de outras classes sociais sujeitas à mesma condição.

As grávidas e mães adolescentes, na sua maioria, podem apresentar, assim, diversas condições de vida que não são favoráveis ao seu desenvolvimento e que, por vezes, são também os fatores condicionadores do aparecimento de uma gravidez precoce como, por exemplo, a pobreza extrema associada à falta de conhecimentos e de proteção resultantes da falta de afeto ou de famílias destruídas que levam as adolescentes a procurar apoio e afeto fora do contexto familiar. Ao ocorrer a gravidez na adolescência estes fatores serão agravados (e o bebé poderá estar também sujeito a diversas situações de risco), como por exemplo as menores oportunidades de trabalho ou trabalho

precário para estas jovens, abandono escolar ou pouca evolução do mesmo e uma maior pobreza relacional verificada na díade, entre muitas outras situações.

Há que referir também, neste cenário já pouco favorável, que as condições das mães podem ainda ser mais agravadas com as reações negativas por parte dos pais e do próprio companheiro, sentindo-se desamparadas e sendo muitas das vezes expulsas de casa ou começando a sofrer agressões por parte das famílias, o que se traduz normalmente na intensificação da dificuldade em continuar o seu projeto de vida com apoio familiar e afetivo.

A ausência desse apoio afetivo poderá ser uma causa de dificuldade na gravidez, encontrando-se associado ao stress e depressão materna, que pode dever-se, por exemplo, à má experiência com a gravidez, à não aceitação do feto e, muitas vezes, à falta de apoio com todas as consequências que isso implica. Larson (2004) aponta a natureza da relação entre as mães adolescentes e os seus próprios pais como uma componente importante, visto que, na sua investigação, uma crítica feita por parte de um dos pais da jovem, associava-se a um aumento do nível de stresse das jovens mães. A mesma autora refere ainda a relação com o parceiro como um indicador de stress parental, sendo que se a relação não for favorável poderá conduzir a índices mais elevados de stress.

Devido às condições que apresentam, a maioria destas adolescentes encontra-se em risco, um risco psicossocial, sendo que as consequências deste risco originam grandes alterações na vida da mãe adolescente, que necessita de um apoio para enfrentar os desafios da maternidade. Caso as mães não sejam bem-sucedidas, e os riscos sejam uma grande condicionante, os seus filhos, que por não terem na maioria das vezes as condições necessárias para um crescimento harmonioso, são também sinalizados como crianças de risco.

Assim, o fenómeno de gravidez precoce reflete o facto de que nem as famílias nem o Estado conseguiram prevenir e proteger estas jovens de riscos sociais como o agravamento da pobreza, abandono escolar, diminuição do padrão de vida e problemas no futuro profissional, dificuldades no desenvolvimento psicossocial das mães e dos bebés, fatores estes que levam a profundas alterações no projeto de vida (Rodrigues, 2006).

É nesta medida que, para proteger estas jovens e os seus filhos, se apresenta neste artigo a Lei n.º 147/99, recentemente reestruturada denominando-se agora de Lei n.º142/2015, sendo que apesar de defender a família como responsável pela criança ou jovem, o artigo 3º defende a intervenção para a promoção dos direitos

da criança ou jovem<sup>2</sup> em perigo quando os seus cuidadores ou representante legal os colocam em perigo a nível de segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. São assim considerados em perigo quando: se encontram abandonados ou entregues a si próprios, são vítimas de maus tratos físicos, psíquicos ou de abusos sexuais; não são proporcionados os cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal; veem-se obrigados a cumprir atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade, situação pessoal, formação ou desenvolvimento; estão sujeitos, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou equilíbrio emocional; demonstram situações de consumo que afetam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os cuidadores se lhes oponham de forma a remover essa situação (artigo 3).

Quem intervém nestas situações podem ser as entidades competentes em matéria de infância (singulares ou coletivas, públicas, cooperativas, sociais ou privadas) que têm legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem em perigo consensualmente com os pais ou cuidadores (artigo 5º). No caso de não conseguirem atuar de forma adequada são

---

<sup>2</sup> pessoa com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos (art.5).

substituídas pelas comissões de proteção de crianças e jovens (artigo 8) que, no entanto, só podem intervir com o consentimento expresso dos pais (artigo 9). Caso se verifiquem outras questões terá de interferir a intervenção judicial.

Estas medidas de promoção dos direitos e de proteção das crianças e dos jovens em perigo visam: afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral; garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso. Podem observar-se quer medidas de apoio num ambiente natural (a, b, c, d) e num ambiente de instituição (e, f):

a) apoio junto dos pais: proporcionar à criança/jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica (artigo 39);

b) apoio junto de outro familiar: colocação da criança/jovem sob a guarda de um familiar com quem resida ou a quem seja entregue, acompanhada de apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica (artigo 40)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Na medida a e b os pais/ familiares a quem a criança/jovem é entregue podem beneficiar de um programa de formação, visando o melhor exercício das funções parentais.

c) confiança a pessoa idónea: colocação da criança/jovem sob a guarda de uma pessoa que, não pertencendo à sua família, tenha estabelecido uma relação de afetividade recíproca (artigo 44);

d) apoio para a autonomia de vida: proporcionar diretamente ao jovem com idade superior a 15 anos apoio económico e acompanhamento psicopedagógico e social, através do acesso a programas de formação, visando proporcionar-lhe condições que o habilitem e lhe permitam viver por si só e adquirir progressivamente autonomia de vida (artigo 45).

e) acolhimento familiar: atribuição da confiança da criança/jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito, visando a sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e a educação necessária ao seu desenvolvimento integral (artigo 46).

f) acolhimento em instituição: colocação da criança/jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar

e desenvolvimento integral (artigo 49).

É sobre esta última medida de proteção que este artigo irá recair, a institucionalização de grávidas e mães adolescentes e o apoio prestado às mesmas nessa sua nova função, avaliando os benefícios de um programa de capacitação familiar (educação parental).

## **2. Maternidade na Adolescência e a Institucionalização**

Apesar da temática da maternidade na adolescência ser alvo de variadas investigações, estudos sobre esse fenómeno em contexto institucional são escassos (ex.: Vilaça, 2005). Podem-se encontrar investimentos na investigação da institucionalização referente a crianças e jovens em risco, não especificando, contudo, o grupo das grávidas ou mães adolescentes. Surge, por vezes, uma menção a esse grupo, referindo, no entanto, que o facto dos jovens estarem institucionalizados poderá ser um fator condicionador da gravidez precoce ao procurarem o afeto que não receberam (Manlove, Welti, McCoy-Roth, Berger & Malm, 2011).

A maioria das investigações refere o surgimento da institucionalização, muitas vezes como, a única garantia de sobrevivência de muitas crianças e jovens perante situações de pobreza (Oriente & Sousa, 2005). Magalhães (2005) acresce a esta ideia a problemática dos maus-tratos

como um dos fatores que leva à institucionalização. Não são mencionados, contudo, os apoios à maternidade precoce.

Ao abordar-se o tema acolhimento em institucionalização há que diferir, contudo, as duas situações que poderão ocorrer: o de curta duração - casa de acolhimento temporário por prazo não superior a seis meses - ou o prolongado - lar de infância e juventude com um acolhimento de duração superior a seis meses.

No trabalho com adolescentes mães o que se verifica mais vantajoso é o acolhimento de mais de 6 meses permitindo a criação de um projeto de vida seu e dos seus filhos. Devido às condições das suas famílias são direcionadas por diferentes mecanismos de apoio social (CPCJ, Tribunais, Centros de Saúde, Linhas de Apoio...), para instituições de acolhimento (públicas ou cooperativas, sociais ou privadas com acordo de cooperação com o Estado), permanecendo no caso das mães adolescentes com os seus filhos durante um período de tempo normalmente alargado (de acordo com as avaliações que podem vir a ser feitas poderá ser um período mais curto).

Apesar de acolher as jovens mães, as instituições de acolhimento funcionam em regime aberto - livre entrada e saída da criança/jovem da instituição, de acordo com as normas gerais de funcionamento e ainda permitem aos pais ou representante legal visitar a criança/jovem de acordo com

as regras e horários, salvo decisão judicial contrária. Estas instituições são organizadas em unidades que favoreçam uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade. No entanto, apesar da criação deste ambiente, Martins (2005) defende que a institucionalização pode ser um fenómeno de exclusão nos jovens.

No caso das instituições que acolhem mães adolescentes, verifica-se em Portugal que a sua grande maioria tratam-se de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (Vilaça, 2005), mas, no entanto, a resposta oferecida por vezes não consegue ser suficiente para a procura. As instituições mostram um número de acolhimento possível, por vezes, muito reduzido como, por exemplo, acolhimento máximo de 6 grávidas ou mães adolescentes com os seus filhos até aos 3 anos, ou acolhimento de 20 adolescentes e 15 crianças, ou outra com capacidade para 20 crianças e seus filhos e ainda o acolhimento noutra instituição de 8 a 10 grávidas. As instituições favorecem as mães solteiras em situações de risco e carenciadas e preferencialmente menores de 18 anos (Vilaça, 2005).

Estas instituições dispõem de uma equipa técnica multidisciplinar (psicologia, serviço social, educação, medicina, direito, enfermagem) que acompanha as mães e a quem cabe o diagnóstico da situação da criança ou jovem e a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção



(artigo 54). Uma vez que se verificam muitas carências e a necessidade de um apoio individualizado às mães no sentido do seu percurso escolar e de trabalho, permitindo que a mãe se torne autónoma, verifica-se também muito necessário o trabalho das competências maternas com este grupo. É neste sentido que se vê propício a realização de um programa de educação parental nestas instituições.

A institucionalização de mães adolescentes é vista como uma oportunidade das mães, com a ajuda de profissionais, conseguirem criar um projeto de vida e serem autónomas, com uma vida mais equilibrada para si e para os seus filhos, sendo-lhe proporcionados fatores positivos para essa oportunidade longe de um contexto avassalador sobrecarregado de fatores negativos. Neste sentido, verificam-se diferentes tipos de acompanhamento técnico às adolescentes como, por exemplo, a nível da psicologia através da criação dos projetos de vida e orientação pessoal, a nível social com o auxílio na procura de escolas, trabalho, ou ainda a nível de autonomia realizado diariamente com o apoio de monitores ou educadores que, com base num acompanhamento mais sistemático, ajudam a promover o desenvolvimento ou melhoria de capacidades necessárias para a vida da casa, e para os cuidados com os seus filhos. De salientar que este último aspeto, poderá ser uma tarefa de difícil resolução junto deste grupo (mas muito

importante visto que a extensão e a qualidade dos conhecimentos parentais serem considerados vitais para melhorar o desenvolvimento e saúde das crianças), uma vez que o conhecimento que as mães adolescentes têm das crianças são menores e menos realistas quando comparadas com mães adultas (Bornstein, Cote, Haynes, Hahn e Park, 2010). Ilustrando esta ideia, a investigação de Bornstein, Cote, Haynes, Hahn e Park (2010) mostra que mães mais velhas, com maior escolaridade ou maior estatuto socio económico obtêm maiores pontuações no que se refere ao conhecimento das crianças.

Com todo o apoio prestado, na ótica das IPSS, as utentes ficam autónomas quando podem prosseguir as suas vidas sem a vigilância e o apoio material e psicológico dos técnicos. No entanto, verifica-se que a maioria regressa mais tarde procurando proteção e encaminhamento devido a dificuldades nas suas trajetórias profissionais, afetivas, entre outras. Verifica-se, assim, uma continuidade na assistência social a estas mães (Paugam, 1991).

Verifica-se, contudo, apesar do apoio prestado por estas instituições, uma falta de intervenção mais especializada no que se refere às competências parentais. A maioria das vezes, quando as mães chegam às instituições, demonstram os ambientes familiares complicados através da relação que estabelecem com o seu

filho. É neste sentido que se reflete a importância de um programa de capacitação familiar junto destas mães no contexto de institucionalização e que surge o presente estudo.

Vários autores (Feldman, 1994; Mendez-Baldwin & Rosnagel, 2003; Brandão, 2004) apresentam os programas de formação e treino de pais como possíveis e excelentes oportunidades para melhorar os níveis de informação e competências educativas parentais, estando associados a resultados positivos na percepção de autoeficácia e satisfação no desempenho das funções parentais. Outros autores realizando mais especificamente intervenções com adolescentes demonstram também benefícios quer para as mães quer para as crianças (ex.: Coren, Barlox, Stewart-Brown, 2003; Williams, Dumas & Edlund, 2013; Lieberman, Le & Perry, 2014). No entanto, a literatura não apresenta informações deste tipo de intervenção com mães adolescentes quando institucionalizadas, pelo que este estudo demonstra-se de interesse na abordagem deste aspeto. A literatura tem apenas apresentado instituições a nível de contexto de institucionalização prisional ou então de casa de acolhimento, mas não especificando o grupo de mães adolescentes (Miller et al., 2014; Cruz, 2009).

Devido à condição destas mães, considera-se de interesse aplicar um

programa de Capacitação Familiar denominado *Programa A PAR – Aprender em Parceria* que trabalha com as famílias e as suas crianças, reforçando a ideia de que não é apenas a criança que necessita de intervenção. Este programa foi alvo de investigação – “Evolution of Effectiveness of the A PAR Project in Portugal. Child Development and Parental Education” (Nabuco, Aguiar, Costa & Morais, 2011) - e tem demonstrado benefícios em grupos variados em situações de risco e vulnerabilidade como a pobreza, exclusão social, falta de redes de apoio, entre outros aspetos, pelo que se mostra interessante de aplicar com este grupo de mães adolescentes também considerado de risco.

A presente investigação pretende, assim, verificar se a participação no programa A PAR se pode associar a melhorias em diversas dimensões relacionadas com as mães, as crianças e a interação entre ambas, nomeadamente: o stress parental, o sentido de competência parental, a rede de apoio social e os conhecimentos do desenvolvimento da criança.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Participantes**

Para o presente estudo, das 21 mães contactadas e entrevistadas para participarem na investigação, pode contar-se apenas com a participação de 7 mães dos 15 aos 19 anos e seus respetivos

filhos de idades compreendidas entre 3 meses e 1 ano e 9 meses, acolhidos numa instituição de acolhimento de maternidade na adolescência na área da grande Lisboa.

ocorrendo o parto já no período de institucionalização, duas mães juntaram-se à instituição quando os filhos tinham ou estavam a fazer 1mês e apenas uma mãe

**Tabela 1 – Composição da Amostra**

| Mãe                |               | Criança             |      |                 |
|--------------------|---------------|---------------------|------|-----------------|
| Idade              | Nacionalidade | Ocupação            | Sexo | Idade           |
| 18                 | Portuguesa    | Escola - Secundário | M    | 1 ano e 8 meses |
| 18 anos e 3 meses  | Portuguesa    | Em casa             | M    | 8 meses         |
| 19 anos            | Portuguesa    | Escola - Secundário | F    | 1 ano e 9 meses |
| 18 anos            | Moçambique    | Escola - Secundário | F    | 1 ano e 7 meses |
| 15 anos e 10 meses | Guiné         | Em casa             | F    | 3 meses         |
| 17 anos            | Portuguesa    | Escola Profissional | M    | 9 meses         |
| 15 anos e 10 meses | Portuguesa    | Escola Profissional | M    | 2 meses         |

O contexto de origem das participantes é diversificado, verificando-se uma predominância de famílias de nível socioeconómico baixo (apenas numa das famílias se observa um nível médio), apresentando ainda, algumas características específicas como a destruturação, famílias numerosas, monoparentalidade, famílias de adoção e, ainda, casos de mães residentes em instituições de acolhimento desde a infância.

Verifica-se também uma variedade no tempo da institucionalização das mães, sendo que se podem identificar mães institucionalizadas há dois anos e outras apenas há alguns meses aquando do início da investigação.

De salientar que destas mães, três entraram grávidas na instituição (do segundo ao terceiro trimestre de gravidez),

se juntou quando o filho já tinha quase 1 ano de idade.

Os motivos de entrada foram diversificados, sendo por falta de acompanhamento das famílias, por se encontrarem já institucionalizadas e necessitarem de um apoio mais especializado após a gravidez, por desentendimentos e maus tratos familiares, entre outros aspetos. As entradas na instituição devem-se à sinalizações da Comissões Crianças e Jovens em Risco, Tribunais, Assistentes Sociais ou outras Instituições. Verifica-se ainda um caso, apesar de raras as exceções, de uma mãe das mães que procurarem o apoio da instituição não querendo ficar com a sua família.

### **3.2. Procedimentos**

Realizou-se inicialmente uma pesquisa de instituições que acolhessem,

em residências, mães adolescentes e os seus respetivos filhos, sendo que a investigadora limitou os contactos prévios à área de Lisboa e periferia, visto ser o mais viável para a implementação do programa e realização da investigação. Desta forma, estabeleceu-se contacto com três instituições que acolhem mães adolescentes, das quais se recebeu resposta positiva de duas instituições relativamente à sua participação no estudo, não se tendo conseguido um contacto efetivo com a terceira - apenas um contacto telefónico e e-mail, no qual os responsáveis da instituição referiram que as mães adolescentes não demonstraram vontade em colaborar com a investigação.

Após reuniões com ambas as Instituições de forma a apresentar o *Programa A PAR – Aprender em Parceria*, bem como a apresentar os objetivos da investigação (de salientar que a *Instituição A* já conhecia o programa tendo sido realizadas 11 sessões com algumas das mães no ano anterior), foi concedida a autorização para a realização da investigação. De salientar que, no que se refere à implementação do programa, através da realização de sessões *A PAR*, apenas a *Instituição A*, mostrou disponibilidade, pelo que as mães da *Instituição B* seriam consideradas como um grupo em espera, que usufruiria, no ano letivo seguinte, da implementação do *Programa A PAR*, na sua Instituição. O presente estudo, com grupo único e

amostra de conveniência, constituiu assim a única possibilidade de realização da investigação, pelo que não foi possível constituir grupos de sujeitos mais homogéneos, em função de variáveis específicas como, por exemplo, a idade, o estatuto socioeconómico e o nível de instrução, e assim os distribuir pelos grupos experimental e em espera. Os grupos ficaram definidos, deste modo, com base na instituição em que as mães residiam.

Após autorização, procedeu-se à recolha de dados com os técnicos das instituições e à aplicação dos instrumentos com as mães acolhidas. Na *Instituição A* o processo iniciou-se com uma entrevista individualizada a catorze mães, na qual foram apresentados os objetivos da investigação, preenchido o consentimento informado, prestados esclarecimentos relativos às dúvidas colocadas e preenchimento dos instrumentos de avaliação (pré-teste). Devido à pouca disponibilidade da *Instituição B*, a explicação do objetivo do estudo, o preenchimento do consentimento informado e a aplicação dos instrumentos foi realizada em grupo, numa sala com todas as mães participantes – sete -, em simultâneo. A investigadora esteve presente, por forma a poder esclarecer dúvidas que pudessem surgir. De referir que, no caso das mães menores, foi ainda pedida uma autorização ao técnico responsável da Instituição. De salientar os

cuidados do ponto de vista ético, a garantia da confidencialidade dos dados, bem como o direito de privacidade e anonimato quer das instituições quer das participantes, devidamente explicitados no consentimento informado. De referir ainda que no caso da *Instituição A*, uma das mães não quis participar no estudo, mas uma vez que o programa era aberto, a mesma frequentou as sessões. Também não foi possível incluir as respostas aos instrumentos do pré-teste de uma das mães, visto a mesma apresentar dificuldades na decodificação e compreensão escrita pelo que o processo de preenchimento foi realizado conjuntamente com a investigadora que considerou, dado o comportamento da mãe, que as suas respostas poderiam não ser fiáveis, pelo que eliminou estes dados do estudo.

Para além deste primeiro momento de pré-teste verificou-se, na *Instituição A*, entrada de novas mães (N=2) que foram incluídas no programa, sendo por isso, e um pouco mais tarde, realizado o mesmo procedimento descrito anteriormente.

Posteriormente ao pré teste, procedeu-se à realização de uma sessão de demonstração do *Programa A PAR - Aprender em Parceria* destinada às mães adolescentes da *Instituição A*, seguindo-se a realização das sessões semanais.

De salientar, contudo, que, de forma a iniciar a realização do Programa, durante o período de realização dos pré-

testes por parte das mães adolescentes, realizou-se uma entrevista a uma das técnicas da *Instituição A* que, de forma voluntária, se disponibilizou para assumir o papel de assistente junto da dinamizadora das sessões. A entrevista levada a cabo pela Supervisora dos Grupos A PAR e pela Líder do Grupo (investigadora) possibilitou a perceção do trabalho dessa técnica com as famílias e coordenar o trabalho prévio a cada sessão com as mesmas (incentivo na participação das sessões). Foi também perceptível o trabalho e gosto da técnica pela música e trabalho com crianças.

Após a finalização das sessões foram novamente preenchidos os questionários (pós-teste) pelas mães da *Instituição A*, através de entrevista individualizada. Verificou-se uma redução no número de mães participantes, uma vez que, ao longo das sessões, para além de se verificarem entradas de novas mães na instituição, verificaram-se também várias saídas de outras, por vezes inesperadas, pelo que o contacto com as mesmas era perdido, inviabilizando a realização do pós-teste. De referir, ainda, o caso de uma mãe que não quis realizar o pós-teste, pelo que se terminou apenas com sete mães com dados completos nos pré e pós testes. Quanto à *Instituição B*, verificou-se um contacto mais complicado e menor disponibilidade ao longo do processo, como já foi referido e a generalidade das mães não mostrou interesse em realizar o pós-teste, tendo inviabilizando a realização

de um estudo de tipo quasi-experimental com dois grupos, como inicialmente previsto.

### **3.3. O Programa A PAR**

O Programa A PAR – *Aprender em Parceria* consiste num programa de intervenção e de capacitação familiar com base numa adaptação para Portugal, desde o ano de 2006, do Programa *Parents Early Education Partnership – PEEP* (1995) desenvolvido no Reino Unido (atualmente definido como PEEPLE).

A sua aplicação é feita pela Associação *Aprender em Parceria – A PAR* (IPSS) que faz com que o programa chegue a várias comunidades mais desfavorecidas da grande área de Lisboa e periferia.

A sua principal missão consiste em contribuir para o desenvolvimento integral, saúde, bem-estar e melhoria educacional da comunidade onde se implementa, desenvolvendo um trabalho de parceria com os cuidadores e as suas crianças, desde o seu nascimento até aos 6 anos. Pretende dar suporte aos cuidadores na sua função parental, através da criação de contextos relacionais que proporcionam novas aprendizagens e promovem o desenvolvimento dos adultos e das crianças (Carvalho, 2012).

Este programa tem como objetivos principais criar contextos que promovam:

a) o desenvolvimento de vínculos afetivos positivos e seguros entre

pais e filhos e de matriz relacional intersubjetiva que contribua para o crescimento de cada um na sua própria identidade e individualidade;

b) o desenvolvimento de competências parentais e relacionais de pais/cuidadores para irem ao encontro das necessidades das suas crianças em cada etapa do seu desenvolvimento;

c) o desenvolvimento sócio emocional, cognitivo e da autoestima tanto das crianças como dos seus cuidadores;

d) a criação de predisposições positivas para a aprendizagem nas crianças e nos adultos e o desejo de continuar a aprender ao longo da vida, sendo a ludicidade e as expressões os veículos promotores privilegiados desta mesma aprendizagem;

e) o aumento dos níveis de literacia e numeracia nos adultos e crianças, contribuindo para o seu enriquecimento cultural, despertando nos pais a consciência de que são as situações do dia-a-dia em família que melhor contribuem para as primeiras aprendizagens.

f) a criação de redes sociais de suporte mútuo dentro de cada comunidade em que o programa se insere que se refletirão na construção de uma comunidade

mais solidária, cooperante, empreendedora e criativa;

g) a disseminação e replicação de boas práticas a Instituições e a técnicos que trabalham com as famílias e com a primeira e segunda infância (Carvalho, 2012).

Este programa é implementado com base numa metodologia em contexto de intervenção grupal, os denominados *Grupos A PAR* que consistem em pequenos grupos de famílias (5 a 16 famílias), que frequentam sessões semanais com uma periodicidade semanal de 1 hora de forma voluntária (33 sessões no total do programa).

As sessões que compõem o programa estão divididas em diferentes momentos, de forma a trabalhar diferentes aspetos das relações entre pais e crianças. Os pais ou prestadores de cuidados têm de acompanhar as suas crianças e serem intervenientes ativos na sessão. De salientar que as sessões, além de uma parte lúdica de interação entre pais e filhos, tem também uma componente formativa, havendo um espaço de diálogo informal com o auxílio de dinâmicas facilitadoras do mesmo. Estas sessões seguem um currículo próprio com os diferentes níveis etários (dos 0 aos 5 anos) mas flexível, não tendo obrigatoriedade de ser rigidamente aplicado, uma vez que é dada importância à escuta e observação das necessidades do grupo em cada momento (Carvalho, 2012). Neste

currículo, de acordo com a idade das crianças alvo são trabalhados diversos temas como, por exemplo, no primeiro ano de vida: a curiosidade dos bebés, a primeira linguagem, a descoberta do mundo pelos bebés e como o adulto pode ajudar, a importância das rotinas, explorar livros, cantar, conversar com o bebé; numa segunda infância: ajudar as crianças a aprender, ouvir as crianças, a amizade das crianças, as brincadeiras das crianças, entre muitos outros. Tem a particularidade de ser visto como um currículo em espiral baseado na perspetiva construtivista de Bruner (Carvalho, 2012). Este currículo rege-se, ainda, pelo modelo ORIM - Oportunidades de aprendizagem, Reconhecimento das aquisições da criança, Interação em atividades e Modelo positivo de desenvolvimento - que é aplicado pelas técnicas, durante a sessão, bem como apresentado aos pais como um modelo que poderão seguir nas intervenções com os seus filhos (Carvalho, 2012).

As sessões são dinamizadas por uma técnica, denominada Líder *A PAR*, e por uma ou mais assistentes que apoiam as famílias e a líder, de forma a que a sessão decorra em harmonia. A escolha da líder e da(s) assistente(s) ficam a cargo da Associação *A PAR* que, no entanto, pode pedir aos seus parceiros que sinalizem pessoas da comunidade ou instituição, com o perfil necessário, beneficiando com a sua presença ativa junta das famílias que

possibilita uma ligação mais fácil às famílias e um incentivo para a sua participação no programa.

Considera-se importante detalhar a estrutura das sessões:

- 1ª Parte – Acolhimento: as famílias vão chegando à sala onde decorrerá a sessão e é-lhes colocada, pela assistente, uma etiqueta com o seu nome. Esta prática ajuda a um reconhecimento individualizado, bem como uma melhor relação entre os presentes que se chamarão pelo nome. Facilitará também a dinâmica presente na segunda parte da sessão.
- 2ª Parte – Canção de boas vindas: as famílias sentam-se em roda em cima de dois edredons e dá-se início à sessão. Canta-se a música de boas vindas (sempre a mesma), criando uma rotina no grupo e permitindo, também, dar as boas vindas a cada participante. Diz-se o nome de cada um individualmente e da família, promovendo a individualidade e o conceito de família.
- 3ª Parte – Canções e Rimas: este é um momento de grande destaque e que ocupa uma grande parte da sessão. São realizadas diferentes dinâmicas (com o apoio de diversos materiais), com base em músicas, rimas e danças, que promovem

uma interação entre pais e filhos, bem como permitem o desenvolvimento de aprendizagens nas crianças.

- 4ª Parte – Momento da história: a líder escolhe uma história, de acordo com o enredo da sessão ou de acordo com o tema que quer abordar no momento do diálogo parental, e conta-a aos participantes. Pode utilizar diferentes técnicas, como livros pop-up, objetos, instrumentos, fantoches, entre muitas outras dinâmicas (neste momento o assistente pode ter também um papel interveniente auxiliando no conto da história, servindo como modelo positivo para os pais).
- 5ª Parte – Partilha de livros: neste momento os cuidadores são convidados a partilharem com os seus filhos diferentes livros disponibilizados. O objetivo é que, tal como no modelo anterior em que a líder explorou com o grupo uma história, agora em família cada um explore também os livros com os seus filhos e partilhem um momento de conhecimento do mundo através das histórias.
- 6ª Parte – Momento do diálogo com os adultos/ Brincadeira das crianças: nesta parte estarão a decorrer em simultâneo dois momentos distintos: um de



brincadeira das crianças que estarão com a assistente, e outro de um diálogo informal com os pais/prestadores de cuidados e a líder onde através de diferentes dinâmicas serão discutidos diversos temas do desenvolvimento da criança e da parentalidade. Podem ser temas propostos pela líder, consoante o currículo elaborado (alguns dos temas acima apresentados), podem ser sugerido pelos cuidadores, no caso de alguma dúvida ou que em conversa surja algum tema que gostassem de trabalhar (na generalidade os pais procuram conversar muito sobre birras e limites das crianças), ou podem ser ainda devido às necessidades do grupo que a líder observa. Assim, serão partilhadas experiências e conhecimentos sobre o tema, realizando-se um portefólio de cada temática, entre outros aspetos. É a única parte da sessão em que, caso as crianças já tenham desenvolvido a locomoção, os pais e as crianças não estarão juntas (de ter em atenção que estarão na mesma sala, ou no caso dos mais velhos poderão estar numa sala ao lado de forma a facilitar o diálogo). No momento do diálogo com os pais tentam-se realizar três sessões com o mesmo tema do currículo - caso se

considere pertinente ou necessário reduzir ou aumentar este número poderá fazer-se -, em que na terceira sessão se realizará um trabalho mais prático de construção de uma seção do portefólio individual ou de grupo abrangendo o tema abordado. Este esquema tem como objetivo no final de cada temática os pais refletir sobre essa temática e possibilitar também a inclusão dos trabalhos num portefólio temático de educação parental.

- 7ª Parte – Canção da despedida: Tal como na primeira parte considera-se importante haver também uma rotina de término da sessão, pelo que, com um pano colorido que vai realizando movimentos ondulantes, se canta uma música de despedida, sendo os pais e seus filhos convidados a deitarem-se nos edredons debaixo do pano a aproveitarem este último momento.
- 8ª Parte - Empréstimo de Kits Lúdicos: esta última parte tem como objetivo que as famílias levem para casa uma das dinâmicas do programa, de forma a incentivar os prestadores de cuidados a continuarem estas práticas fora das sessões (ex.: pais e criança possam passar um momento de leitura ou exploração

de uma história em conjunto). O Kit consiste numa bolsa, devidamente etiquetada com a idade da criança a que se adequa, com um livro e objetos complementares (podem ser materiais construídos ou do dia-a-dia). Deve-se salientar, contudo, que se uma criança quiser um livro de uma idade mais avançada ou diminuta pode levar na mesma esse Kit.

De salientar, ainda, que para um maior apoio às famílias e melhor implementação das sessões junto a este grupo, as líderes e assistentes de todos os *Grupos A PAR* ao longo dos três trimestres, além uma formação inicial, realizam várias formações contínuas com a equipa da Associação *Aprender em Parceria - A PAR*. Na formação inicial de líderes, com a duração de três dias completos, são abordados vários aspetos como dinâmicas lúdicas e criativas, música e movimento, o contar histórias, entre outros aspetos. Na formação de assistente, com a duração de um dia completo, é apresentado o programa, as funções da assistente, as dinâmicas da sessão A PAR, o brincar, a postura e comunicação não-verbal, higienização de materiais, entre outros. Nas formações contínuas juntam-se as várias líderes ou as várias assistentes, de todos os grupos, e com a coordenação da Supervisora refletem sobre diferentes aspetos das sessões como, no caso das líderes: avaliação do decorrer das sessões,

partilha de momentos mais difíceis e preocupações de forma a ultrapassar obstáculos, dinâmicas de momentos do diálogo que realizaram, a realização de portefólio e partilhar as experiências; e no caso das assistentes: o trabalho em equipa, o trabalho de divulgação e convite às famílias, o apoio do momento da brincadeira das crianças, o apoio dado aos pais e à líder no momento da comunicação, o acolhimento das famílias, resolução de situações complicadas, entre outros aspetos.

#### **3.4. Aplicação do Programa**

O *Programa A PAR - Aprender em Parceria* decorreu entre os meses de janeiro e julho de 2015 contando com 26 sessões, não tendo sido possível realizar o programa completo, uma vez que devido ao estabelecimento de contactos com as Instituições e de averiguação da disponibilidade das jovens mães, foi apenas autorizado o início do grupo numa fase posterior ao inicialmente previsto (final de outubro, início de novembro).

A Líder *A PAR* deslocou-se todas as segundas feiras (excepto interrupções letivas), dia agendado para a realização das sessões, à *Instituição A*. As sessões decorreram na sala de acolhimento das visitas, sendo necessário organizar o espaço e os materiais para as dinâmicas que ficavam à responsabilidade da Líder e Assistente.

As sessões seguiram a sua estrutura definida com um acolhimento às mães e suas crianças, a realização de músicas, rimas, histórias, jogos e dinâmicas, diferenciadas de sessão para sessão, um momento de capacitação parental e a despedida. No entanto, devido às características do grupo (necessidade de um acompanhamento individualizado, atrasos das famílias), não foi possível realizar, em todas, as sessões a estrutura completa. Optou-se por uma sessão reduzida (a líder decidiu abdicar do momento da partilha de livros entre os pais e as crianças), de forma a conseguir realizar o momento de diálogo parental. Não se prolongaram as sessões quando ocorreram atrasos, uma vez que posteriormente à sessão se realizavam as rotinas diárias das crianças (higienização e alimentação), não podendo estender-se por esse horário, bem como o programa acredita que ao não estarem presentes em nas dinâmicas desde o início os pais e as crianças vão querer chegar à hora de início da sessão, trabalhando assim no sentido de famílias responsáveis e cumpridoras (pontualidade).

Durante as sessões, especificamente no momento de diálogo com as mães, foram abordados, de forma dinâmica, diferentes temas, incluídos no currículo A PAR como assuntos decorrentes das necessidades e questões do grupo. Numa primeira fase viu-se como aspeto importante criar uma união de grupo pelo

que se realizaram alguns jogos de quebra-gelo que incorporavam também a auto descoberta das mães bem como a descoberta das mesmas relativamente aos seus próprios filhos. As mesmas tinham de refletir sobre as atividades que gostavam ou não de fazer, as suas características positivas e negativas, o que eram boas a fazer, porque eram especiais e, depois, o mesmo procedimento para os seus filhos, tendo as mães de os descrever. Numa segunda fase começou por se abordar as características maternas de cada uma das mães tendo estas de escolher entre várias opções aquelas que mais as caracterizavam. O mesmo foi realizado para o filho e conversou-se um pouco dos sentimentos e dos contrastes sentidos pelas mães (ex.: mãe que necessita de dar muito colo e que a criança necessita de explorar o mundo livremente sem estar presa). Foram também exploradas as aprendizagens e o desenvolvimento das crianças (as aprendizagens que a criança realiza no dia a dia, como as mães podem ajudar nessa exploração através do modelo ORIM – modelo do programa, o brincar e os brinquedos e o que as crianças aprendem com eles). Outro tema ainda abordado foram os limites e as regras com a criança e a importância das mesmas no dia-a-dia da criança e também no dia-a-dia familiar.

Não foi possível, no entanto, como habitual nos Grupos A PAR, a realização de um portefólio das temáticas do

momento de diálogo, uma vez que muitos do trabalho realizado com estas mães consistiu em jogos, não havendo a realização de um suporte escrito.

O programa já tinha avançado com várias sessões quando se verificou, com o aumento do número de participantes, a dificuldade numa ligação mais individualizada a cada família e um apoio mais efetivo das relações estabelecidas entre a díade, pelo que foi necessária a colaboração de mais uma assistente no grupo. Uma vez que a instituição não dispunha de técnica disponíveis regularmente, devido ao trabalho por turnos, foi necessário pedir a colaboração a um elemento exterior que colaborava com a Associação *A PAR* e o seu programa.

### **3.5. Instrumentos**

Para a avaliação dos efeitos do *Programa A PAR – Aprender em Parceria* procedeu-se à aplicação de cinco instrumentos de auto preenchimento, num pré e pós-teste, para as mães adolescentes:

1 – Escala de Índice de Stress Parental (ISP) – versão de investigação, traduzida e adaptada do *The Parenting Stress Index - Short Form* (Abidin, 1990) por Ana Santos Flores e Teresa Brandão Coutinho (1997) (Anexo 3).

Na literatura são apresentados modelos que explicam os mecanismos de desenvolvimento de stress e

especificamente, do stress parental. Pode-se verificar a existência de vários fatores importantes e que determinam a forma como as exigências da parentalidade são percebidas e vividas pelos pais como, por exemplo, as características da criança, das figuras parentais e do contexto social e familiar (Abidin, 1992; Belsky, 2005; Crnic e Low, 2002).

Este instrumento analisa o stress na relação ente pais e filho, identificando a parentalidade disfuncional e prevendo a possibilidade de problemas nas atitudes dos pais e dificuldades de adaptação das crianças. Optou-se por se realizar a versão reduzida com 36 itens, uma vez que a versão original continha 101 itens o que poderia em conjunto com os outros instrumentos solicitados ser um fator de desistência da colaboração das mães adolescentes por terem que preencher instrumentos longos. A escala encontra-se dividida em três subescalas:

- i) Angústia Parental: que inclui os itens de 1 a 12 e avalia a angústia que os pais experimentam no seu papel de mãe/pai. As componentes de stress associados à angústia parental relacionam-se com a depressão, falta de suporte social, o tipo de relação com o parceiro, restrições impostas por outros papéis dos pais e sentimento de competência parental. Nesta subescala a

apresentação de um valor acima de 36 é indicativo de stress;

- ii) Interação Disfuncional: que inclui os itens da pergunta 13 à 24 e onde se avalia a percepção que os pais têm em relação ao seu filho, se está ou não a corresponder às expectativas, podendo observar-se a qualidade da vinculação. Score acima de 27 é demonstrativo de stress;
- iii) Criança Difícil: inclui os itens 25 a 36 onde é avaliado o que os pais consideram fácil ou difícil ao cuidar do seu filho em função das características comportamentais da criança que frequentemente se relacionam com o temperamento da criança. Valor acima de 36 é demonstrativo de stress.

A soma das subescalas irá dar o score total da escala manifestando o nível de stress de cada uma das mães naquele momento ao desempenhar as suas funções maternas. Se no total se obter de um valor acima de 90 é um indicador de stress na mãe (Abidin, 1990).

A importância de aplicação deste instrumento prende-se com o facto do stress parental constituir um processo complexo com efeitos diversificados para cada pai, criança e família e com

repercussões não só na relação da figura parental com a criança, bem como na capacidade parental para ser mãe ou pai, no desenvolvimento da criança e na dinâmica familiar (Baião, 2009).

2 – Escala de Sentido de Competência Parental (ESCP) com tradução e adaptação portuguesa de Seabra-Santos e Pimentel (2007) da *Parenting Sense of Competence* (PSOC) de Johnston e Mash (1989) (Anexo 4).

Numa revisão da literatura, Jones e Prinz (2005), identificaram a escala *Parenting Sense of Competence* de Johnston e Mash (1989) como a medida mais usada para medir o sentimento de eficácia parental. A escala original concedida por Gibaud-Wallston e Wandersman (1978) pretendia avaliar o sentimento de competência parental através de um conjunto de itens que formavam duas subescalas: valorização/conforto e competências/conhecimento parental. Johnston e Mash (1989) reformularam, no entanto, o instrumento como uma medida de autoestima parental bidimensional onde podem contar subescalas de eficácia (à competência, habilidade na resolução de problemas e à capacidade no exercício do papel parental) e satisfação parental (dimensão afetiva que se refere à frustração, ansiedade e motivação no desempenho do papel parental), congruentemente com a teoria geral sobre a autoestima (Bandura, 1982).

Este questionário de autopreenchimento dirigido a pais é composto por 17 itens, integrados numa escala de Likert (1= concordo plenamente a 5= discordo totalmente) (Beck, Daley, Hastings & Stevenson, 2004), que permite a auto percepção geral de competência parental, bem como dos fatores ou dimensões que a compõem: a Eficácia e a Satisfação Parental (Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes & Cardoso, 2011).

Esta escala organiza-se em duas subescalas:

- i) Sentimento de Eficácia Materna – subescala que compreende sete itens: 1,4, 6, 10, 11, 13 e 16. O score de cada uma destas afirmações é cotado de forma inversa de modo a que um resultado mais alto seja sempre indicativo de um sentido de competência parental mais elevado). O score pode variar entre 7 e 35;
- ii) Sentimento de Satisfação Materna – compreende nove itens: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 14 e 15. O score de cada afirmação corresponde ao valor numérico da escala. O score pode variar de 9 a 45.

A soma destas duas escalas dará o sentimento de competência maternal sendo que a mesma poderá variar de 16 a 80 em que o primeiro corresponde a

sentimento de competência baixo e o segundo muito elevado.

A utilização deste instrumento vê-se de extrema importância para o estudo, uma vez que a competência parental é uma das auto percepções parentais mais estudadas no âmbito do estudo das cognições parentais com implicações no comportamento parental, nas interações pais-crianças e no desenvolvimento e comportamento dos filhos (Bugental & Johnston, 2000; Goodnow, 2002; Sigel & McGillicuddy De Lisi, 2002; Okagaki & Bingham, 2005).

3 - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) – desenvolvida e publicada por Pais-Ribeiro (1999) para a população portuguesa (Anexo 5).

A ESSS foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível.

O instrumento refere-se a aspetos objetivos do social tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), bem como a aspetos subjetivos como a percepção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida.

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se se aplica ao individuo que preenche o instrumento), numa escala de Likert com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e «discordo totalmente».

Este instrumento é dividido em quatro subescalas:

- i) Satisfação com os amigos: mede a satisfação com as amizades/amigos e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), variando o seu valor de 5 a 25 (explica 35% da variância total);
- ii) Intimidade: mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (1, 4, 5, 6), variando o seu valor de 4 a 20 (explica 12,1% da variância total);
- iii) Satisfação com a família: mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três itens (9, 10, 11), que variam entre os valores de 3 e 15 (explica 8,7% da variância total);
- iv) Atividades sociais: mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui três itens (2, 7, 8), variando os seus valores de 3 a 15 (explica 7,3% da variância total).

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Batista et al (2006) apresentam a escala dividida em três partes, partindo deste intervalo total que se pode obter, de forma a determinar se o nível de suporte é alto (51 aos 75), médio (26 aos 50) ou baixo (15 aos 26).

A aplicação deste instrumento irá permitir a percepção de apoio que estas mães consideram ter bem como a satisfação que têm com o mesmo. Kessler, Price e Wortman (1985) explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do stress. É por isso importante perceber estas mães através do suporte social se podem também sentir mais apoiadas refletindo-se num menor stress parental ou então desapoiadas refletindo-se assim num maior stress parental.

4 – Inventário sobre o Conhecimento do Desenvolvimento Infantil – versão de investigação em português do instrumento *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) de Macphee (1981) (Anexo 6).

Vários estudos têm mostrado a importância de conhecer a psicologia dos cuidadores primários: ideias, crenças e percepções acerca da forma como a criança se desenvolve desde o nascimento e as

suas práticas de cuidados no cotidiano (Harkness & Super, 1992).

Segundo a revisão da literatura a qualidade dos cuidados primários é de extrema importância para a saúde mental da criança em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil têm um valor central no sistema de crenças parentais, e, conseqüentemente, na relação entre pai e filho (Kobarg e Vieira, 2008). Bastos et al. (2004) refere que esses conhecimentos englobam crenças acerca dos períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas.

A escala de é composta por 58 itens em que na versão inglesa como corretas, incorretas ou sem certeza e na versão utilizada no estudo como concordo, discordo e sem certeza.

No final do teste poderão recolher-se três tipos de indicadores:

- i) Tentativa: o número total de itens da escala a dividir pela soma das questões certas e das questões erradas;
- ii) Precisão: onde o seu valor corresponde ao número de itens respondidos corretamente a dividir pelas respostas corretas mais as incorretas;
- iii) Total de respostas corretas: que consiste na multiplicação das escalas anteriores ou na divisão do número de respostas corretas pelo número de itens da escala.

A escolha deste instrumento deveu-se primeiramente à necessidade de perceber o conhecimento que as mães têm sobre os seus filhos e o seu desenvolvimento, uma vez que as questões cognitivas e de conhecimento do desenvolvimento infantil são muito importantes na correta resposta aos cuidados e educação disponibilizada às crianças (Bornstein, 2002; Miller, 1988). Assim, o KIDI foi selecionado para este estudo, uma vez que fornece várias informações como o conhecimento das mães sobre os marcos desenvolvimentais da criança num determinado período, sobre os processos de desenvolvimento e nutrição adequada e cuidados de saúde, prevenção de acidentes e identificação e tratamento de doenças comuns relevantes para as crianças. O facto de ser também um instrumento, segundo MacPhee (2002), desenhado para a população em geral, não sendo necessária uma educação específica para se conseguir responder ao questionário, que abarca questões e respostas simples quase num formato de verdadeiro e falso, parece bastante apelativo devido ao nível escolar de algumas das mães da investigação.

5 – Questionário sobre o Grau de Satisfação Maternal (Anexo 7) – realizado pela investigadora do estudo, Maria Inês Faria, com base no questionário realizado pela Associação A PAR como avaliação do seu próprio programa.



Como apresentam várias investigações a avaliação do grau de satisfação dos participantes no programa é muito importante. Esta importância pode dever-se a fatores como: a opinião dos pais/cuidadores sobre o sucesso dos programas ser fundamental visto que são eles os responsáveis pelo desenvolvimento das crianças; as sugestões e opiniões ajudarem a melhorar os serviços prestados; os pais/cuidadores sentirem-se mais ativos nas sugestões e mudanças do programa; e, ainda, o facto da opinião dos pais poder ajudar o programa a ser financiado (McNaughton, 1994 cit in Coutinho, 1999).

Este instrumento foi apenas realizado no final do Programa. O questionário é constituído 29 afirmações numa escala de Likert «totalmente em desacordo», «em desacordo», «relativamente de acordo», «de acordo» e «totalmente de acordo», 3 questões de escolha mais livre em que as mães devem assinalar de 5 questões apresentadas aquela com que mais se identifica o seu sentimento e ainda uma questão aberta para sugestões de melhoria do Programa.

Pretendeu-se avaliar o nível de satisfação ao ter em conta:

i) questões referentes ao desempenho dos técnicos (respeitadores, acolhedores, bons ouvintes,...) e a questões logísticas (sessão num ambiente acolhedor, horário favorável)

ii) questões de suporte social (sentimento das mães por partilharem em grupo, sentimentos de pertença ao grupo, ajuda sentida por parte do grupo)

iii) questões sobre a consciencialização e preocupação parental (se verificam uma maior consciencialização, preocupação com o desenvolvimento dos seus filhos, respostas mais adequadas propiciadas aos mesmos).

iv) questões gerais sobre o programa (satisfação com o programa, recomendação a outros pais e cuidadores e adequação às expectativas).

Para além dos instrumentos de auto preenchimento realizado pelas mães adolescentes no pré e pós-teste, considera-se ainda importante mencionar as observações e avaliações realizadas pela líder com o contributo das assistentes, após cada sessão, refletindo assim sobre a sessão e o envolvimento das mães e crianças, respondendo a vários itens como (a interação da mães com a criança durante as dinâmicas, como ocorre o momento de exploração dos livros – a mães explora com a criança? Verifica-se uma procura da mãe em proporcionar um momento a dois ao seu filho? -, como decorre o momento parental – as mães estavam disponíveis, decorreu uma partilha natural? Foram ouvidas as opiniões das mães? Foi do interesse das

mães a temática e a participação na dinâmica? -,entre muitas outras questões). Apesar de não ser um instrumento de análise qualitativa pode contribuir também para a perceção de desenvolvimento das sessões com estas mães, bem como possíveis evoluções nas relações com os seus filhos e no papel da maternidade.

#### **4. Resultados e Discussão**

Para proceder à análise de dados recolhidos nos instrumentos de pré e pós-teste recorreu-se ao software SPSS/Statistics 23.

Analisando o primeiro instrumento de trabalho, a escala de Índice de Stress Parental (ISP) (Tabela 2), pode-se verificar, como demonstra o quadro abaixo, que no pré-teste as mães adolescentes relativamente à primeira subescala - angústia parental - demonstram um valor mínimo de 17 correspondendo ao percentil

elevado. Verificando a média, pode-se observar, contudo, que o grupo se encontra no percentil 55. Este valor de 39 já é preocupante visto nesta subescala valores acima de 36 são indicadores de stress. Já num pós teste estes dados não se alteram constatando uma média igual ao pré-teste nesta subescala, sendo as únicas alterações no mínimo que aumenta (percentil 15) e no máximo de diminui (entre percentil 90 e 95). Continua a verificar-se, no entanto, ainda um valor elevado com 37 de máximo nesta subescala. Na subescala de interação disfuncional, pode-se verificar que os valores são muito semelhantes, quer no pré-teste, quer no pós-teste. A diferença verifica-se no pós-teste em que o valor máximo aumenta 4 valores. A média do grupo no pré e pós-teste são, respetivamente, 15,28 e 16,28 (Percentil 30 e 35). São assim verificados dados

Tabela 2 – Caracterização do grupo quanto ao Stress Maternal avaliado pela escala ISP: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo

| ISP<br>Subescalas             | Pré-teste |       |       |       | Pós-teste |       |       |       |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|                               | M         | D.P.  | Máx.  | Min   | M         | D.P.  | Máx.  | Min   |
| <b>Angústia Parental</b>      | 26,00     | 7,78  | 39,00 | 17,00 | 26,00     | 6,87  | 37,00 | 19,00 |
| <b>Interação Disfuncional</b> | 15,28     | 2,75  | 20,00 | 12,00 | 16,28     | 4,78  | 24,00 | 12,00 |
| <b>Criança Difícil</b>        | 19,57     | 4,96  | 27,00 | 14,00 | 20,42     | 5,12  | 26,00 | 12,00 |
| <b>Total</b>                  | 60,85     | 10,76 | 82,00 | 51,00 | 62,71     | 12,16 | 85,00 | 50,00 |

10 (percentil baixo de stress parental) enquanto que o valor máximo de 39 já se refere a um valor do percentil 95 considerado como um percentil muito mais

mais normalizados e não indicadores de stress.

Relativamente à subescala Criança Difícil os valores apresentados não são

indicadores de stress e relatam do pré-teste para o pós-teste uma diminuição quer nos valores máximos quer nos valores mínimos o que se verifica positivo. No entanto, verifica-se um aumento da média no pós-teste que contudo é acompanhada de um maior desvio padrão.

A análise conjunta de todas estas subescalas mostra um valor máximo mais próximo de 90 (valor considerado indicador de stress parental). No entanto o grupo quer no pré quer no pós-teste não chega a apresentar escala de stress parental superior a 85 (Percentil 80-85). Verifica-se no pós-teste uma subida do máximo, mas uma descida no mínimo.

A ausência de uma diferença significativa revela que o programa não modificou o Índice de Stress Parental destas mães. Contudo, as mães adolescentes e jovens não apresentavam anteriormente ao programa um valor elevado de stress parental (apenas na angústia parental se verificou um resultado elevado). Contudo, poderá considerar-se, mas sem dados para essa confirmação, que o programa pode ter ajudado algumas mães durante o percurso no programa, que poderiam vir a apresentar valor conclusivos de índice de stress parental com o desenvolvimento natural dos filhos que quando iniciaram o programa eram ainda muito pequenos. Contudo é uma ideia que não se pode validar.

Considera-se interessante referir que os dados obtidos no presente estudo

não são congruentes com outro estudo realizado com mães jovens e adolescentes portuguesas (Lopes, 2005) em que as mesmas apresentam Índice de Stress elevado. Belsky (1991) refere que quanto mais o sistema é vulnerável maiores são as probabilidades de se observarem níveis de stress parental elevado. Neste sentido pode-se questionar se o facto destas mães terem sido retiradas do seu ambiente vulnerável para um mais estável e onde são apoiadas pelos técnicos poderá ser um condicionador para desde o princípio apresentarem um nível de stress parental não elevado. Através de conversas com os técnicos da Instituição a Líder consegue perceber os diferentes ambientes familiares das mães adolescentes e as condições adversas que muitas delas se encontravam, pelo que a institucionalização pode ter sido de facto um indicador de redução de stress parental ao possibilitar a estas mães um apoio que não tinham na sua casa.

Apresenta-se de seguida a Escala de Sentimento de Competência Parental (Tabela 3) onde se verifica um total de média de pré-teste de 63,14 (d.p. 3,02) e de pós-teste de 62,42 (d.p. 5,44). Variando a escala de 16 até 80, como último valor a corresponder ao sentimento de uma competência muito elevada, estas mães demonstram assim em média um score de competência elevada, sendo que o valor mínimo apresentado de 51 poderá colocar-

se num sentimento de competência médio. Analisando, cada subescala individualmente pode-se verificar que na eficácia materna os scores apresentados, no pós e pré-teste, são em média 29 e 28,42, respetivamente, e uma vez que a subescala demonstra um amplitude de 7 a 35 podemos considerar que estas mães têm um sentimento de eficácia elevado, no entanto os resultados máximos e mínimos variam de 33 a 25 (pré-teste) e 32 a 22 (pós teste) o que ilustra a amplitude das mães entre um sentimento de eficácia médio e um sentimento de eficácia muito elevado.

Relativamente à subescala de satisfação materna os resultados apresentados são em média no pré-teste 34,14 e no pós teste de 34. Relativamente aos mínimos e máximo apresentam 32 e 37 (pré-teste) e 29 e 37 (pós-teste). Esta subescala varia entre 9 e 45 valores, pelo que os valores apresentados pelas mães adolescentes encontram-se entre um sentimento de satisfação materna elevado e muito elevado, e com o pós-teste surge um valor mínimo que coloca as mães um nível médio de satisfação maternal.

Os resultados apresentados, são em média muito positivos e verifica-se desde um pré-teste quer um sentimento de eficácia quer uma satisfação materna com resultados elevados ou muito elevados. Verificam-se pequenas descidas entre o pré e pós-teste que puderam estar relacionadas, por vezes, com a maior consciencialização dos pais ou até mesmo com alterações de comportamentos das crianças, que se encontram em crescimento, e que os pais podem sentir não saber responder às questões de uma forma eficaz.

Numa análise por parte da Líder dinamizadora das sessões, bem como de análises conjuntas realizadas com a assistente e técnicas da instituição, estas mães devido à sua imaturidade por vezes apresentam uma ideia não verdadeira do ambiente que as envolve. Em diversas situações poderão estar a pensar fazer o que é melhor para o seu filho e considerarem-se boas mães e com uma boa capacidade parental que, no entanto, vem-se a revelar não ser o comportamento mais indicado. Desta forma, apesar do instrumento avaliar uma boa competência parental nas mães esta avaliação pode

Tabela 3 – Caracterização do grupo quanto à Escala de Sentido de Competência Parental (ESCP): médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo

| PSOC<br>Subescalas | Pré-teste |      |       |       | Pós-teste |      |       |       |
|--------------------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|
|                    | M         | D.P. | Máx.  | Min   | M         | D.P. | Máx.  | Min   |
| <b>Eficácia</b>    | 29,00     | 2,58 | 33,00 | 25,00 | 28,42     | 3,20 | 32,00 | 22,00 |
| <b>Satisfação</b>  | 34,14     | 1,67 | 37,00 | 32,00 | 34,00     | 2,44 | 37,00 | 29,00 |
| <b>Total</b>       | 63,14     | 3,02 | 67,00 | 58,00 | 62,42     | 5,44 | 68,00 | 51,00 |

dever-se a uma falta de consciencialização e de maturidade destas mães que se reflete como uma característica da sua idade.

No instrumento relativo à Satisfação com o Suporte Social (ESSS), pode-se constatar que a subescala da família, em ambos os teste, é a que demonstra os valores mínimos que a subescala permite (3 valores). No entanto, verifica-se num pós-teste a diminuição acentuada dos valores mínimos das subescalas intimidade e atividades sociais. Em média o grupo não apresenta valores muito altos em todas as escalas, mas, no entanto, estas

são as que revelam a presença dos valores mínimos possíveis com a subescala. Verifica-se, assim, com este instrumentos que a satisfação destas mães com o suporte social encontra-se em média num nível de suporte médio, sendo que ao observarmos os valores máximo e mínimo do pré-teste podemos observar mães no escalão de suporte médio (34 valores) e alto (64 valores) mas no pós-teste apresentam já suporte baixo (22valores) mas também mães no escalão de suporte alto (65 valores).

Tabela 4 – Caracterização do grupo quanto à Satisfação com o Suporte Social avaliado pela escala ESSS: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo

| ESSS                      | Pré-teste |      |       |       | Pós-teste |       |       |       |
|---------------------------|-----------|------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|                           | M         | D.P. | Máx   | Min   | M         | D.P.  | Máx   | Min   |
| <b>Satisfação Amigos</b>  | 16,14     | 4,77 | 25,00 | 11,00 | 16,57     | 4,79  | 25,00 | 11,00 |
| <b>Intimidade</b>         | 11,85     | 1,95 | 14,00 | 9,00  | 11,71     | 3,90  | 16,00 | 5,00  |
| <b>Satisfação Família</b> | 7,71      | 4,42 | 15,00 | 3,00  | 7,57      | 4,96  | 14,00 | 3,00  |
| <b>Atividades sociais</b> | 9,71      | 2,98 | 15,00 | 6,00  | 7,42      | 2,63  | 11,00 | 3,00  |
| <b>Total</b>              | 45,42     | 9,69 | 64,00 | 34,00 | 43,28     | 14,51 | 65,00 | 22,00 |

A investigação tem demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário (Ribeiro, 1999). Henly (1997) verificou, por exemplo, que nos adolescentes, a família, mais especificamente os pais, constituíam a principal fonte de suporte. Também Ribeiro (1994a), num estudo com jovens portuguesas, em que cruza várias

medidas suscetíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social, confirma que, para a população portuguesa, a fonte de suporte social mais importante é a família. Contudo, como verificado algumas participantes apresentam nesta subescala valores bastante baixo. Isto pode dever-se ao facto das mães adolescentes, de facto, não passarem muito tempo com as suas famílias quando institucionalizadas (na

generalidade das vezes apenas se encontram ao fim de semana) ou ao facto de existirem casos em que as jovens mães foram institucionalizadas desde a infância não tendo família próxima.

Será ainda interessante verificar que nesta escala a subescala que explica melhor o resultado final é a escala de satisfação com os amigos, com mais de metade da variância total explicada (Ribeiro, 1999). Verifica-se, no entanto, incongruentes com a análise da escolha dos jovens pela família anteriormente mencionada, o que vai ao encontro do que defendem x de que também os pares são uma grande influência para os adolescentes. Os dados contudo parecem apresentar de facto uma melhor cotação na escala dos amigos (não se verificando em nenhum dos testes a pontuação mínima possível) que na escala da família.

De referir, no entanto, que quando se analisa a subescala das atividades sociais, apesar das adolescentes estarem satisfeitas com os amigos, não se encontram satisfeitas com a sua atividade social. O que pode justificar este acontecimento é o facto da institucionalização, bem como a maternidade, levar a regras mais restritas de horários bem como uma menor liberdade, dificultando assim os encontros sociais como as jovens estariam anteriormente acostumadas. Verifica-se assim a ideia de Martins (2005) em que a

institucionalização pode ser um facto de exclusão nos jovens, sendo que poderá ser também uma justificação para este resultado. Verifica-se uma diferença entre o pré e pós-teste, sendo que o ultimo apresenta uma descida dos valores das atividades sociais, que pode ser justificado, por exemplo, pelas responsabilidades dos estudos no final do ano letivo que não possibilitam as saídas com os amigos, como pode ser constatado pela Líder A PAR.

De salientar que com estas mães adolescentes seria interessante aplicar um instrumento que revela-se também o suporte que lhes é dado na instituição, uma vez que o aplicado se refere à família e aos amigos nas suas atividades sociais, mas verificam-se casos de adolescentes institucionalizadas, principalmente as que acabam de ser incluídas num acolhimento, que a família e os amigos não são a sua rede de suporte e de satisfação, mas sim a instituição onde está inserida, devendo por isso ser ponderado se este instrumento se adequa a este tipo de público-alvo.

Retomando o dado no instrumento de Índice de Stress Parental, relativo à subescala de angústia parental, de facto uma justificação para um valor mais alto nessa subescala poderá estar relacionado com a falta de suporte ou com as competências parentais que as mães sentem e que em alguns casos são revelados baixos.

Para os três instrumentos acima mencionados foram realizados os testes de Wilson e dos Sinais, que não relevaram diferenças significativas entre as respostas do pré e pós-teste.

Focando agora a análise no Inventário sobre o Conhecimento do Desenvolvimento Infantil, segundo a análise dos dados recolhidos pode-se verificar que, das respostas corretas, o valor máximo apresentado de respostas corretas pelas jovens mães, no pré-teste, é de 40 respostas corretas e no mínimo

22. Num pós teste a amplitude dos valores varia entre 14 e 38, verificando-se uma descida referente ao pré-teste. Relativamente à escala de precisão são verificados, assim, num pré-teste valores de 38 a 69 e no caso do pós-teste de 24 a 66. Apesar de não se verificarem números muito distintos nos valores máximos, o nível de precisão no pós-teste mostra resultados mais baixos, isto porque também se verificam menos respostas corretas aos itens apresentados.

Tabela 5 – Caracterização do grupo quanto ao Inventário sobre o Conhecimento do Desenvolvimento Infantil: médias, desvios-padrão, valores máximo e mínimo

| ESSS            | Pré-teste |      |       |       | Pós-teste |      |       |       |
|-----------------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|
|                 | M         | D.P. | Máx   | Min   | M         | D.P. | Máx   | Min   |
| <b>Precisão</b> | 0,55      | 0,11 | 69,00 | 38,00 | 0,55      | 0,14 | 66,00 | 24,00 |

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que demonstram que mães com menor escolarização e de um meio socio económico mais baixo, têm menores conhecimentos do desenvolvimento das crianças, sendo as suas expetativas muitas vezes desajustadas, podendo considerar que as crianças desenvolvem competências mais tardiamente do que realmente se verifica, ao contrário de mães com estatuto socio económico mais elevado que poderão considerar que se desenvolvem mais precocemente. Relativamente às mães do estudo verificam-se contrariedades nas respostas, sendo que em alguns casos apresentam respostas em que as crianças

se desenvolvem mais tardiamente e outras em que as crianças se desenvolvem mais precocemente. Verificam-se também alguns itens aos quais as mães não sabem responder pelo que demonstra também desconhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Passando para os instrumentos construídos para o programa, analisa-se agora a satisfação das mães quanto ao Programa A PAR – Aprender em Parceria, através dos dados recolhidos do questionário.

A análise permite concluir, ao especificar algumas das questões do questionário, que:

- 51,7% das mães está de acordo com o que aprendeu ser útil para o seu futuro como mãe; 28,5% esta totalmente de acordo e 14,2% está relativamente de acordo;

-71,4% das mães estão de acordo com sentirem maior tranquilidade no que respeita ao desenvolvimento do filho, sendo que 28,5% refere estar relativamente de acordo;

- 71,4% estão de acordo com apresentarem mais confiança relativamente à forma mais adequada de interagir com o filho, e 28,5 refere estar totalmente de acordo;

- Nas questões que envolvem a participação em grupo (6 à 9) verifica-se que as mães apreciaram este trabalho em grupo, sentindo-se por vezes mais apoiadas e prontas a enfrentar as suas dificuldades, visto que a 71,4% das mães respondeu aos itens com a opção totalmente de acordo;

- Nas questões que envolvem a equipa técnica (respeito, aceitar de opiniões, saber escutar, interesse, ajuda – 20 à 26) verificam-se respostas entre o totalmente de acordo e o de acordo, observando-se apenas uma resposta a uma das questões no relativamente de acordo, constatando assim que a maioria considera que a equipa

trabalhou com qualidade e ajudou na resolução de problemas;

- Relativamente à questão se às mães consideraram abandonar o programa verifica-se 28,5% respondendo de acordo, 14,2% relativamente de acordo, 66,6% em desacordo;

- 71,4% das mães respondeu estar satisfeita com o programa, verificando-se 14,2% na muito satisfeita e também no item relativamente satisfeito;

- 66,6% responderam ainda que era recomendável como 42,8% muito recomendável a outros pais;

- 66,6% responderam que o programa foi relativamente adequado às expectativas, 14,2% adequado às expectativas e 28,5% perfeitamente adequado às expectativas.

Relativamente, ainda, às avaliações das sessões realizadas pela Líder *A PAR*, uma informação relevante é que com este grupo de mães cada sessões desenvolve-se de forma diferente, podendo decorrer com toda a serenidade e colaboração das mães ou então com desmotivação das mães relacionado com o dia-a-dia não participando ativamente na sessão e ficando o seu filho mais desprovido do seu apoio e acompanhamento.

Os momentos de diálogo parental eram muito interessantes para este grupo de mães, no entanto verificou-se que



quando eram propostos diferentes jogos as mães colaboravam bastante bem do que quando era-lhes pedida uma reflexão ou um trabalho mais escrito. Das atividades que se verificaram mais complicadas com este grupo de mães prendeu-se com a caracterização das próprias e dos seus filhos, demonstrando algumas mães falta de autoestima e de pensamento positivos de si própria e do seu filho.

Relativamente à relação que as mães estabeleceram com os filhos foram verificadas evoluções do início para o fim do programa, estando as mães mais presentes no momento inicial do brincar e convidando o seu filho a partilharem juntos uma história. Foi também claro o interesse de algumas mães, após a realização das sessões, em questionarem os comportamentos dos filhos e em procurarem estratégias para as diferentes situações junto da Líder A PAR.

Os momentos das histórias foram também muito vivenciados não só pelas crianças mas pelas mães, que em certos momentos pediram à Líder para serem elas a lerem a história para as outras mães e crianças, tornando-se este momento mais participativo e ativo para as mães.

Nos momentos lúdicos das canções e rimas era evidente a camaradagem entre as mães, sendo que por vezes brincavam não só com os seus filhos como também com os filhos das outras mães e mães entre mães.

Poderá, ainda, juntar-se alguns comentários das mães a nível de conversa informar que iam manifestando ao longo da realização do programa

*“Eu não consigo perceber como é que outras mães não veem estes momentos de brincadeiras com os nossos filhos como momentos importantes para eles”*

*“Com as sessões A PAR aprendi a gostar de histórias e conto-as à minha filha. Agora tem de ser todas as noites antes de deitar que ela pede-me sempre”*

*“Será que posso vir à sessão, não tenho o meu filho que está a dormir, mas eu gostava de participar”*

*“O meu filho agora já é mais crescido por isso ele vai gostar muito das Sessões da A PAR”*

*“Eu pensei que as sessões iam ser uma seca mas enganei-me. Estou-me a divertir muito nunca pensei que fosse tão fixe”.*

*“Ela [criança] está sempre a cantar aquela música do A PAR que até a mãe dela já sabe e canta com ela pelos corredores e no banho!”*

#### **4. Conclusões**

Com o presente estudo pretendeu-se perceber como o Programa A PAR - Aprender em Parceria poderia contribuir para uma parentalidade mais positiva junto destas mães.

O interesse desta aplicação foi o facto da Associação A PAR começar a

implementar este programa com a população de mães adolescentes e sentir-se a necessidade de verificar o efeito da implementação do programa junto deste grupo específico de mães..

A revisão da literatura enfatiza a importância destes programas no trabalho com as famílias em risco, e, através de várias investigações e implementações com mães adolescentes, foram muitos os fatores positivos que os programas revelaram para as jovens mães. Contudo, também surgiram alguns casos, embora poucos, que não se verificavam alterações nas variáveis estudadas ou que ocorriam mudanças a curto prazo mas não se verificando a longo prazo.

Os resultados não parecem apontar no mesmo sentido dos resultados obtidos na sequência de outras aplicações realizadas com o mesmo Programa *A PAR - Aprender em Parceria* realizado com outras comunidades de risco.

O estudo teve diversas limitações começando pela limitação do número de elementos da amostra que se mostrou muito reduzido, ao contrário do inicialmente planeado, e do facto de não ter sido possível realizar o estudo quase-experimental, uma perda considerável, para uma melhor avaliação dos efeitos deste programa. Refere-se esta perda, uma vez que algumas das modificações, ainda que não significativas, que se podem constatar através instrumentos, poderão ser devidas a fatores exteriores ao

programa. Assim, no final do mesmo coloca-se as seguintes questões: foi o programa que não ajudou, se foi o programa que piorou ou se o programa ajudou a manter mais equilibrados alguns aspetos, que sem ele poderiam ter sofrido mudanças mais drásticas. Também com uma amostra tão reduzida e o trabalho exclusivamente focado numa instituição não seria possível fazer generalizações dos resultados obtidos a outros contextos e amostras. Veja-se, por exemplo o caso de no pré-teste com a amostra de 7 mães adolescentes e jovens não se verificar um nível de stress parental elevado, no entanto ao serem incluídos os pré-testes das mães da mesma instituição (que não puderam ser incluídas por não terem realizado o pós-teste) os dados constavam um pouco diferentes, ou ainda comparando o grupo da amostra com os dados recolhidos do grupo de mães da *Instituição B* verificar-se-iam diferenças já que estas últimas apresentam, no pós-teste analisado, stress mais elevado.

Com efeito, as dificuldades de acesso às instituições de acolhimento decorrentes quer da compreensível proteção das mães quer de uma significativa burocratização do processo, tornam a possibilidade de investigação neste domínio mais morosa e tornam menos provável a constituição de amostras representativas.

Apesar de não se verificarem com os instrumentos diferenças significativas,

no pré e pós-teste, a receção das mães e o seu nível de satisfação com o programa mostrou-se positivo. Foi possível nas avaliações semanais, avaliações que são qualitativas e dependentes da reflexão da líder, verificarem-se algumas melhorias no nível da relação estabelecida com as crianças, bem como testemunhos dos técnicos reforçaram também algumas mudanças nas mães. Considera-se, assim, importante refletir se a escolha dos instrumentos foi a mais adequada para este grupo alvo de acordo também com o que o Programa proporciona.

De salientar também que este programa não é desenvolvido exclusivamente para mães adolescentes, mas sim para famílias em risco. Uma vez que a literatura refere as adolescentes com características muito próprias o programa, apesar da flexibilidade às necessidades das suas famílias, poderá ter de sofrer algumas reestruturações para o trabalhado com estas mães. De salientar no entanto que as mães nos instrumentos selecionados revelaram dados muito positivos o que pode concluir que por vezes mesmo com o programa estes poderiam não melhorar significativamente. Será importante num próximo estudo deste programa a realização de um instrumento específico a nível da relação entre pais e crianças.

Considera-se ainda que o *Programa A PAR – Aprender em Parceria*, apesar de estar em contacto constante

com os técnicos relatando a evolução das mães, necessita de realizar uma comunicação mais efetiva com as restantes áreas de trabalho (psicológica, social, ...) para que, além dos contributos da assistente funcionária da casa, possa estar mais consciente das dificuldades de cada mãe, do seu projeto de vida, de problemáticas recorrentes, entre outras. É necessário assim um trabalho de parceria efetiva entre os vários serviços da instituição e as dinamizadoras das sessões do programa. Considera-se que com um trabalho mais conjunto e de parceria poderiam também observar-se dados mais positivos, pelo que num próximo desenvolvimento deste programa, a comunicação entre os vários elementos da equipa e várias vertentes de apoio à adolescente deveriam coordenar-se melhor no sentido de conseguirem resultados mais positivos.

Considera-se importante continuar com estudos referentes a estas temáticas no que diz respeito a instituições de acolhimento destas jovens mães.

## **5. Referências Bibliográficas**

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*. 21(4), 407-412.

Baião, R. D. M. (2009). Stress parental e prematuridade. Tese de Mestrado integrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e

de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Baptista, M. N., Batista, A. S. D., e Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.

Bastos, A. C. S., Magalhães, C. M. C., Moura, M. L. S, Piccinini, C. A., Ribas Jr, R. C., Salomão, N. M. R., Silva, A. M. P. M., Silva, A. K., e Vieira, M. L. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 421-429

Beck, A., Daley, D., Hastings, R. P., e Stevenson, J. (2004). Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(7), 628-638.

Bornstein, M. H., Cote, L. R., Haynes, O. M., Hahn, C-S. Park, Y. (2010). *Parenting Knowledge: Experiential and Sociodemographic Factors in European American Mothers of Young Children*. *Dev Psychol*, 46(6): 1677–1693. doi:10.1037/a0020677.

Brandão, T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 65-64.

Bugental, D., e Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context

of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 35-344.

Canavarro, M. C., e Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Editado por M. C. Canavarro.

Carvalho, M. S., R. P. (2012). Reflexão sobre o processo de implementação dum programa de capacitação familiar e de intervenção primária na infância. Relatório Crítico de Actividade Profissional. ISPA.

Coutinho, M. (1999). Intervenção Precoce: Estudos dos Efeitos de um Programa de Formação Parental destinado a Pais e Crianças com Síndrome de Down. Tese de Doutoramento. Lisboa, UTL/FMH.

Crnic, K. A., Low, C. (2002). *Everyday stresses and parenting*. In Bornstein, M. H., ed. *Handbook of parenting*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 243-267.

Cruz, A. S. S. N. (2009). Formação Parental e Prevenção dos Maus-tratos: Efeitos de um Programa Piloto dirigido a um grupo de Mães em Residência de Acolhimento. Tese de Mestrado em Educação Especial Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Decreto-Lei - 147/99. Diário da República – I Série-A, Nº204 de 01-09-1999. Lei de Protecção de crianças e jovens em perigo.

Falcão, D. V. S., e Salmão, N. M. R. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58(2), 12-23.

Feldman, M. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 15(5), 299-332.

Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., e Cardoso, J. (2011). Escala de Sentimento de Competência Parental: Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 147-155.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 2, 221-238.

Goodnow, J. J. (2002) Parents' knowledge and expectation: Using what we know. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Harkness, S., e Super, C. M. (1992). Introdução. In S. Harkness & Super C. M. (Eds.). *Os sistemas culturais dos Pais crença: Suas origens, expressões e consequências* (1-23). New York: Guilford.

Havighurst, R. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David Mackay.

Heilborn, M., Salem, T., Knauth, D., Aquino, E., Bozon, M., Rodhen, F.,

Victoria, C., Mccallum, C., e Bandão, E. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez a adolescência. *Horizonte Antropológico*, 8(17), 3-45.

Henly, J. (1997). The complexity of support: the impact of family structure and provisional support on African American and white adolescent mothers' well-being. *American Journal of Community Psychology*, 25, 629-655.

Johnston, C., e Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.

Jones, T. L., e Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.

Kessler, R., Price, R., e Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Kobarg, A. P. R., e Vieira, M. L. (2008). Crenças e Práticas de Mães sobre o Desenvolvimento Infantil nos Contextos Rural e Urbano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 401-408.

Larson, N. C. (2004). Parenting Stress among Adolescent Mothers in the Transition to Adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21 (5), 457-476.

Lopes, I. F. (2005) Intervenção Precoce. Intervir para prevenir: Efeitos de um programa de formação parental em

jovens mães. Mestrado em Educação Especial. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Manlove, J., Welti, K., McCoy-Roth, M., Berger, A., e Malm, K. (2011). Teen parents in foster care: Risk factors and outcomes for teens and their children. *Child Trends*, 28, 1-9.

Mendez-Baldwin, M., e Bush-Rossnagel, N. (2003). Changes in parental sense of competence and attitudes in parents involved in a head start program as a result of participation in parenting education workshop. *NHSA Dialog*, 6(2), 331-344.

Miller, A. L., Weston, L. E., Perryman, J., Horwitz, T., Franzen, S., e Cochran, S. (2014). Parenting while incarcerated: Tailoring the strengthening families program for use with jailed mothers. *Child Youth Serv Rev.*, 44, 163-170.

Nabuco, M. E., Aguiar, M. S., Costa, C. e Morais, D. (2011). Aprender em Parceria (A PAR) Evaluation of the effectiveness of the implementation of the Parents Early Education Partnership (PEEP) in Portugal. FCT, Final Report. Relatório não Publicado.

Okagaky, L., & Bingham, G. E. (2005). Parent's social cognitions and their parenting behaviors. In T. Luster & L. Okagaky (Eds.), *Parenting: An ecologic perspective Monographs in parenting series* (2nd ed., pp. 3-33). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Oriente, I., e Sousa, S. M. G. (2005). O significado do abandono para as crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11 (71), 29-46.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica* (1999), 3 (XVII): 547-558

Ribeiro, J. L. (1994). A importância da família como suporte social na saúde. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Org.), *Família e desenvolvimento*. Portalegre: APPORT.

Schiro, E. D. B., e Koller, S. H. (2011). Ser adolescente e ser mãe: investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. *Análise Psicológica*, 4 (XXIX), 521-533.

Sigel, I. E., e McGillicuddy De Lisi, A. V. (2002). Parent beliefs are cognitions: The dynamic belief systems model. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Being and becoming a parent* (2nd ed., vol. 3, 485-508). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Vilaça, I. C. R. (2005). Mães adolescentes institucionalizadas. Tese de Mestrado em Ciências da educação em especialidade de educação para a saúde. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Wakschlag, L. S., e Hans, S. L. (2000). Early parenthood in context: Implications for development and intervention. In C. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.

Williams, P. D., Williams, A. R., Lopez, M., e Tayko, N. P. (2000). Mothers' developmental expectations for young children in the Philippines. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 291-301.