



UC/FPCE — 2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Percepção do *Coping* e da Qualidade de Vida
Famíliares em Grávidas e Mães Adolescentes**

Inês Patrícia Pratas Silvano de Oliveira
(e-mail: nocasoliveira@hotmail.com / nocasoliveira@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sub-área de
especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da
Professora Doutora Madalena Lourenço.

Percepção do *Coping* e da Qualidade de Vida Familiares em Grávidas e Mães Adolescentes

Resumo: O presente estudo analisa a percepção do *coping* e da qualidade de vida do sistema familiar – bem como a relação existente entre ambos – em grávidas e mães adolescentes (GMA), comparativamente com adolescentes sem história de gravidez ou maternidade (ASHGM). Foi também analisado o impacto de variáveis de natureza sócio-demográfica (idade, habilitações literárias, profissão, área de residência, e nível sócio-económico) e familiar (etapa do ciclo vital da família, composição do agregado familiar, e formas de família). A amostra é constituída por 40 sujeitos (20 GMA e 20 ASHGM), provenientes da Ilha Terceira (Açores), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. Todos os sujeitos preencheram: um Questionário Sócio-Demográfico, uma Ficha de Dados Complementares, e os instrumentos *Qualidade de Vida – Formulário para Adolescentes*, e F-COPES (*Escalas de Avaliação Pessoal orientadas para a Crise em Família*). Os resultados mostraram que: (a) as GMA apresentam uma percepção de menor utilização e activação das estratégias de *coping* familiares para a escala total do F-COPES, nomeadamente, nas sub-escalas *procura de suporte social e reenquadramento*; (b) as GMA parecem perceber um maior uso de estratégias de *coping* passivas; (c) os dois grupos apresentam percepções semelhantes quanto à utilização das estratégias de *coping avaliação passiva, procura de suporte espiritual, e mobilização de apoio formal*; (d) as GMA apresentam uma percepção de qualidade de vida / satisfação familiar significativamente inferior à das ASHGM para a escala total do *Qualidade de Vida* e, mais concretamente, para as dimensões: *amigos, lar, educação, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade, família alargada, lazer, vida familiar, e mass media*; (e) a percepção de satisfação / qualidade de vida familiar face à *religião* e à *saúde* é semelhante para ambos os grupos; (f) existe uma relação positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida para as ASHGM, o mesmo não acontecendo para as GMA; (g) a utilização das estratégias de *coping* familiar é influenciada pela interacção entre as variáveis área de residência e profissão, pela etapa do ciclo vital da família individualmente, bem como pela sua interacção com a variável habilitações literárias; (h) e na percepção da qualidade de vida familiar parecem intervir variáveis como a composição familiar, a profissão, e o nível sócio-económico.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, maternidade na adolescência, *coping* familiar, qualidade de vida familiar.

Perception of coping and family's quality of life in pregnant and mothers adolescents.

Abstract: The present study analyses the family system's perception of coping and quality of life – and the relation between both the constructs – in pregnant and mother adolescents (PMA), comparing with adolescents without pregnancy or motherhood past (AWPMP). It was also analysed the impact of the sociodemographic (age, qualifications, profession, area of residence, social and economic level) and familiar variables (family's life stage, composition of the family's aggregate, and family's form). The sample is composed of 40 subjects (20 PMA and 20 AWPMP), coming from Terceira Island (Azores), with ages ranging between 14 and 18 years. All the subjects answered: one social-demographic questionnaire, one sheet of complementary data, and the following instruments *Quality of Life (QOL)* – *Adolescent Form*, and F-COPES (*Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales*). The results showed that: (a) the PMA have a perception of lower utilization and activation of the coping strategies concerning the total scale of the F-COPES and, namely, in the factors *acquiring social support* and *reframing*; (b) the PMA seem to have the perception of higher use of passive coping strategies; (c) the two groups show similar perceptions concerning the utilization of the following coping strategies: *passive appraisal*, *seeking spiritual support*, and *mobilizing family to acquire and accept help*; (d) the PMA show a significant lower perception of quality of life / satisfaction, when compared with AWPMP, concerning the total scale of *Quality of Life*, and namely, for the factors: *friends*, *home*, *education*, *financial well-being*, *neighbourhood and community*, the *extended family*, *leisure*, *family life*, and *mass media*; (e) the perception of family's satisfaction / quality of life related to the factors *religion* and *health* is similar for both groups; (f) there is a positive relation between the utilization of coping strategies and the perception of quality of life for the AWPMP, when the same is not true for the PMA; (g) the utilization of coping strategies is influenced by the interaction between the variables area of residence and profession, by the family life stage alone, and by the interaction between this and qualifications; (h) in the perception of quality of life, variables such as the composition of the family's aggregate, the profession, and the socioeconomic level, seem to intervene.

Key Words: adolescent pregnancy, adolescent motherhood, family's coping, family's quality of life.

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre acreditaram e me deixaram caminhar.

À minha mãe, pela força indubitável e pelo amor incondicional.

Ao meu pai, pela fortaleza da sua presença e segurança.

À minha Família, por me “fazer ser” muito daquilo que sou.

À minha tia, pela partilha e cumplicidade.

À minha prima, pelo exemplo ter sido mãe quando ainda tão frágil.

Ao Hélder, pelo mimo, alento e paciência nas horas mais difíceis.

Aos meus amigos, pelo encorajamento e pela confiança despositada.

À Sally, pela ajuda no inglês.

À Professora Doutora Madalena Lourenço, pela dedicação e orientação preciosa, e pelo abraço confortante nas horas de desalento.

À Professora Doutora Isabel Alberto, pela disponibilidade e precioso apoio na parte estatística.

A toda a equipa de investigação, pelo esforço e empenho.

A todas as “meninas” grávidas e mães que fizeram do seu contributo o “nosso” estudo.

Ao Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (Terceira, Açores). À Enfermeira Irene Bleyer, por toda a sua dedicação e pronta colaboração.

Às jovens dos grupos de catequese, e às catequistas responsáveis pelos mesmos. Aos Senhores Padres Dolores e Tomás.

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual.....	2
II – Objectivos.....	14
III – Metodologia.....	16
3.1 – Critérios de amostragem.....	17
3.2 – Recolha da amostra.....	18
3.3 – Caracterização da amostra.....	19
3.4 – Instrumentos.....	22
IV – Resultados.....	26
V – Discussão.....	43
VI – Conclusões.....	58
Bibliografia.....	61
Anexos.....	67
Anexo 1 – Pedido de colaboração para recolha da amostra e aplicação do protocolo de investigação.....	67
Anexo 2 – Resposta ao pedido de colaboração.....	68
Anexo 3 – Questionário Demográfico.....	69
Anexo 4 – Ficha de Dados Complementares.....	71
Anexo 5 – Qualidade de Vida.....	73
Anexo 6 – F-COPES.....	75

Introdução

A gravidez e a maternidade na adolescência têm vindo a ser alvo de inúmeros estudos empíricos e teóricos em Portugal, embora a sua grande maioria seja de enfoque individual, ficando para trás a perspectiva familiar – ponto que consideramos de todo limitativo.

Ao longo deste estudo pretendemos dar um pequeno contributo para alargar e aprofundar os conhecimentos já existentes no âmbito da temática que nos propomos estudar, tendo como ponto de partida uma visão sistémica.

Como tal, pretendemos analisar qual a percepção que uma grávida ou mãe adolescente tem acerca da activação e utilização dos seus recursos familiares (estratégias de *coping* familiar), bem como a forma como percebe a sua qualidade de vida subjectiva / satisfação familiar (comparando-a com adolescentes sem história de gravidez ou maternidade) – tendo como base teórica o Modelo da Resiliência e Adaptação Familiar: Modelo ABC – Duplo X, de McCubbin e Patterson (1982, 1983).

Importa salientar que, apesar de nos centrarmos numa análise familiar, e muito embora os constructos *coping* e qualidade de vida avaliem uma dimensão familiar, os resultados obtidos através dos instrumentos *Qualidade de Vida* e F-COPES serão analisados em termos individuais – já que teremos apenas os dados referentes a um dos elementos da família: a grávida / mãe adolescente (GMA), e a adolescente sem história de gravidez nem maternidade (ASHGM).

A nossa amostra é constituída por 40 sujeitos: 20 GMA e 20 ASHGM.

Para além disso, urge ressaltar que estamos perante um estudo exploratório e não-experimental, o que limita a generalização dos resultados para a população em geral.

I – Enquadramento conceptual

Amplamente discutida e debatida, embora merecendo pouca atenção teórica e empírica em Portugal, a gravidez na adolescência tem vindo a ser descrita actualmente como um fenómeno complexo (Lourenço, 1998; Lloyd, 2004, in Rivera, 2006), multi-determinado (Jongenelen & Soares, 1999) e multissistémico (Pereira, 2001).

Contrariando a linha de investigação inicial, que denotava uma visão negativa e fatalista (centrada na Perspectiva do Risco), acentuando a debilidade de recursos individuais, familiares e sociais, bem como as implicações negativas que a gravidez trazia para a mãe adolescente e para o bebé, e considerando a homogeneidade do grupo de grávidas / mães adolescentes (Coley & Chase-Lansdale, 1998, in Pereira, 2001; Lucker, 1992, in Figueiredo, 2000; Siedlecky, 1971-1981, in Almeida, 1987; Silva, 1983); surge um olhar mais positivo (com os contributos do Modelo Ecológico e das concepções da Psicopatologia do Desenvolvimento), que vê o grupo das grávidas / mães adolescentes como heterogéneo, sublinhando a resiliência da mãe e da criança, bem como os factores protectores associados à adaptação (à gravidez / maternidade), e a diversidade de percursos desenvolvimentais das jovens (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000; Furstenberg et al., 1987, in Pereira, 2001; Jongenelen, 1998, in Figueiredo, 2001; Kirby, 2003; Santos & Schor, 2002; Soares, Marques, Martins, Figueiredo, Jongenelen, & Matos, 2001).

A gravidez na adolescência tem variadíssimas leituras, das quais salientamos apenas algumas: sintoma-comunicação do disfuncionamento familiar (Lourenço, 1998) – a) em famílias emaranhadas, “cutt-of”, com conseqüente pseudo-autonomia e separação; b) o prolongamento da dependência face aos pais, invalidando o processo de autonomia / separação; d) e, em famílias desmembradas, o *acting-out* da adolescente no mundo exterior. Ou ainda, o desejo de saltar uma etapa do ciclo vital – desejo de ser adulta. No caso de jovens institucionalizadas, a aquisição legal de maioridade / autonomia e a subsequente saída da Instituição de Acolhimento Residencial. Ancoragem social: forma de criar vínculos sociais de carácter permanente, como: filiação, maternidade e conjugalidade (Pais, 1999); confirmação da feminilidade (Leal, 1992) ou ainda sequência de acontecimentos (Canavarro & Pereira, 2001).

Numa altura em que decorre o processo de construção da identidade (Erikson, 1972) e de autonomia (Flemming, 1993), e num período da vida em que o *stress* é parte do processo desenvolvimental normal (Rivera, 2006), as alterações e exigências decorrentes da gravidez ocorrem em concomitância com as modificações próprias da adolescência, facto que leva a que muitos autores considerem este período como uma dupla crise desenvolvimental: crise da adolescência (crise normativa, esperada), e crise da gravidez e maternidade precoces (crise inesperada). Pereira (2001) acrescenta a esta duplicidade a crise do casamento: no caso em que a gravidez conduz ao casamento ou co-habitação “aglomeram-se duas transições do ciclo vital: a formação do casal e o nascimento do primeiro filho” (p.56).

É neste momento que dependência e autonomia / separação, identidade materna e identidade individual, exigências da maternidade e exigências da adolescência co-ocorrem simultaneamente¹ e podem desencadear disfuncionamento ou crescimento / adaptação (Minuchin, 1979, in Relvas, 2005).

Jongenelen (1998, in Figueiredo, 2001) sugere, todavia, que a gravidez na adolescência possa ser uma oportunidade única de crescimento, promovendo ganhos desenvolvimentais, nomeadamente, a construção da identidade sexual e o desenvolvimento da autonomia face aos pais (Figueiredo, 1997, in Figueiredo, 2001) – ao mobilizar recursos internos e externos para dar resposta às exigências desenvolvimentais.

Para Pereira (2001) esta crise “é resolvida em função do significado da gravidez para os diferentes membros e dos recursos da família para lidar com o acontecimento” (p. 58).

Procurando centrar a nossa análise neste último ponto, tendo em consideração as limitações teóricas e empíricas relativamente à abordagem familiar do *stress*, *coping* e qualidade de vida (o que contrasta com a ampla literatura e investigação em torno do indivíduo), e tomando como embasamento teórico o Modelo de Resiliência e Adaptação Familiar: Modelo ABC – Duplo X, de McCubbin & Patterson (1982, 1983), tentaremos compreender qual a resolução que a família dá à dupla crise da Gravidez / Maternidade na Adolescência, dando especial relevo aos seus recursos – “postulado da competência” (Auloos, 1996).

De acordo com o referido modelo, existe um acumular / *pile-up* de *stressores* e pressões – factor Aa – que, em consonância com as exigências daí decorrentes, e dependendo dos recursos que a família dispuser – factor Bb –, e da percepção e significado que atribuir ao/s acontecimento/s indutor/es de *stress* – factor Cc –, vão determinar a adaptação ou a não-adaptação do sistema familiar – factor Xx – face às mudanças / transições (normativas ou não-normativas).

Vários autores corroboram a ideia de que, tanto a adolescência como a gravidez / maternidade acarretam fontes de *stress* adicional, mais ainda no caso de co-ocorrerem simultaneamente (Cowan & Hetherington, 1991, in Pasley, Langfield, & Kreutzer, 1993; Sacco & Macleod, 1990). Segundo Carvalho e colaboradores (2004), a gravidez e/ou maternidade precoces são considerados acontecimentos indutores de *stress* que envolvem risco de ruptura em diversas áreas do funcionamento familiar (Canavarro, Pedrosa, & Oliveira, 2005; Relvas & Lourenço, 2001). Lourenço (1998) refere que é inegável o acumular de *stressores* e “evidente a provável potenciação do *stress* na família com uma adolescente grávida” (p. 84). Também Lloyd (2004) (in Rivera, 2006) corrobora esta visão, afirmando que a gravidez na adolescência afecta todo o sistema familiar, representando um momento de *stress*.

Estando as exigências “*directamente associadas ao acontecimento*”

¹ Sandler (1987, in Pereira, 2001) propôs para cada tarefa desenvolvimental da adolescência uma tarefa de desenvolvimento quase antagónica da gravidez / maternidade.

indutor de stress” (Oliveira, 2006, p.52), e tendo como hipótese que estas afectam a percepção de bem-estar (Lavee & Olson, 1991), o possível acréscimo de *stress* familiar resultante da gravidez / maternidade nesta etapa parece acarretar o acréscimo de exigências familiares. Ao *stress* resultante das tarefas e exigências familiares desta fase do ciclo vital (Família com Filhos Adolescentes) – pressões financeiras, pressões intra-familiares, pressões trabalho-família e transições dentro / fora (Olson et al., 1983); acresce o *stress* inerente às exigências decorrentes da gravidez – indutores de *stress* físicos, psicológicos e financeiros (Miller & Myers- Walls, 1983, in Canavarro et al., 2005) – e da transição para a parentalidade, com as suas tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2001; Carvalho, 2006).

Perspectivada como um acontecimento normativo do ciclo de vida (Hobbs & Cole, 1976, in Canavarro, 2001), a transição para a parentalidade assume-se, no contexto da adolescência, como inesperada e não-normativa (Canavarro, 2001), solicitando uma mudança estrutural do sistema familiar, e exigindo, mais do que ajustamento familiar, adaptação (McCubbin, 1995).

Outros autores (Field, Widmayer, Stringer, & Ignatoff, 1980, in Ravert & Martin, 1997) não partilham a mesma visão, afirmando que algumas adolescentes podem ver a sua gravidez enquanto um acontecimento de vida esperado, baseando-se nos contextos da sua família chegada e alargada.

Os resultados do estudo de Ravert e Martin (1997) aproximam-se desta ideia. Procurando investigar a possível relação entre o nível de *stress* familiar da adolescente grávida e a percepção da sua gravidez enquanto acontecimento de vida *stressante*, concluem que não existem relações significativas entre as duas dimensões, existindo todavia uma referência a níveis de *stress* familiar muito superiores à média. Os autores concluem que, apesar dos sujeitos terem experienciado elevados níveis de acontecimentos de vida *stressantes* dentro da família, eles não percebem a gravidez como um acontecimento de elevado *stress*, mas apenas moderadamente *stressante*. Os autores afirmam ainda que, desta forma, a gravidez pode não ser percebida pela adolescente como uma crise.

Alguns estudos revelam que as grávidas / mães adolescentes, quando comparadas com grávidas / mães adultas, apresentam níveis mais elevados de *stress*, tristeza, tensão, ansiedade (Almeida, 1987; Carvalho, Leal, & Sá, 2004; Peterson et al., 1982, in Pereira, 2001) e de psicopatologia geral (Passino et al., 1993, in Lourenço, 1998). Outros demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Hardy & Zabin, 1991, in Pereira, 2001).

Também os resultados dos estudos que comparam grávidas adolescentes com jovens sem história de gravidez são inconclusivos. Uns defendem que o primeiro grupo apresenta maiores níveis de *stress* e psicopatologia geral, outros advogam o inverso (Soares e colaboradores, 2001). Os resultados do estudo de Stiffman e colaboradores (1987, in Lourenço, 1998) revelam que as grávidas adolescentes, comparadas com adolescentes não-grávidas sexualmente activas, apresentam índices mais baixos de ansiedade e de sintomatologia psicológica. Outros estudos não revelam diferenças significativas no que concerne ao ajustamento emocional

de ambos os grupos (Pereira, 2001).

Existe ainda outra linha de investigação que compara grávidas adolescentes com jovens sem história de gravidez relativamente aos acontecimentos de vida, demonstrando também resultados não-consensuais.

De acordo com Pereira (2001) – que analisa os contextos relacionais de dois grupos de adolescentes (grávidas e sem história de gravidez) pertencentes a níveis socio-económicos baixos – as jovens grávidas sofreram significativamente mais acontecimentos de vida negativos (fazendo antever que o *pile-up* de *stressores* será maior), tais como: novo casamento de um dos progenitores, problemas económicos, abuso de álcool / droga por um dos progenitores, conflito entre a jovem e os progenitores, mudança de casa. Robbins (1981, in Ravert & Martin, 1997) conduziu um estudo para avaliar a possível relação entre elevados valores de acontecimentos de vida e gravidez na adolescência, e concluiu que as jovens grávidas tinham valores mais elevados do que as jovens não-grávidas.

Já segundo Stiffman e colaboradores (1987, in Lourenço, 1998) as jovens grávidas não têm mais acontecimentos de vida *stressantes* do que as jovens com vida sexual activa mas sem história de gravidez. Também o estudo de Records (1992, in Ravert & Martin, 1997) revelou não haver diferenças significativas entre o grupo de grávidas e não-grávidas adolescentes, tanto no número, quanto na percepção dos acontecimentos como bons ou maus, ressaltando todavia que o segundo grupo referiu menos acontecimentos bons e menos maus.

Olson e colaboradores (1983), numa investigação que descreve o funcionamento “normal” de famílias americanas ao longo dos vários estádios do ciclo vital, defendem que o estádio da família com filhos adolescentes é o estádio do ciclo vital mais *stressante* – revelando que são estas famílias que se encontram mais vulneráveis aos acontecimentos indutores de *stress*. Pais e adolescentes são unânimes ao referir níveis de *stress* elevados, existindo porém desacordo quanto às suas fontes – para os pais, são as “questões financeiras (60%)”; para os adolescentes, as “pressões familiares (30%)” e as questões da sua própria “família (50%)” (idem, p. 228).

Vilaça (2007) não corrobora esta visão. De acordo com a sua investigação – estudo correlacional da vulnerabilidade ao *stress*, *coping* e qualidade de vida ao longo do ciclo vital de famílias portuguesas – não se verifica nenhum efeito principal significativo quanto à vulnerabilidade ao *stress* para a etapa família com filhos adolescentes. A autora refere que a vulnerabilidade ao *stress* é sim superior na etapa da família com filhos em idade escolar – sendo também nesta etapa que se situa o pico do *coping* familiar.

Apesar da dissonância entre os resultados supracitados, a etapa da família com filhos adolescentes parece ser uma das fases em que o sistema familiar se confronta com a necessidade de realizar grandes e importantes

mudanças e ajustamentos². Segundo Cabié (1999), a principal característica deste período é que a família, até aí centrípeta, se torna centrífuga; sendo necessário que o sistema familiar se torne mais flexível quanto às normas e regras, e mais aberto ao exterior (Alarcão, 2000; Relvas, 1996, 2004).

Apesar da falta de consenso da literatura quanto ao carácter normativo/esperado ou não-normativo/inesperado da gravidez / maternidade na adolescência, os recursos familiares³ parecem surgir aqui como ferramentas primordiais para ultrapassar os desafios com que o sistema familiar se debate. É neste estágio que, de acordo com Olson e colaboradores (1983), a importância desses recursos se torna mais evidente.

Para os mesmos autores, os recursos necessários ao bem-estar e bom funcionamento familiar nesta etapa do ciclo vital são: gestão financeira, resolução de questões de personalidade, apoio da família e amigos, satisfação sexual do casal, satisfação conjugal e qualidade de vida – recursos estes que caracterizam uma “família de baixo *stress*” (idem, p. 210-213).

De acordo com o Modelo Circular, o tipo de família que parece funcionar melhor nesta etapa é a “família equilibrada” – ou “flexível-coesa”, segundo Olson, Lavee e McCubbin (1988, in Lavee & Olson, 1991) (em oposição à “família extrema”), uma vez que regista menores níveis de *stress* quando confrontada com dificuldades (mostrando maior resistência aos acontecimentos de vida *stressantes*), maiores níveis de *coping* familiar (o reenquadramento é a estratégia de *coping* mais utilizada), mais recursos familiares, bem como maiores níveis de qualidade de vida e de satisfação familiar (Olson et al., 1983).

Todavia, os resultados de Olson e colaboradores (1983) sugerem que, de um modo global, “os adolescentes percebem as suas famílias como mais Extremas do que os pais” (p. 225).

A coesão e a adaptabilidade familiar – respectivamente, os vínculos que os membros do sistema familiar têm entre si, e a capacidade de mudança de um sistema familiar perante o *stress* acidental ou desenvolvimental (Lourenço, 1998) parecem ser “*dois dos mais importantes recursos familiares na gestão das crises*” (McCubbin & Patterson, 1983, p. 17). Olson e McCubbin (1982, in McCubbin & Patterson, 1983) colocam como

² Estas mudanças e ajustamentos estão relacionados com o incremento do *stress* e pressões intra-familiares resultantes: do “*stress da adolescência*” (Irving, 1979); da iniciação da actividade sexual por parte do/a adolescente (Lourenço, 1998; Olson et al., 1983); do balanço e equilíbrio necessários entre autonomia e dependência (Alarcão, 2000; Menezes, 1990, in Almeida, 1996); da desejável mudança nas relações entre pais e filhos em termos de uma reorganização e reestruturação da interacção (Relvas, 1996, 2004); da necessidade de revisão da relação conjugal e dos objectivos de vida dos pais (Henry, Knaub, & Plunkett, 1999); da gestão ou negociação da continuidade e mudança entre as diferentes gerações do sistema familiar (Almeida, 1996); bem como da “*falta de congruência entre as percepções dos membros da família acerca das suas relações e interacções*” (Olson et al., 1983, p. 221).

³ McCubbin, Joy e colaboradores (1980) (in Canavarro, Vaz Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993) identificam quatro grandes tipos de recursos: Recursos Pessoais, Apoio Social, *Coping* e Recursos Internos do Sistema Familiar.

hipótese a relação positiva entre níveis moderados de coesão e adaptabilidade familiar e sucesso na adaptação face à crise. Para Olson (1986, in Lavee & Olson, 1991) as “famílias coesas” têm recursos familiares mais fortes e mais estratégias de *coping* efectivas.

No entanto, os resultados do trabalho de Olson e colaboradores (1983) revelam que é durante o estágio do ciclo vital da família com filhos adolescentes que pais e filhos adolescentes relatam os níveis mais baixos de adaptabilidade e coesão familiar.

A comunicação familiar – crucial para a satisfação com as relações familiares quando positiva (Barnes & Olson, 1985; Barnes & Olson, 1982, in Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982, 1985) –, e tida como mediadora (facilitadora ou impeditiva) das mudanças da família no que concerne à coesão e adaptabilidade (Barnes & Olson, 1985; Olson et al., 1983, in Lourenço, 1998), é considerada, nesta fase do ciclo vital, pelos adolescentes com algum negativismo: percebem dificuldades com ambos os progenitores, sentindo com as mães maior abertura. (Olson et al., 1983). Barnes e Olson (1985) sugerem, no entanto, que as famílias com uma boa comunicação pais-adolescentes se percebem com níveis mais elevados de coesão, adaptabilidade e satisfação familiares.

São escassos os estudos que consideram os efeitos da qualidade das relações familiares nas adolescentes grávidas e/ou mães, particularmente no que concerne à comunicação adolescentes-pais – dimensão que acaba por interferir no comportamento sexual dos adolescentes (Almeida, 1996; Miller, 1998). Para alguns autores (Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994) a qualidade das relações familiares podem também afectar o bem-estar psicológico da mãe / grávida adolescente; sendo que uma comunicação aberta acerca da gravidez e de questões relativas à educação da criança poderão aliviar o *stress*.

Numa investigação conduzida por Lloyd (2004) (in Rivera, 2006) foi possível constatar que as adolescentes grávidas percebiam uma pobre comunicação – anterior e concomitante à gravidez – entre elas próprias e os seus pais. A literatura sugere que, quando se comparam grupos de adolescentes grávidas e não-grávidas relativamente às variáveis psicológicas e relacionais do contexto familiar, os resultados não são lineares.

Por um lado, temos os estudos que associam a gravidez na adolescência a um ambiente familiar desestruturado, com elevados níveis de *stress*, pressão e conflito (Ravert & Martin, 1997), com maior disfuncionalidade e rigidez (Garret & Tidwell, 1999, in Pereira, 2001; Lourenço, 1998), ausência da figura paterna (Almeida, 1987; Lourenço, 1998), e baixa qualidade da relação entre pais e filhas (Canavarro & Rolim, 2000, in Canavarro & Pereira, 2001).

De acordo com Fox (1980, in Ravert & Martin, 1997), a adolescente proveniente de uma família com falta de recursos e sem capacidade para gerir eficientemente esses recursos estará exposta a maior risco de gravidez precoce. A investigação tem mesmo sugerido a existência de uma relação entre o *stress* familiar e a actividade sexual de risco entre adolescentes (Chilman, 1985, in Ravert & Martin, 1997). Wu e Martinson (1993) referem que a gravidez na adolescência é a resposta aos *stresses* que acompanham as

mudanças na situação familiar da jovem.

Por outro lado, surge a linha de investigação que aponta para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de adolescentes grávidas e sem história de gravidez no que concerne a variáveis familiares (Townsend & Worobey, 1987, in Pereira, 2001).

A investigação empírica de Lourenço (1998), na qual a autora faz a análise comparativa de dois grupos de adolescentes portuguesas, grávidas e não-grávidas, faz emergir os seguintes resultados: as adolescentes grávidas diferenciam-se do grupo das adolescentes sem história de gravidez, no que concerne à percepção do funcionamento familiar dos seus agregados – – percebem as suas famílias como mais disfuncionais/menos coesas, e mais rígidas/com menores níveis de adaptabilidade (percepção mais forte nas gestantes com menos de 16 anos); não se diferenciando, todavia, na dimensão da satisfação familiar – “para ambos os grupos a discrepância família percebida vs família-ideal é média” (p. 155), sendo a satisfação familiar igualmente baixa nos dois grupos. Estes resultados são compreensíveis à luz da conclusão de Olson e colaboradores (1983), que defendem que a satisfação familiar atinge o nível mais baixo nesta fase do ciclo vital; ou ainda, à luz das conclusões do estudo levado a cabo por Cummins (2000) que procurou compreender a manutenção da qualidade de vida subjectiva na adolescência, concluindo que a qualidade de vida poderá decair nesta fase devido à sua estreita relação com o afecto depressivo característico da adolescência – afecto este que poderá alterar o bem-estar do adolescente e, conseqüentemente, a sua percepção de bem-estar.

Pereira (2001) corrobora o resultado do estudo de Lourenço (1998), uma vez que não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de adolescentes grávidas e não-grávidas quanto à satisfação com a vida. Para o primeiro grupo, a percepção de maior satisfação com a vida está associada aos seguintes factores: residir numa zona rural; pertencer a uma estrutura familiar nuclear intacta; perceber menor rejeição por parte da mãe; estar mais satisfeita com o apoio recebido; e ter desejado a gravidez. Já para o grupo de adolescentes sem história de gravidez, a percepção de maior satisfação relaciona-se positivamente com: maior suporte emocional do pai e mãe; menor rejeição por parte da mãe; e maior satisfação com o apoio dado.

A literatura sugere a existência de uma possível relação entre a satisfação familiar e a gravidez na adolescência. Jaccard, Dittus e Gordon (1996) conduziram um estudo que pretendia avaliar a correlação entre as atitudes maternas e o comportamento sexual das adolescentes (a partir de um inquérito a 751 jovens). Os resultados sugerem que as adolescentes que referem baixos níveis de satisfação com a qualidade da relação com a sua família – mais concretamente com a sua mãe – estão mais propensas à iniciação precoce da sexualidade, do que as adolescentes que estão muito satisfeitas.

Parece ainda existir uma relação entre a gravidez e transição para a parentalidade, o incremento do *stress* e a diminuição da satisfação conjugal. Alguns autores referem que os níveis de satisfação conjugal diminuem com o nascimento do primeiro filho (Gottman & Silver, 1999; Perren, Wyl, Burgin, Simoni, & Klitzing, 2005), e que as exigências desta nova fase do

ciclo vital (família com filhos pequenos) e desta transição acarretam inevitáveis fontes de *stress* familiar (Oliveira, Pedrosa, & Canavarro, 2005; Relvas & Lourenço, 2001). Outros estudos revelam o inverso relativamente à satisfação conjugal: Guttman e Lazar (2004), comparando um grupo de casais sem filhos e um grupo de pais que o são pela primeira vez, chegam à conclusão que este último grupo estava mais satisfeito com o seu casamento do que o primeiro. Já Salmela-Aro, Aunola, Saisto, Halmesmäki e Nurmi (2006) afirmam, a partir do seu estudo, que os casais que apresentam uma satisfação conjugal elevada vêem-na a decrescer na sequência da gravidez e da transição para a paternidade; enquanto que os casais que apresentam valores inicialmente baixos revelaram um posterior aumento nos níveis de satisfação.

Culp, Culp, Noland e Anderson (2005) conduzem um estudo descritivo com uma amostra de mães de mães adolescentes (com uma média de idades de 41 anos) para avaliar o seu *stress*, a sua satisfação conjugal, e o suporte que prestam nos cuidados ao bebé, concluindo que a maioria das mães das jovens referem níveis mais baixos de satisfação conjugal do que as mães de mães adultas; e que o *stress* e a satisfação conjugal se relacionam negativamente com a quantidade de cuidados prestados pela avó ao neto (filho da adolescente).

Olson e colaboradores (1983) sugerem que os níveis de satisfação (pessoal, conjugal e familiar) aumentam consoante aumentam os níveis de coesão e adaptabilidade familiar. Acrescentam, fazendo ressaltar a importância da satisfação familiar enquanto factor protector face ao *stress*: “quando a satisfação familiar é elevada, o *stress* tem um impacto mínimo na família (...), estas famílias parecem ter uma resistência aos acontecimentos de vida stressantes” (idem, p. 236).

Para os mesmos autores, a qualidade de vida – definida segundo Ballesteros (1994, in Amorim & Coelho, 1999) como juízo subjectivo do grau em que se alcançou a satisfação ou sentimento de bem-estar pessoal, associado a indicadores objectivos (biomédicos, psicológicos e comportamentais) – está significativamente relacionada com a satisfação; existindo outros autores (Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005) que afirmam que a satisfação é utilizada enquanto importante variável dependente na medição da qualidade de vida. Olson e Barnes (1982) utilizam uma conceptualização subjectiva para definir qualidade de vida familiar enquanto senso / percepção familiar de ajustamento entre a família (seus membros) e o seu ambiente/contexto. De acordo com Bramston, Chipuer e Pretty (2005), a qualidade de vida é influenciada por factores pessoais e ambientais e pela interacção entre ambos, “sendo activada pela auto-determinação, recursos, objectivos de vida e pelo senso de pertença” (p. 728).

Os resultados da investigação de Vilaça (2007) vão de encontro aos resultados de Olson e seus colaboradores (1983), revelando a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e a qualidade de vida familiares, sendo que uma maior vulnerabilidade ao *stress* desencadeia menor qualidade de vida subjectiva familiar; da mesma forma que a qualidade de vida subjectiva aumenta à medida que a

vulnerabilidade ao *stress* diminui.

O mesmo estudo demonstra uma associação linear positiva entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida familiares, demonstrando que quanto maior for a activação dos recursos familiares/*coping* familiar, maior será a qualidade de vida subjectiva familiar (Vilaça, 2007).

Batista (2008) corrobora esta visão. Analisando a relação existente entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida familiares entre 40 adolescentes de ambos os sexos, dos 12 aos 18 anos de idade, conclui que existe uma relação positiva entre os dois construtos, indicando que quanto maior é o *coping* dos adolescentes, maior é a sua percepção de qualidade de vida.

Para McCubbin e Patterson (1983), o senso de satisfação e estabilidade familiar pré-existente ao impacto do acontecimento *stressante* ou da transição, influencia o impacto e a avaliação/percepção do *stressor*, bem como quais as estratégias de *coping* que serão utilizadas pela família. De acordo com McCubbin, Olson e Larsen (1981), a definição e o significado que a família atribui à situação indutora de *stress* é tida como parte do “comportamento de coping familiar” (p. 477). McCubbin e McCubbin (1989, in Harvey & Byrd, 2000) defendem que quanto melhor for a compreensão da família face ao *stressor*, tanto melhor ela acreditará que poderá ultrapassá-lo. Para McCubbin e Patterson (1983), o facto da família redefinir a situação *stressante* de forma mais positiva utilizando o reenquadramento – “estratégia de coping familiar interna” (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981, p.478) e activa (Janeiro, 2007) – parece facilitar o *coping* e a adaptação familiar.

McCubbin, Olson e Larsen (1981) referem que existem dois níveis de interacção para o *coping* familiar: o do indivíduo com o sistema familiar, e o da família com o ambiente social; sendo que as famílias que utilizam mais estratégias de *coping* situadas nos dois níveis terão maior sucesso na adaptação.

De acordo com Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen e Wadsworth (2001, cit. in Batista, 2008), as estratégias de *coping* podem variar dependendo da influência de três variáveis: a situação indutora de *stress*, o nível de desenvolvimento do indivíduo, e os estilos de resposta ao *stress* aprendidos anteriormente, através de um processo de osmose. Dell’Aglia (2003, cit. in Batista, 2008), afirma que o processo de *coping* é percebido, mais concretamente no caso dos adolescentes, em função das características da situação indutora de *stress* e das características de desenvolvimento do próprio sujeito.

No caso da gravidez / maternidade na adolescência, e de acordo com Kaye (2008), que descreveu as estratégias de *coping* usadas por mães adolescentes do Uganda na transição para a parentalidade, o estilo de *coping* utilizado para lidar com o *stress* da transição da adolescência para a maternidade resultaria de uma combinação entre o *coping* da gravidez e o *coping* da adolescência; sendo que, ainda segundo o autor, cada uma das jovens utilizaria diferentes estratégias para lidar com o *stress* desta transição.

Existem vários estudos, embora dissonantes quanto aos resultados, referentes às estratégias de *coping* maioritariamente utilizadas pelas

adolescentes grávidas / mães, embora a perspectiva individual tenha vindo a ser o foco da literatura, existindo pouca investigação ao nível do *coping* familiar.

A literatura tem revelado que, quando comparadas com adolescentes não-grávidas, as jovens grávidas apresentam *locus* de controlo externo (Morgan, Chapan, & Fisher, 1995, in Figueiredo, 2001), níveis menos elevados de estratégias adequadas para resolução de problemas (Passino, Whitman, Thomas, Borkowski, & Schellenbach, 1993, in Figueiredo, 2001), tendendo a utilizar estratégias de *coping* passivas (Barth & Schinke, 1983; De Anda et al., 1992, in Soares et al., 2001) – existindo autores (Eister, Elizabeth, & Lamb, 1983, in Rivera, 2006; Passino et al., 1993, in Soares et al., 2001) que defendem que é nesta altura que os recursos pessoais para lidar com o *stress* estão em pleno desenvolvimento.

Os resultados do estudo longitudinal de Soares e colaboradores (2001), com 68 grávidas, dos 13 aos 18 anos, não corroboram esta visão: as jovens “tendem a perceber-se com recursos e estratégias necessárias” para lidar com os problemas do dia-a-dia e com as exigências desencadeadas pela gravidez (p. 385); apresentando estratégias de *coping* activas e um *locus* de controlo interno: referem que “as situações indutoras de *stress* estão sob o seu controlo” (idem, p. 386).

Anda e colaboradores (1992) conduziram uma investigação com o objectivo de avaliar as respostas face ao *stress* e os níveis de *stress* percebidos por um grupo de 120 grávidas adolescentes. Referem que, apesar das estratégias de *coping* serem usadas com pouca frequência e percebidas como minimamente efectivas pelas jovens, quando utilizadas, são mais as que são adaptativas do que as desadaptativas⁴.

Outros autores (Myors, Johnson, & Langdon, 2001) sugerem que o estilo de *coping* mais efectivo e usado mais frequentemente pelas grávidas adolescentes é o estilo de *coping* optimista / focado nas emoções – sendo recomendável, segundo estes autores, a combinação entre este estilo e o estilo focado no problema (estilo de *coping* mais adaptativo segundo os mesmos autores). Para os autores, o foco das adolescentes nos estilos de *coping* optimistas é sugestivo da falta de compreensão dos desafios da maternidade que terão de enfrentar, mas é consistente com a sua idade e estágio desenvolvimental.

De acordo com Monat e Lazarus (1985, in Batista, 2008), o *coping* focado no problema visa atenuar ou eliminar a situação indutora de *stress*, “alterando a relação que existe entre a pessoa e o ambiente que está a provocar a tensão” (Batista, 2008). São exemplos desse tipo de *coping*: a redefinição do elemento stressor (reenquadramento) e a procura de ajuda prática de outras pessoas (procura de suporte social, mobilização de apoio formal). Os mesmos autores (Monat & Lazarus, 1985, in Batista, 2008), bem como outros (Antoniazzi, Dell’ Aglio, & Bandeira, 1998, in Batista, 2008),

⁴ Segundo Antoniazzi, Dell’ Aglio e Bandeira (1998) (in Batista), não é correcto afirmar que uma dada estratégia de *coping* é boa ou má, adaptativa ou desadaptativa, sem que se tenha em conta: os recursos pessoais do indivíduo, a situação indutora de *stress*, bem como a avaliação que o indivíduo faz do acontecimento *stressante* em tempos diferentes.

definem o *coping focado nas emoções* como aquele que “*remete para pensamentos ou acções cujo objectivo é atenuar o impacto emocional do stress no indivíduo*” (Batista, 2008) – (exemplo deste tipo de coping será a avaliação passiva).

Stern e Alvarez (1992) levaram a cabo um estudo comparativo entre adolescentes grávidas adolescentes que tencionavam renunciar ao seu filho, grávidas adolescentes que pretendiam ter o filho, e mães adolescentes, tendo sido feitas também comparações com adolescentes sem história de gravidez, com o objectivo de analisar a resposta de *coping* e o ajustamento psicossocial das jovens. Os autores afirmam que a experiência da maternidade afecta (positivamente) os tipos de estratégias de *coping* utilizadas pelas adolescentes. Dos resultados emerge que os grupos de grávidas adolescentes e de adolescentes não-grávidas são mais propensos a usar menos estratégias de *coping* activas do que as mães adolescentes – existindo uma relação negativa entre estas formas de *coping* menos activas e os níveis de ajustamento psicossocial.

O suporte social, considerado por McCubbin, Olson e Larsen (1981) como uma das estratégias de “*coping familiar externo*”, é encarado como importante variável mediadora do *stress* (Olson, Larsen & McCubbin, 1982, in Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982, 1985) ou, como factor protector do *stress* (Holahan & Moos, 1986; Vaz Serra, 2002).

Esta variável parece relacionar-se positivamente com a adaptação e ajustamento da adolescente no que concerne às exigências e tarefas da adolescência, bem como da gravidez e maternidade (Figueiredo, 2000; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Margarinho, 2006; Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2003; Pereira, 2001; Soares et. al., 2001) – aumentando o recurso a estratégias de *coping* activas, e a avaliação das situações como sendo mais controláveis (Canavarro, 1999) –, uma vez que o suporte proporcionado é visto como “*fundamental para o indivíduo e família confrontados com transições normativas ou não-normativas do ciclo de vida*” (Dessen & Braz, 2000, in Oliveira, Pedrosa, & Canavarro, 2005).

A família parece assumir um papel fundamental nesta fase do ciclo vital – constituindo os pais recursos disponíveis para os adolescentes em momentos de *stress* (Neves, 1995, in Lourenço, 1998). Os resultados do estudo de Pereira (2001) revelam que para ambos os grupos (adolescentes grávidas e não-grávidas), a família, e nomeadamente a mãe, ocupa um papel central durante a adolescência.

A investigação sugere que o apoio da progenitora à adolescente grávida / mãe reduz a ansiedade e o *stress* sentidos pela jovem, estando associado a um incremento da auto-estima e do bem-estar geral (Bogat et al., 1998, in Canavarro & Pereira, 2001; Lourenço, 1998). Outros estudos demonstram porém que, a par das implicações positivas, estão as negativas: o apoio, quando ineficaz ou conflituoso, pode ser prejudicial, acarretando custos (Figueiredo, 2000; Lourenço, 1998; Pacheco et al., 2002) e tornando-se ele mesmo uma importante fonte de *stress* (Santos & Schor, 2003).

Quanto ao progenitor masculino, Pereira (2001) revela que o grupo de grávidas adolescentes tem uma percepção de menor suporte emocional por parte do seu pai. Lourenço (1998) refere que a atitude do pai da adolescente

face à gravidez se encontra positivamente relacionada com a percepção de funcionamento familiar (a jovem que sente mais apoio do pai percebe a sua família como mais funcional), e com a sua satisfação familiar (quanto maior é o apoio maior é a satisfação). O mesmo parece suceder com as adolescentes não-grávidas, já que, os resultados do estudo de Pereira (2001) demonstram que o suporte emocional do pai se constitui como única variável significativamente preditora da satisfação com a vida destas jovens.

Numa altura em que o grupo de pares funciona como um elemento precursor da identidade e socialização (Almeida, 1996; Flemming, 1993; Paixão, 1991), a investigação sugere que a adolescente grávida / mãe apresenta maior isolamento face aos pares – pelas tarefas próprias do pós-parto: necessidade de prestação de cuidados ao bebé; pela não-identificação (física e psicológica) que a jovem sente face ao grupo de iguais; pela discriminação / estigma social; pela vergonha; pelo abandono escolar ou desemprego (Bolton, 1980, in Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994; Pereira, 2001) – bem como uma menor proximidade emocional dos amigos (Almeida, 1987; Canavarro & Pereira, 2001; Lourenço, 1998; Pereira, 2001).

Alguns estudos têm-se referido à relação positiva entre a qualidade das relações de amizade e do suporte parental, e a qualidade de vida em mães adolescentes. Sgarbossa e Ford-Gilboe (2004) realizaram uma investigação com 58 famílias americanas, lideradas por mães adolescentes com filhos em idade pré-escolar (tendo como hipótese inicial a relação entre a qualidade das relações de amizade das mães, o suporte parental que estas recebiam, a qualidade de vida e as estratégias de resolução de problemas da família no que concerne à saúde) que revelou que a qualidade das relações de amizade das mães, o suporte parental e o *coping* familiar inerente à saúde predizem 49% da variância da qualidade de vida das jovens mães; tendo o suporte parental o efeito directo mais forte na qualidade de vida das mesmas.

Já Prodromidis e colaboradores (1994) referem que as relações entre pares e as relações familiares pobres tendem a isolar as adolescentes grávidas / mães, e que este isolamento durante a gravidez parece afectar negativamente o seu bem-estar emocional.

Relativamente ao companheiro, e contrariamente ao que acontece com os amigos, Pereira (2001) revela que o grupo de jovens grávidas refere uma maior proximidade emocional ao primeiro. O apoio prestado pelo pai do bebé aparece associado dicotomicamente, ora a menores níveis de psicopatologia da jovem e maiores níveis de bem-estar geral; ora a maior *stress* parental (Contreras et al., 1999, in Canavarro & Pereira, 2001). O estudo de Anda e colaboradores (1992) conclui que a única fonte de *stress* mencionada frequentemente pelas grávidas adolescentes é o pai do bebé – fonte de grande *stress* para 43% das jovens.

A investigação de Williams (2004) parece ser a que mais se aproxima do objectivo do nosso trabalho (tanto pela amostra que utiliza, pelas dimensões e variáveis que analisa, como pelo modelo teórico subjacente). O autor conduziu uma investigação, utilizando o Modelo ABC - Duplo X da Adaptação Familiar, que se debruçou sobre a análise do *stress*, *coping*, comunicação e adaptação familiares face à gravidez na adolescência

indesejada, em famílias (na sua maioria hispânicas) com adolescentes grávidas ou mães adolescentes (98 adolescentes, dos 14 aos 18 anos) que viviam em casa. Os resultados da análise dos instrumentos (congruentes com o modelo teórico em causa), aplicados às progenitoras e às adolescentes, revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias das mães e filhas para o *stress* ou comunicação familiares; o que não se verifica relativamente à adaptação familiar – as adolescentes registam valores significativamente mais baixos do que as mães. Quanto ao *coping*, os resultados demonstram que o *coping* das adolescentes não se correlaciona com o *coping* familiar – sugerindo que o *coping* das jovens não reflecte o *coping* familiar. De um modo global, este estudo revela que o *stress*, o *coping* e a comunicação influenciam significativamente a adaptação de mães e filhas a uma gravidez indesejada na adolescência.

Em tom de conclusão, diríamos que com o presente trabalho pretendemos analisar a percepção dos recursos familiares (estratégias de *coping* familiar maioritariamente utilizadas) e da qualidade de vida familiar subjectiva/satisfação familiar num grupo de grávidas / mães adolescentes (comparativamente com adolescentes não-grávidas), tendo em conta as limitações da literatura portuguesa no que se refere ao estudo destas dimensões numa perspectiva familiar e, concretamente, no âmbito da temática que seleccionámos.

II – Objectivos

Este estudo tem como objectivo principal analisar em que medida a gravidez e a maternidade na adolescência influenciam a percepção subjectiva da qualidade de vida familiar e o tipo de estratégias de *coping* familiares predominantemente utilizadas como forma de adaptação ao *stress*; e até que ponto estas duas dimensões (satisfação e *coping* familiares) se relacionam.

Para além do que referimos, julgamos ser pertinente avaliar o possível papel mediador de algumas variáveis – de natureza socio-demográfica: a idade, a área de residência, o nível socio-económico, as habilitações literárias, e a profissão; bem como familiar: composição do agregado familiar, formas de família, e etapa do ciclo vital da família – que possam determinar a direcção dos resultados.

O que, no fundo, nos propomos a aprofundar são os seguintes pontos:

a) Perceber que tipo de estratégias de *coping* familiar percepção uma grávida / mãe adolescente (GMA) e uma adolescente sem história de gravidez / maternidade (ASHGM); comparando os dois grupos (GMA e ASHGM) relativamente à percepção do *coping* familiar utilizado, nomeadamente: o reenquadramento⁵, a avaliação passiva⁶, o apoio espiritual, o apoio formal, e o recurso a apoio social, medidos pelas Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (Serra, Firmino, Ramalheira, & Canavarro, 1990);

b) Até que ponto uma GMA percepção a utilização de menos estratégias de *coping* familiar, e menos activas, do que uma ASHGM?

c) Em que medida é que uma GMA tem uma percepção de satisfação familiar / qualidade de vida familiar semelhante àquela que tem uma ASHGM (Lourenço, 1998; Pereira, 2001)?

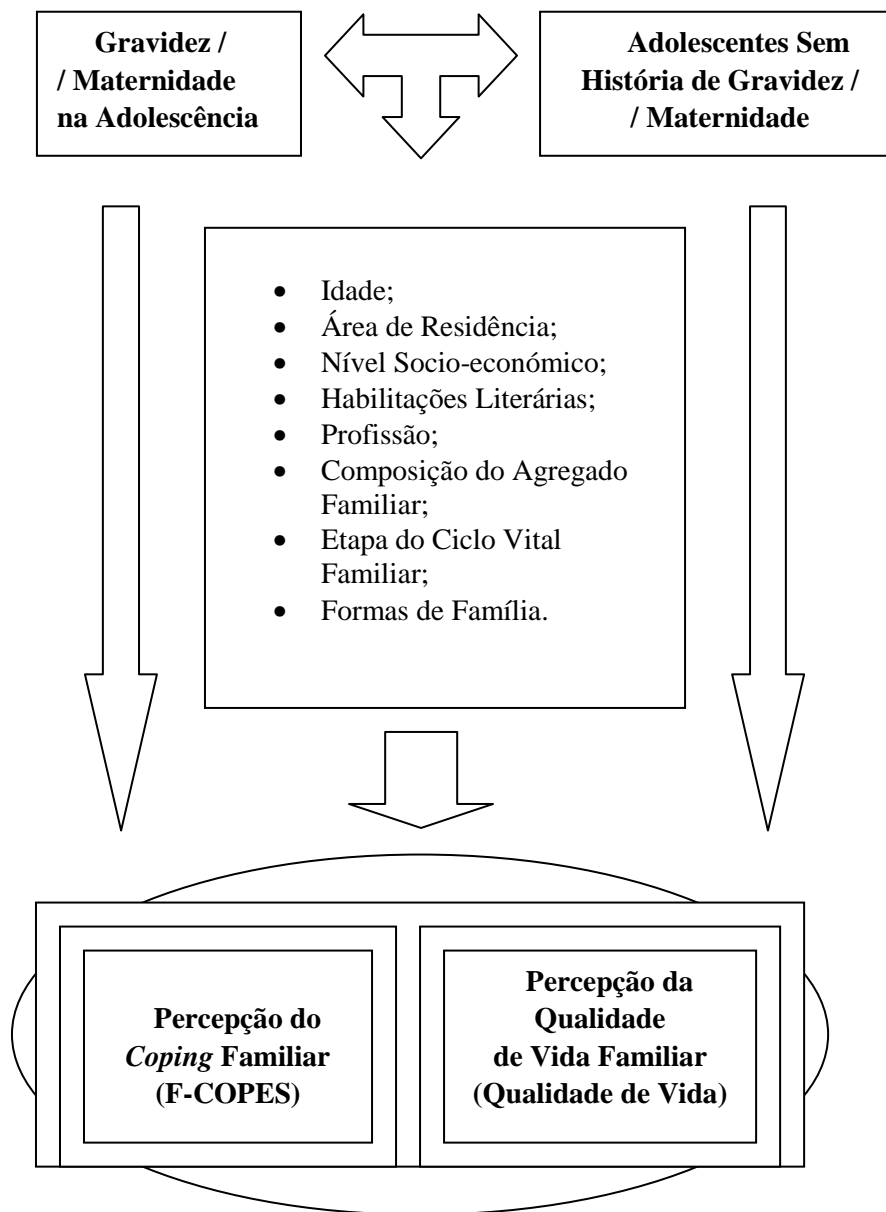
d) Comparar os dois grupos ao nível da percepção da qualidade de vida nas dimensões: Vida Familiar, Amigos, Família Alargada, Saúde, Casa, Educação, Lazer, *Mass Media*, Religião, Bem-Estar Financeiro, Vizinhança e Comunidade, medidos pelo Inventário de Qualidade de Vida – versão para adolescentes (Canavarro, Serra, Pereira, Simões, Quintais, Quartilho, Rijo, Carona, Gameiro, & Paredes, 2006);

e) Até que ponto as estratégias de *coping* familiar maioritariamente utilizadas pelos dois grupos incrementaram a satisfação familiar dos mesmos? – Tendo em conta a linha de investigação que considera que a utilização de um maior número de estratégias de *coping* e mais adaptativas gera uma maior satisfação familiar (Vilaça, 2007; Pereira, 2001);

⁵ Tal como Janeiro (2007), tomamos aqui o construto reenquadramento – “capacidade da família redefinir acontecimentos *stressantes* no sentido de os tornar mais manejáveis” (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981, in McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996, p.479) – enquanto um equivalente do construto de *coping* activo.

⁶ De acordo com o mesmo autor (Janeiro, 2007), consideramos o construto avaliação passiva – “a capacidade da família para aceitar questões problemáticas minimizando a reactividade” (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981, in McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996, idem) – como um equivalente do construto de *coping* passivo.

Modelo Conceptual



III – Metodologia

O presente estudo insere-se no âmbito de um projecto de investigação mais global enquadrado no Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família – sobre o *stress*, o *coping* e a qualidade de vida familiares – a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, levado a cabo por uma equipa de investigação constituída por alunas e docentes.

3.1 – Critérios de amostragem

Tendo em conta a temática deste trabalho – gravidez e maternidade na adolescência – seleccionámos a nossa amostra tendo como pontos de referência: a idade (dos 12 aos 18 anos)⁷, a situação actual de gestação e/ou maternidade (grávida / sem história de gravidez, mãe / sem história de maternidade), bem como os recursos do contexto profissional e social em que nos encontrávamos inseridos.

A amostra do nosso estudo é constituída por 40 sujeitos do sexo feminino (100%), 20 grávidas / mães adolescentes e 20 adolescentes sem história de gravidez / maternidade, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos (M = 15,85; DP = 1,31).

Relativamente aos sujeitos do grupo clínico, a selecção foi feita mediante os critérios de: gestação comprovada por parecer médico (Centro de Saúde ou Hospital), e/ou maternidade. A amostra deste grupo é proveniente de várias freguesias (urbanas e rurais) do concelho de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira, Açores⁸, tendo sido recolhida no âmbito do Programa *Ser Criança*: Projecto CIPAF (Centro de Intervenção Infantil, Aconselhamento e Formação Familiar) – núcleo de intervenção de Promoção de Competências Parentais: Programa «Tornar-se Mãe» (programa destinado a grávidas e mães adolescentes em situação de risco psicossocial); bem como mediante a colaboração do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo – recolha efectuada nas Consultas da Unidade de Saúde Infantil.

O grupo controlo é composto por sujeitos provenientes de duas freguesias do concelho de Angra do Heroísmo, tendo sido recolhidos no contexto de dois grupos de catequese – situação só possível face à pronta colaboração de dois párocos responsáveis pelas respectivas paróquias, bem como dos catequistas dessas mesmas freguesias. De notar que, relativamente à categorização de “área de residência”, uma das freguesias é predominante urbana (Conceição) e outra mediana urbana (Terra-Chã) – não nos tendo sido possível recolher amostra numa freguesia predominate rural.

⁷ A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985, in Roque, 2003) define a adolescência enquanto a “segunda década da vida” (dos 10 aos 19 anos) – distinguindo a “primeira adolescência” (dos 10 aos 14 anos) e a “segunda adolescência” (dos 15 aos 19 anos).

⁸ Os dados do Instituto Nacional de Estatística (2002, in Roque, 2003), referentes à maternidade na adolescência em Portugal (desde 1991 até 2001), revelam que a Região Autónoma dos Açores regista o valor mais elevado em termos de taxa de natalidade (13,2%) em 2001. Os Açores apresentam, igualmente, as percentagens mais elevadas de nados vivos de mães com menos de 15 anos (comparativamente com o Continente e Madeira) – sendo que, um dos concelhos que regista as taxas mais elevadas é Angra do Heroísmo (em 2000). No que concerne às permilagens (taxas por cada mil), importa ainda referir que o estudo da incidência deste fenómeno (nados vivos) em mulheres entre os 15 e os 19 anos (nos anos de 1991 até 2000) revela que os Açores são a região com incidência superior (39,31% no ano 2000) – sempre superior a 35 casos por cada 1000 mulheres – e apresentam a taxa mais elevada em todos os anos, excepto 1991, ano em que o Alentejo surge em primeiro lugar (Roque, 2003).

3.2 – Recolha da amostra

A recolha da amostra decorreu entre 11 de Janeiro e 13 de Abril de 2008 no concelho de Angra do Heroísmo.

De realçar que o prazo normal previamente estipulado para a recolha da amostra e aplicação dos protocolos foi largamente ultrapassado, devido a constrangimentos de várias ordens (demora na resposta – Anexo 2 – de uma das entidades à qual foi solicitado pedido de colaboração – Anexo 1; dificuldades de aceder a um número de sujeitos substancial para o grupo controlo e para o grupo clínico).

A aplicação do protocolo teve dois momentos distintos. Um primeiro momento em que se procedeu à aplicação ao grupo de GMA; e um segundo momento ao grupo de ASHGM.

O primeiro momento foi ainda subdividido em várias fases, dentro das quais: uma primeira fase em que aplicámos o protocolo a GMA no âmbito do já citado Programa «Tornar-se Mãe»; e numa segunda fase em colaboração com os serviços de saúde de Angra do Heroísmo – Unidade de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Angra; sendo que esta última fase decorreu num período mais prolongado, devido a questões internas da entidade em questão, bem como a limitações de aplicação dos protocolos consoante as consultas que iam sendo marcadas e aquelas em que as utentes compareciam.

No caso dos utentes do Centro de Saúde, o protocolo foi aplicado no início ou no final das consultas. A técnica responsável pelo atendimento (enfermeira) avisava-nos com alguma antecedência da marcação da consulta e abordava a utente, falando do projecto de investigação em causa e avaliando a sua motivação para colaborar no mesmo. Mediante a aceitação da utente, a técnica em causa facultava-nos a sala de consulta para proceder à aplicação do protocolo, salvaguardando a privacidade necessária.

Quanto às utentes do Programa «Tornar-se Mãe», a aplicação foi realizada em contexto domiciliário – local onde habitualmente tem lugar a intervenção (tendo em conta a especificidade da população-alvo do projecto supra-citado).

Para o grupo de ASHGM optámos por fazer a aplicação do protocolo em contexto grupal (três grupos de catequese) – uma vez que se tornava difícil reunir o número suficiente de jovens fora da hora da catequese – tendo todavia sido mantida a questão do preenchimento individual.

Para ambos os grupos (GMA e ASHGM), a aplicação foi precedida de uma apresentação prévia da temática e objectivos gerais do projecto de investigação, bem como das implicações futuras do mesmo para uma intervenção mais focalizada e ajustada.

No caso do grupo de ASHGM, e ainda em alguns casos do grupo de AGM (mais especificamente, protocolos recolhidos no Centro de Saúde), procedeu-se à nossa apresentação enquanto elemento da equipa de investigação. Para os restantes sujeitos do grupo de GMA (utentes acompanhadas no âmbito do Programa «Tornar-se Mãe») existiu uma maior facilidade relativamente a esta questão, tendo em conta o conhecimento e contactos anteriormente estabelecidos e levados a cabo aquando do processo

de intervenção.

De mencionar que para estes sujeitos (GMA) foi salientado o carácter independente deste protocolo relativamente ao processo de intervenção individual em curso.

Para ambos os grupos, foi salientado o carácter confidencial e o anonimato quanto aos dados recolhidos.

Agradecemos a colaboração dos participantes, e procedemos a uma breve exposição, seguida de alguns esclarecimentos referentes ao protocolo a aplicar.

Foi reforçado ainda, que na resposta aos questionários o critério a ter em conta seria o da escolha da opção que mais se aproximasse a cada sujeito, não existindo respostas certas ou erradas.

No grupo das GMA foi necessário – mediante a solicitação de algumas utentes – proceder à leitura em voz alta das instruções, dos itens e questões, bem como ao registo das respostas dos sujeitos. Procurámos, nestas situações, minimizar o mais possível o grau de interferência na resposta dos sujeitos, tentando manter o mesmo tom de voz e o mesmo ritmo de leitura.

Em tom de conclusão, garantimos que as conclusões da investigação seriam facultadas aos sujeitos que mostraram interesse em conhecer os resultados finais.

Agradecemos mais uma vez a colaboração voluntária e a disponibilidade dos sujeitos que colaboraram no projecto.

3.3 – Caracterização da amostra

A população da nossa amostra é constituída por 40 sujeitos, sendo estes distribuídos pelas sub-amostras de: GMA (N = 20), e ASHGM (N = 20); com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, do sexo feminino (100%).

Relativamente às variáveis socio-demográficas, salientamos que: 30% das GMA têm 17 anos e 100% são solteiras – o mesmo sucedendo quanto ao estado civil para as ASHGM (são solteiras na sua totalidade).

No que concerne as habilitações literárias, 45% das GMA têm o 4º ano de escolaridade, e 30% o 9º ano. De resto, o resultado mais frequente para esta variável na totalidade da nossa amostra é mesmo o 9º ano de escolaridade – correspondendo a 40% das jovens (GMA e ASHGM).

As profissões mais frequentes no grupo de GMA registam o mesmo valor para duas dimensões: ou seja, 35% das GMA são domésticas, e igualmente 35% são estudantes. Todas as ASHGM são estudantes (100%).

Relativamente à área de residência, 60% das ASHGM residem em área predominante urbana, contra 50% das GMA que residem maioritariamente em zonas predominante rural.

Quanto à religião, 82,5% da população da nossa amostra afirma ser católica – resultado que poderá ser determinado em grande parte pelo facto da população do grupo controlo (ASHGM) ter sido recolhida em contexto de grupos de catequese, bem como, no caso do grupo clínico (GMA), apesar do facto de na Ilha Terceira a religião predominante ser Católica.

Relativamente ao número de filhos, é de ressaltar que no grupo de GMA 70% das jovens tem um filho, e 20% está grávida (gravidez = 15%; gravidez + filho(s) = 5%).

A composição familiar mais frequente para os dois grupos é composta por pais e filhos – com uma expressividade de 67,5% (GMA = 50%; ASHGM = 85%); sendo a forma de família predominante a nuclear intacta (72,5%). De notar que no grupo de GMA apenas 10% são famílias monoparentais.

Remetendo-nos para o tipo de suporte familiar, urge referir que 30% das GMA são beneficiárias do Rendimento Social de Inserção; e que 95% apresentam um nível sócio-económico baixo – resultados que poderão ser determinados pelo facto da amostra em questão (GMA) ser, na sua maioria, constituída por população em risco psicossocial, contrariamente aos 60% de ASHGM que pertencem ao nível socio-económico médio.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da amostra (idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão, área de residência, religião, número de filhos, composição do agregado familiar, suporte familiar, etapa do ciclo vital familiar, formas de família e nível sócio-económico).

Variáveis		GMA N = 20		ASHGM N = 20		Total N = 40	
		N	%	N	%	N	%
Idade	12 A	0	0	0	0	0	0
	13 A	0	0	0	0	0	0
	14 A	1	5	8	40	9	22,5
	15 A	3	15	3	15	6	15
	16 A	5	25	7	35	12	30
	17 A	6	30	2	10	8	20
	18 A	5	25	0	0	5	12,5
Nacionalid.				* 1	* 5	* 1	* 2,5
	Portuguesa	18	90	18	90	36	90
	Outra	2	10	1	5	3	7,5
Estado Civil	Solteiro	20	100	20	100	40	100
	Outros	0	0	0	0	0	0
Habilitações Literárias	<4º Ano	0	0	* 1	* 5	* 1	* 2,5
	4º Ano	9	45	0	0	9	22,5
	6º Ano	5	25	9	45	14	35
	9º Ano	6	30	10	50	16	40
Profissão	Doméstica	7	35	0	0	7	17,5
	Estudante	7	35	20	100	27	67,5
	S/Profissão	1	5	0	0	1	2,5
	Desempregado	5	25	0	0	5	12,5

Área de Residência	Pred/Urbano	* 5 0	*25 25	12	60	* 5 12	*12,5 30
	Mod/Urbano	5	25	2	10	7	17,5
	Pred/Rural	10	50	6	30	16	40
Religião	Não	2	10	* 4 0	* 20 0	* 4 2	* 10 5
	Sim (Católico)	17	85	16	80	33	82,5
	Sim (NãoCat)	1	5	0	0	1	2,5
Nº de Filhos	1	14	70	0	0	14	35
	2	2	10	0	0	2	5
	3	0	0	0	0	0	0
	Gravidez	3	15	0	0	3	7,5
	Gravidez+ +Filhos	1	5	0	0	1	2,5
Composição Agregado Familiar	Casal	0	0	0	0	0	0
	Pais+Filhos	10	50	17	85	27	67,5
	Pais+Filhos+ +Avós	3	15	1	5	4	10
	Pais+Filhos+ +Outros	4	20	1	5	5	12,5
	Outras Comp. Familiars	3	15	1	5	4	10
Suporte Familiar	Patrão	0	0	3	15	3	7,5
	Trab.Conta Própria	1	5	0	0	1	2,5
	Trab.Conta Outrem	11	55	17	85	28	70
	Desempregado	1	5	0	0	1	2,5
	Pens. Invalidez	1	5	0	0	1	2,5
	RSI	6	30	0	0	6	15
Etapas do Ciclo Vital Familiar	Filhos Peq. / /Pré-escolar	11	55	0	0	11	27,5
	Filhos Idade Escolar	0	0	0	0	0	0
	Filhos Adolescentes	6	30	15	75	21	52,5
	Lançadora	3	15	5	25	8	20
Formas de Família	Nucl. Intacta	13	65	16	80	29	72,5
	Pós-Divórcio	3	15	1	5	4	10
	Monoparental	2	10	0	0	2	5
	Reconstituída	2	10	2	10	4	10
	Adoptiva	0	0	1	5	1	2,5

Nível Socio- -Económico	Baixo	19	95	5	25	24	60
	Médio	1	5	12	60	13	32,5
	Elevado	0	0	3	15	3	7,5

NOTA: O símbolo * corresponde aos valores *missing*, ou seja, situações em que os sujeitos não deram resposta (respostas em branco).

3.4 – Instrumentos

O protocolo de investigação deste estudo é composto por um Questionário Socio-Demográfico (Anexo 3), uma Ficha de Dados Complementares (Anexo 4) a preencher pelos sujeitos da nossa amostra, seguidos de dois questionários, validados para a população portuguesa, relativos, respectivamente, à qualidade de vida subjectiva – Qualidade de Vida (Anexo 5), e à forma como a família se adapta às dificuldades e lida com o *stress*, avaliando desta forma as estratégias de *coping* familiar – F-COPES (Anexo 6).

3.4.1 – Questionário Socio-demográfico

O questionário socio-demográfico foi elaborado em 2006 pela equipa de investigação do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família.

É um questionário para ser preenchido pelo investigador (administração indirecta), sendo que a recolha dos dados é feita sob a forma de uma entrevista estruturada.

Tendo como objectivo principal a identificação e caracterização do respondente e da sua família, considera as seguintes dimensões: nacionalidade, área de residência, a posição/parentesco do respondente na família nuclear (dimensões referentes aos dados pessoais do respondente), idade, estado civil, data de alteração do estado civil, habilitações literárias e profissão principal (referentes aos dados pessoais do respondente, bem como dos restantes elementos do agregado familiar e dos filhos que eventualmente tenham saído do mesmo), bem como outras questões sobre a religião, o número de filhos e a principal fonte de suporte económico familiar.

Este questionário permite que o investigador situe temporalmente a aplicação do protocolo, uma vez que contém informação acerca da data de aplicação do mesmo.

A dimensão área de residência foi ordenada em três categorias: predominantemente urbano, medianamente urbano e predominantemente rural – tendo como base a tipologia das áreas urbanas (Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral de Ordenamento do Território, Junho de 1998). A profissão foi organizada seguindo a Classificação Nacional das Profissões (CNP) – estatísticas demográficas do Instituto Nacional de Estatística, de 1998.

Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado como a

principal fonte de suporte da família, procuramos saber a sua situação na profissão tendo em conta seis dimensões possíveis: patrão, trabalhador por conta própria sem assalariados, trabalhador por conta de outrem, desempregado, reformado, e pensionista por invalidez; às quais acresceu uma sétima dimensão: beneficiário do Rendimento Social de Inserção (alteração justificada pelas características socio-económico-demográficas da nossa amostra).

Este questionário contém ainda dois campos a serem preenchidos pelo investigador no fim da entrevista, e que dizem respeito: às Etapas do Ciclo Vital da Família, segundo a classificação de Olson e colaboradores (1983) – 1) Jovens Casais sem filhos, 2) Famílias com filhos pequenos/idade pré-escolar, 3) Famílias com filhos em idade escolar, 4) Famílias com filhos adolescentes, 5) Famílias “lançadoras”, 6) Ninho vazio, 7) Famílias na Reforma; e ao nível socio-económico, tendo em conta a classificação de Simões (1994, pp 281-286) – calculado a partir do cruzamento da situação profissional e da escolaridade.

3.4.2 – Ficha de Dados Complementares

A ficha de dados complementares foi também elaborada pela referida equipa de investigação do ano lectivo transacto, tendo todavia sido modificada pela equipa de investigação de 2007-2008; e, à semelhança do questionário socio-demográfico foi construída sob a forma de entrevista estruturada, devendo ser igualmente preenchida pelo investigador.

O seu propósito principal é obter informação relativamente: à saúde / doença dos respondentes, aos recursos que são mais utilizados em caso de doença ou de outro problema / situação, a uma avaliação global do sujeito/respondente relativamente ao *stress* e qualidade de vida familiares, e à capacidade de adaptação da família às dificuldades.

Relativamente à doença, procura-se averiguar se o respondente ou alguém na família sofre de doença(s) crónica(s), quem sofre, e qual a doença. No caso da resposta ser positiva, averigua-se o grau de parentesco com o portador da(s) doença(s), e pede-se ao indivíduo que indique numa escala de *Lickert* de 5 pontos – de 1 (muito fraco) a 5 (muito forte) – qual o impacto que considera que a doença tem na família. Procura-se ainda saber qual a percepção do indivíduo relativamente à gravidade da doença (ligeira, moderada ou severa), sendo solicitado que justifique a sua opção.

É também questionado se existe outro tipo de problema (por exemplo obesidade, “nervos” ou depressão) e novamente, em caso afirmativo, o impacto deste na família, bem como a percepção do nível de gravidade do problema.

Consideram-se três tipos de recursos, no que concerne à informação relativa aos recursos predominantemente utilizados pela família na doença ou noutras situações difíceis: apoio da família chegada, apoio da família alargada, apoio da comunidade (vizinhos, amigos...) e apoio de instituições (apoio social, médico...) – sendo pedido que o respondente os numere por ordem decrescente (do mais para o menos utilizado).

De modo a conhecer a percepção do respondente acerca do grau de

stress familiar, da qualidade de vida da família e da capacidade da família se adaptar às dificuldades, é proposta uma escala *Lickert* de 5 pontos.

Para além destes pontos, são ainda avaliadas questões inerentes à frequência e aos motivos principais que levam a família a recorrer ao Centro de Saúde.

Solicita-se informação relativa a possíveis acontecimentos indutores de *stress*, ocorridos no último ano, tais como: acidente (do próprio ou de alguém significativo), morte ou divórcio (de alguém significativo). Por fim, é solicitado que o sujeito refira se alguma vez a sua família recorreu a algum tipo de ajuda psicológica, e em caso afirmativo, solicita-se que seja mencionado qual o tipo de Instituição a que a família recorreu, qual o pedido que foi feito, a duração do apoio e possibilidade de ainda estar ou não a receber esse mesmo apoio.

3.4.3 – Qualidade de Vida

O questionário “*Quality of Life*” foi desenvolvido por Olson e Barnes (1982) e é um inventário de auto-resposta (contrariamente aos dois instrumentos que descrevemos anteriormente) que avalia a percepção individual de bem-estar e satisfação com a vida familiar sob várias dimensões – sendo estas dimensões tomadas enquanto indicadores de satisfação com a qualidade de vida: “*casamento e vida familiar*”, “*amigos*”, “*família alargada*”, “*saúde*”, “*lar*”, “*educação*”, “*tempo*”, “*lazer*”, “*religião*”, “*emprego*”, “*mass media*”, “*bem-estar financeiro*”, “*vizinhança e comunidade*”.

Esta escala está disponível em duas versões – versão parental e versão para adolescentes. As dimensões englobadas em cada uma das escalas são as mesmas, com a exceção do “*casamento*” e “*emprego*” que são incluídos apenas na escala para adultos / pais.

A tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa foi levada a cabo por uma equipa de investigação, que passou a designar o inventário de “Qualidade de Vida”, tendo em conta os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde (Sartorius & Kuyen, 1994, in Canavarro *et al.*, 2006).

Uma das versões (parental) foi validada para a população portuguesa, pela equipa de investigação do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, do ano lectivo de 2007/2008 (Simões, 2008).

A versão utilizada ao longo do nosso estudo foi a versão para adolescentes – “*Qualidade de Vida: Forma para Adolescentes*”. Constituída por 25 itens, utiliza para as respostas perante a pergunta: “*Qual o seu nível de satisfação com?*” uma escala do tipo *Lickert* de cinco pontos (em que 1 corresponde a “insatisfeito”, e 5 a “extremamente satisfeito”); correspondendo um resultado mais elevado, a um valor mais elevado de satisfação com a qualidade de vida.

A análise psicométrica desta versão original (uma vez que não existe uma validação da forma adolescentes para a população portuguesa) revela que este instrumento tem uma boa consistência interna – com um *alfa de*

Cronbach de 0,86 (Olson & Barnes, 1982).

3.4.4 – F-COPES

O “*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*” (F-COPES), foi desenvolvido por McCubbin, Olson e Larsen (1981), e avalia as estratégias (atitudes e comportamentos) de resolução de problemas (estratégias de *coping*) utilizadas pela família quando esta se confronta com situações difíceis ou problemáticas (situações de *stress* ou crise); sendo que tais estratégias englobam dois tipos de recurso: os recursos familiares, e os recursos sociais e comunitários.

É um inventário de auto-resposta, que deve ser respondido por pelo menos um dos membros da família. Tendo em conta a afirmação: “*Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma...*”, o respondente deve escolher uma de cinco opções de resposta, numa escala de resposta do tipo *Lickert* de cinco pontos (de 1 - “discordo muito”, a 5 - “concordo muito”); sendo que, para efeitos de cotação, um resultado mais elevado subentende um valor mais elevado de estratégias de *coping*.

Apesar da escala original ter começado por ser constituída por 30 itens, o F-COPES é composto por 29 itens. A versão original permite obter dois indicadores: o resultado total de estratégias de *coping* e os resultados por factor (cinco factores).

Os cinco factores supra-citados foram agrupados em duas dimensões: estratégias de *coping* internas e externas. Da primeira dimensão fazem parte o “*reenquadramento*” e a “*avaliação passiva*”; e da segunda, a “*aquisição de apoio espiritual*”, a “*aquisição de apoio social*” e a “*mobilização de apoio formal*”.

A versão / adaptação portuguesa foi elaborada em 1991 por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira, e Canavarro (1990), passando a ser designada por “*Escala de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família*”.

Partindo desta tradução e adaptação portuguesa, Martins (2008) realiza a validação deste instrumento para a população portuguesa, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, área de especialização em Sistémica, Saúde e Família. Utilizado uma amostra de 372 sujeitos (dos 12 aos 88 anos, provenientes de Portugal Continental e Insular - Açores), a autora concluiu que os resultados obtidos apresentam boas propriedades psicométricas, mas constata a não replicação da estrutura factorial da versão original de McCubbin, Olson e Larsen (1981).

Relativamente ao primeiro ponto supra-citado, a fidelidade / consistência interna da escala – determinada pelo coeficiente de *alfa de Cronbach* – revela-se bastante satisfatória (.846), com um resultado muito semelhante ao da escala original (.86).

Quanto à estrutura factorial, a solução dos 5 factores foi abandonada em detrimento da solução dos 7 factores – dado que esta última explica uma maior percentagem de variância total (58,8%), relativamente à estrutura anteriormente defendida na escala original. Deste modo, temos uma solução de 7 factores, que engloba cinco sub-escalas: “*reenquadramento*”, “*procura*

de apoio espiritual”, “*aquisição de apoio social - relações de vizinhança*”, “*aquisição de apoio social - relações íntimas*”, “*mobilização de apoio formal*”; e duas dimensões: “*aceitação / atitude passiva*” e “*avaliação passiva*” (Martins, 2008).

IV – Resultados

Antes de passarmos aos procedimentos estatísticos e à análise dos resultados dos mesmos, julgamos ser pertinente fazer uma ressalva referente à análise da consistência interna dos instrumentos utilizados.

Relativamente ao inventário *Qualidade de Vida*, verificámos que o instrumento apresenta uma consistência interna muito elevada, apresentando um *alfa de Cronbach* superior (.93) ao alcançado pelos autores da escala original (.86), quando analisamos os resultados dos dois grupos em conjunto. As correlações dos 25 itens que compõem a escala são boas, verificando-se, no entanto, que três itens (3, 13 e 23) apresentam uma correlação item-total baixa ($< 0,3$) – resultado que vai ao encontro do resultado obtido por Batista (2008) para os itens 3 e 23. Quando analisamos o grupo de ASHGM (grupo controlo) isoladamente, constatamos que o *alfa de Cronbach* continua muito elevado (.89), existindo correlações item-total elevadas, excepto para os itens 4 e 23, que apresentam correlações baixas. Para o grupo de GMA (grupo clínico), verificamos que o *alfa* se mantém elevado (.86) – resultado igual ao obtido pelos autores da escala original – e que, apesar das correlações serem elevadas, o item 3 não revela qualquer correlação item-total.

No que concerne à escala F-COPES, conclui-se que, apesar do instrumento ter uma consistência interna boa quando analisado apenas o grupo de GMA – tendo um *alfa de Cronbach* bastante bom (.76) –, ao focar a nossa análise nos 30 itens que compõem a escala, verifica-se que um (item 5) apresenta uma correlação item-total muito baixa ($< 0,3$), e que outros (itens 6, 9, 19, 21, 23 e 26) não apresentam mesmo nenhuma correlação. Para as ASHGM verifica-se uma elevada consistência interna, com um *alfa* muito satisfatório (.89), sendo que o item 12 não revela nenhuma correlação. Quando analisados os dois grupos em simultâneo, verificamos que a consistência interna continua elevada, com um *alfa de Cronbach* igualmente elevado (.85) – resultado idêntico (.846) ao obtido por Martins (2008) –, pelo que o item 26 regista uma baixa correlação item-total (inferior a 0,3), e os itens 6 e 19 não apresentam qualquer correlação item-total; resultados estes que parecem estar “contaminados” pelo grupo das GMA.

Os procedimentos estatísticos levados a cabo no âmbito deste projecto tiveram como base inicial a análise do pressuposto da normalidade – como forma de orientar a nossa escolha para o uso de testes paramétricos (quando o pressuposto da normalidade estava cumprido), ou não-paramétricos (sempre que o pressuposto não estava cumprido). Como a nossa amostra é inferior a 50 sujeitos ($n = 40$), optámos por usar o Teste de *Shapiro-Wilk* (Maroco, 2003), quer para a escala total, quer para as várias sub-escalas de

cada instrumento.

No F-COPES verificámos que a escala total cumpria o pressuposto da normalidade para ambos os grupos ($p > .05$) – grupo controlo ou de Adolescentes Sem História de Gravidez ou Maternidade (S-W=.942; $p=.289$), e grupo clínico ou de Grávidas ou Mães Adolescentes (S-W=.928; $p=.159$) (cf. tabela 2), cumprindo também esse pressuposto, as seguintes sub-escalas: *procura de suporte social*, *reenquadramento*, *procura de suporte espiritual* apenas para o grupo controlo (ASHGM), *mobilização de apoio formal* só para o grupo de GMA; enquanto que as sub-escalas: *procura de suporte espiritual* para o grupo de GMA (S-W=.883; $p=.024$), e *mobilização de apoio formal* para o grupo controlo (S-W=.902; $p=.044$), violaram esse pressuposto (cf. tabela 3).

Tabela 2. Testes de Normalidade – Qualidade de Vida (QV) e F-COPES: Escalas Totais.

Grupo		Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.
QV (TOTAL)	Controlo	,905	19	,060
	Grávidas	,879	19	,021
F-COPES (TOTAL)	Controlo	,942	19	,289
	Grávidas	,928	19	,159

Tabela 3. Testes de Normalidade – F-COPES: Sub-Escalas.

F-COPES	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.
Procura de Suporte Social	Controlo	,929	20	,150
	Grávidas	,918	19	,104
Reenquadramento	Controlo	,965	20	,648
	Grávidas	,960	19	,579
Procura de Suporte Espiritual	Controlo	,958	20	,499
	Grávidas	,883	19	,024
Mobilização de Apoio Formal	Controlo	,902	20	,044
	Grávidas	,943	19	,297
Avaliação Passiva	Controlo	,921	20	,102
	Grávidas	,939	19	,249

Para a escala total do inventário *Qualidade de Vida* verificou-se que o grupo controlo cumpria o pressuposto da normalidade (S-W=.905; $p=.060$), mas, por outro lado, o grupo de GMA não (S-W=.879; $p=.021$) (cf. tabela 2). Relativamente às sub-escalas *vida familiar*, *saúde*, *mass média*, *lazer* para o grupo de GMA, *bem-estar financeiro* para o grupo controlo, e *vizinhança e comunidade* para o mesmo grupo, há o cumprimento do pressuposto; o que não acontece para as sub-escalas: *amigos*, *família alargada*, *lar*, *educação*, *religião*, *lazer* para o grupo controlo, e para as sub-escalas *bem-estar financeiro*, *vizinhança e comunidade* para o grupo de GMA (cf. tabela 4).

Tabela 4. Testes de Normalidade – Qualidade de Vida: Sub-Escalas.

Qualidade de Vida	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.
Vida Familiar	Controlo	,944	19	,307
	Grávidas	,965	20	,640
Amigos	Controlo	,591	19	,000
	Grávidas	,871	20	,012
Família Alargada	Controlo	,873	19	,016
	Grávidas	,885	20	,022
Saúde	Controlo	,947	19	,349
	Grávidas	,910	20	,063
Lar	Controlo	,767	19	,000
	Grávidas	,871	20	,012
Educação	Controlo	,819	19	,002
	Grávidas	,741	20	,000
Lazer	Controlo	,882	19	,023
	Grávidas	,947	20	,330
Religião	Controlo	,856	19	,008
	Grávidas	,799	20	,001
Mass Media	Controlo	,919	19	,110
	Grávidas	,982	20	,955
Bem-Estar Financeiro	Controlo	,920	19	,113
	Grávidas	,854	20	,006
Vizinhança e Comunidade	Controlo	,937	19	,234
	Grávidas	,875	20	,014

Partindo destes dados, e tendo como objectivo testar o modelo conceptual anteriormente descrito, procedemos à utilização de um teste paramétrico – teste *t* de *Student* – para as escalas totais e para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade. Sempre que o pressuposto supra citado não estava cumprido para algumas das sub-escalas, utilizámos o teste não-paramétrico *U* de *Mann-Whitney* – “*alternativa mais comum aos testes t para amostras independentes*” (Pereira, 2003).

A análise dos objectivos propostos para este estudo é apresentada de seguida:

a) *Comparar os dois grupos (GMA e ASHGM) relativamente à percepção do coping familiar utilizado, nomeadamente: reenquadramento, avaliação passiva, apoio espiritual, apoio formal e recurso a apoio social.*

Para comparar os dois grupos relativamente à percepção do *coping* familiar, procedemos à comparação das médias dos resultados obtidos em cada uma das sub-escalas do F-COPES para o grupo de GMA e de ASHGM.

Para testar a homogeneidade das variâncias, procedeu-se ao uso do Teste de Levene para as sub-escalas *procura de suporte social, reenquadramento e avaliação passiva*; sugerindo-nos o mesmo teste que: todas as dimensões apresentavam variâncias homogéneas ($p > .05$)

(cf. Tabela 6).

Utilizando um teste *t* de *Student* (para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade), encontramos diferenças altamente significativas entre as médias dos dois grupos na sub-escala *procura de suporte social* ($t=3.457$; $p=.001$), e diferenças significativas na sub-escala *reenquadramento* ($t=2.232$; $p=.032$) (cf. Tabela 6), sendo que grupo de ASHGM apresenta resultados nitidamente superiores para ambas as sub-escalas: *procura de suporte social* ($M=29.15$) e *reenquadramento* ($M=29.05$), comparativamente com o grupo de GMA, respectivamente ($M=21.40$) ($M=25.74$) (cf. Tabela 5) – grupo este que apresenta uma menor recorrência à busca deste tipo de apoio (suporte social) e ao uso desta forma de encarar os problemas / as situações indutoras de *stress* (reenquadramento). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que concerne à percepção do uso da *avaliação passiva* ($t=.736$; $p=.467$) (cf. Tabela 6), do que se conclui que as GMA e as ASHGM utilizam de forma semelhante este tipo de avaliação como estratégia de *coping*.

Tabela 5. Comparação de Médias das sub-escalas procura de suporte social, reenquadramento e avaliação passiva do F-COPES, para ambos os grupos.

F-COPES	Grupo	N	Médias	Desvio Padrão	Média do Desvio do Erro
Procura de Suporte Social	Controlo	20	29,1500	6,18381	1,38274
	Grávidas	20	21,4000	7,89003	1,76427
Reenquadramento	Controlo	20	29,0500	4,21120	,94165
	Grávidas	19	25,7368	5,04251	1,15683
Avaliação Passiva	Controlo	20	12,0000	2,44949	,54772
	Grávidas	20	11,3000	3,48077	,77832

Tabela 6. Teste *t* de *Student* e Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias para as sub-escalas procura de suporte social, reenquadramento e avaliação passiva do F-COPES.

		Teste de Levene para a Igualdade das Variâncias		Teste T para a Igualdade das Médias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferença a Média	Diferença do Desvio do Erro	95% Intervalo de Confiança para a Diferença	
								Maior		Menor
Procura de Suporte Social	Variâncias Homogéneas	1,736	,196	3,457	38	,001*	7,75000	2,24156	3,21219	12,28781
	Variâncias Não-Homog.			3,457	35,947	,001	7,75000	2,24156	3,20367	12,29633
Reenquadramento	Variâncias Homogéneas	,535	,469	2,232	37	,032*	3,31316	1,48465	,30498	6,32134

Avaliação Passiva	Variâncias Não-Homog.			2,221	35,140	,033	3,31316	1,49163	,28541	6,34090
	Variâncias Homogéneas	1,361	,251	,736	38	,467	,70000	,95173	1,22668	2,62668
	Variâncias Não-Homog.			,736	34,112	,467	,70000	,95173	1,23391	2,63391

Partindo do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) na percepção do *coping* familiar das GMA e das ASHGM no que concerne à *procura de suporte espiritual* ($U=130.5$; $p=.059$) e à *mobilização de apoio formal* ($U=132.5$; $p=.066$) (cf. Tabela 8). Todavia, e ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa, julgamos ser de realçar o facto do grupo de ASHGM ter uma maior percepção de uso ($M=23.98$) da estratégia de *coping procura de suporte espiritual* do que o grupo de GMA ($M=17.03$); e contrariamente, o facto de ser o grupo de GMA a ter uma maior percepção ($M=23.88$) do uso da estratégia de *mobilização de apoio formal* comparativamente com o grupo controlo ($M=17.13$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Comparação de Médias das sub-escalas procura de suporte espiritual e mobilização de apoio formal para o grupo de GMA e de ASHGM.

F-COPES	Grupo	N	Posição das Médias	Soma das Posições das Médias
Procura de Suporte Espiritual	Controlo	20	23,98	479,50
	Grávidas	20	17,03	340,50
	Total	40		
Mobilização de Apoio Formal	Controlo	20	17,13	342,50
	Grávidas	20	23,88	477,50
	Total	40		

Tabela 8. Teste U de Mann-Whitney para as sub-escalas procura de suporte espiritual e mobilização de apoio formal.

	Procura de Suporte Espiritual	Mobilização de Apoio Formal
U Mann-Whitney	130,500	132,500
W Wilcoxon	340,500	342,500
Z	-1,890	-1,836
Sig. (bilateral)	,059	,066
Sig. (unilateral)	,060	,068

b) Avaliar até que ponto uma GMA percebe a utilização de menos estratégias de coping familiar, e de menos estratégias de coping activas, do que uma ASHGM.

Para analisar até que ponto uma GMA percebe a utilização de menos estratégias de *coping* familiar, e menos adaptativas, do que uma ASHGM remeter-nos-emos em parte para os resultados anteriores onde

encontramos diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas *procura de suporte social* e *reenquadramento* (cf. Tabela 6), com valores inferiores na percepção destas estratégias de *coping* activas para as GMA (cf. Tabela 5).

Poderemos também partir de uma leitura mais global, que nos indica que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=2.932$; $p=.006$) entre os dois grupos na escala total do F-COPES, registando-se uma diferença média na ordem dos 13,468 valores (cf. Tabela 10), sendo o grupo de GMA aquele que regista uma menor percepção global ($M=81.63$) da utilização de estratégias de *coping* familiar – comparativamente com o grupo de ASHGM ($M=95.10$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9. Comparação de Médias da escala total do F-COPES para os grupos de GMA e ASHGM.

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Média do Desvio do Erro
F-COPES (TOTAL)	Controlo	20	95,10	14,832	3,317
	Grávidas	19	81,63	13,801	3,166

Tabela 10. Teste *t* de Student para a escala total do F-COPES.

	Teste de Levene p/ Igualdade Variâncias	Teste T para a Igualdade das Médias								
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bil.)	Diferença Média	Diferença do Desvio do Erro	95% Intervalo de Confiança p/ a Diferença	
									Maior	Menor
F-COPES TOTAL	Variân Homog	,040	,843	2,932	37	,006	13,468	4,594	4,160	22,777
	Variân Não-Homog			2,937	36,986	,006	13,468	4,585	4,178	22,759

c) Em que medida é que uma GMA tem uma percepção de satisfação ou qualidade de vida familiar semelhante à de uma ASHGM.

Quando comparamos as médias dos dois grupos relativamente à percepção global de satisfação / qualidade de vida familiar, observamos que existem diferenças altamente significativas ($U=31.5$; $p=.000$) (cf. Tabela 12), que sugerem que o grupo de GMA tem uma percepção da sua satisfação / / qualidade de vida familiar muito inferior ($M=12.08$) àquela que regista o grupo de ASHGM ($M=28.34$) (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Comparações de Médias da escala total do Qualidade de Vida para ambos os grupos.

	Grupo	N	Posição das Médias	Soma das Posições
QV	Controlo	19	28,34	538,50

(TOTAL)	Grávidas	20	12,08	241,50
	Total	39		

Tabela 12. Teste U de Mann-Whitney para a escala total do QV.

	QV (TOTAL)
U Mann-Whitney	31,500
W Wilcoxon	241,500
Z	-4,457
Sig. (bilateral)	,000
Sig. (unilateral)	,000(a)

d) Comparar os dois grupos ao nível da percepção da qualidade de vida nas dimensões: vida familiar, amigos, família alargada, saúde, casa, educação, lazer, mass media, religião, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade.

Analisando a percepção da satisfação / qualidade de vida familiar nas dimensões *amigos, família alargada, lar, educação, lazer, religião, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade* – a partir do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, uma vez que as referidas dimensões não cumprem o pressuposto da normalidade – para o grupo de GMA e de ASHGM, concluímos que os valores são significativos para todas as dimensões ($p < .05$), excepto para a dimensão *religião* ($p > .05$) ($U = 169.5$; $p = .383$) (cf. Tabela 14).

De facto, se analisarmos os resultados, verificamos que as diferenças na percepção da satisfação familiar entre os dois grupos são altamente significativas nas dimensões: *amigos* ($U = 55.0$; $p = .000$), *lar* ($U = 63.5$; $p = .000$), *educação* ($U = 68.5$; $p = .000$), *bem-estar financeiro* ($U = 5.5$; $p = .000$), *vizinhança e comunidade* ($U = 67.5$; $p = .000$) (cf. Tabela 14); e significativas para as dimensões: *família alargada* ($U = 118.5$; $p = .024$) e *lazer* ($U = 116.5$; $p = .022$); apresentando o grupo de GMA valores seguramente mais baixos do que o grupo controlo (cf. Tabela 13), o que nos traduz que o grupo das GMA tem uma percepção de satisfação / qualidade de vida familiar inferior (pelo menos nas dimensões referidas anteriormente) comparativamente com as ASHGM.

Tabela 13. Comparações de Médias das sub-escalas amigos, família alargada, lar, educação, lazer, religião, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade do Qualidade de Vida para ambos os grupos.

Qualidade de Vida	Grupo	N	Posição das Médias	Soma das Posições
Amigos	Controlo	20	27,75	555,00
	Grávidas	20	13,25	265,00
	Total	40		
Família Alargada	Controlo	20	24,58	491,50
	Grávidas	20	16,43	328,50
	Total	40		

Lar	Controlo	19	26,66	506,50
	Grávidas	20	13,68	273,50
	Total	39		
Educação	Controlo	20	27,08	541,50
	Grávidas	20	13,93	278,50
	Total	40		
Lazer	Controlo	20	24,68	493,50
	Grávidas	20	16,33	326,50
	Total	40		
Religião	Controlo	20	22,03	440,50
	Grávidas	20	18,98	379,50
	Total	40		
Bem-Estar Financeiro	Controlo	20	30,23	604,50
	Grávidas	20	10,78	215,50
	Total	40		
Vizinhança Comunidade	Controlo	20	27,13	542,50
	Grávidas	20	13,88	277,50
	Total	40		

Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney para as sub-escalas amigos, família alargada, lar, educação, lazer, religião, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade do Qualidade de Vida para ambos os grupos.

	Amigos	Família Alargada	Lar	Educação	Lazer	Religião	Bem-estar Financeiro	Vizinhança e Comunidade
U Mann-Whitney W	55,000 265,000	118,500 328,500	63,500 273,500	68,500 278,500	116,500 326,500	169,500 379,500	5,500 215,500	67,500 277,500
Z	-4,116	-2,258	-3,614	-3,767	-2,285	-,872	-5,307	-3,595
Sig. (bilateral)	,000	,024	,000	,000	,022	,383	,000	,000
Sig. (unilateral)	,000	,026	,000	,000	,023	,414	,000	,000

Para as dimensões *vida familiar*, *saúde* e *mass media*, procedemos a uma comparação de médias através do uso de um teste paramétrico (já que as referidas dimensões cumpriam o pressuposto da normalidade) – Teste *t* de *Student*, simultaneamente com um teste de *Levene* para a homogeneidade das variâncias.

Dos valores apresentados, importa ressaltar, a partir do teste de *Levene*, que as variâncias só são homogéneas para a dimensão *mass media* ($F=.524$; $p=.474$). Para as dimensões *vida familiar* ($F=6.619$; $p=.014$) e *saúde* ($F=4.172$; $p=.048$) não se cumpre o pressuposto da homogeneidade das variâncias – o que nos obriga a fazer a leitura dos resultados destas duas dimensões partindo da linha “homogeneidade das variâncias não assumida” (cf. Tabela 16).

Os resultados obtidos a partir do teste *t* sugerem que apenas as dimensões *vida familiar* ($t=2.820$; $p=.009$) e *mass media* ($t=4.386$; $p=.000$)

apresentam diferenças altamente significativas (cf. Tabela 16), sendo que o grupo de GMA se apresenta com valores médios nitidamente inferiores àqueles que encontramos para as ASHGM para estas duas dimensões (cf. Tabela 15). De ressaltar que, apesar das GMA perceberem uma menor satisfação / qualidade de vida ao nível da *vida familiar* e dos *mass media*, não registam diferenças estatisticamente significativas em relação à percepção de qualidade de vida inerente à *saúde* ($t=1,212$; $p=.234$) comparativamente com as ASHGM (cf. Tabela 16), parecendo perceber a saúde de forma semelhante ao grupo controlo.

Tabela 15. Comparação de Médias das sub-escalas vida familiar, saúde e mass media do Qualidade de Vida para ambos os grupos.

Qualidade de Vida	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Média do Desvio do Erro
Vida Familiar	Controlo	20	12,1000	1,55259	,34717
	Grávidas	20	10,0500	2,85574	,63856
Saúde	Controlo	20	7,4500	1,46808	,32827
	Grávidas	20	6,7500	2,12442	,47503
Mass Media	Controlo	20	14,0000	2,31699	,51809
	Grávidas	20	10,2500	3,04138	,68007

Tabela 16. Teste *t* de Student e Teste de Levene para a Igualdade das Variâncias para as sub-escalas vida familiar, saúde e mass media do QV.

Qualidade de Vida		Teste de Levene p/a Igualdade Variâncias		Teste T para a Igualdade das Médias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferença Média	Diferença do Desvio do Erro	95% Intervalo de Confiança para a Diferença	
									Maior	Menor
Vida Familiar	Variâncias Homogéneas	6,619	,014	2,820	38	,008	2,05000	,72684	,57860	3,52140
	Variâncias Não-Homog			2,820	29,330	,009	2,05000	,72684	,56418	3,53582
Saúde	Variâncias Homogéneas	4,172	,048	1,212	38	,233	,70000	,57743	-,46894	1,86894
	Variâncias Não-Homog			1,212	33,777	,234	,70000	,57743	-,47376	1,87376
Mass Media	Variâncias Homogéneas	,524	,474	4,386	38	,000	3,75000	,85494	2,01927	5,48073
	Variâncias Não-Homog			4,386	35,497	,000	3,75000	,85494	2,01525	5,48475

e) Analisar até que ponto as estratégias de coping familiar maioritariamente utilizadas pelos dois grupos incrementam a satisfação familiar dos mesmos.

Para analisar a relação existente entre a percepção da utilização das

estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida / satisfação familiar, entre os dois grupos, recorreu-se a uma análise correlacional entre as duas variáveis em estudo (qualidade de vida e *coping* familiares) através do cálculo do coeficiente de correlação *Rho* de *Spearman* – coeficiente não-paramétrico, uma vez que a escala total do F-COPES cumpria o pressuposto da normalidade para ambos os grupos, e a escala total do Qualidade de Vida violava esse pressuposto para o grupo clínico (GMA).

Os dados obtidos ($S=.581$; $p=.000$) indicam que existe uma correlação positiva significativa entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, quando analisados os dois grupos (cf. Tabela 17). Estes valores indicam que, em média, quanto maior é o *coping*, maior é a percepção da sua qualidade de vida / satisfação familiar; e que, quanto maior for a percepção da sua qualidade de vida familiar, maior será a sua percepção do uso de estratégias de *coping* familiar.

Tabela 17. Correlações entre a percepção da qualidade de vida familiar (QV) e a percepção do *coping* familiar (F-COPES) – escalas totais – para ambos os grupos (GMA e ASHGM)

			QV (TOTAL)	F-COPES (TOTAL)
Rho de Spearman	QV (TOTAL)	Coeficiente de Correlação	1,000	,58
		Sig. (unilateral)	.	,000
		N	39	38
	F-COPES (TOTAL)	Coeficiente de Correlação	,581	1,000
		Sig. (unilateral)	,000	.
		N	38	39

Todavia, quando analisamos os resultados do grupo de GMA isoladamente ($S=.327$; $p=.086$), concluímos que não existe uma correlação significativa entre as variáveis em questão (cf. Tabela 18), o que nos sugere que, para as GMA, o facto de existir uma maior percepção do *coping* familiar não determina a existência de uma melhor percepção da sua qualidade de vida / satisfação familiar; e vice-versa: por muito que exista uma maior percepção da sua qualidade de vida familiar, a GMA não perceberá necessariamente a utilização de mais estratégias de *coping* familiar.

Tabela 18. Correlações entre a percepção da qualidade de vida familiar (QV) e a percepção do *coping* familiar (F-COPES) – escalas totais – para as GMA.

			QV (TOTAL)	F-COPES (TOTAL)
Rho de Spearman	QV (TOTAL)	Coeficiente de Correlação	1,000	,327
		Sig. (unilateral)	.	,086
		N	20	19
	F-COPES (TOTAL)	Coeficiente de Correlação	,327	1,000
		Sig. (unilateral)	,086	.

N	19	19
---	----	----

f) Avaliar o possível papel mediador de algumas variáveis sócio-demográficas (idade, área de residência, nível sócio-económico, habilitações literárias e profissão) e familiares (composição do agregado familiar, formas de família, e etapa do ciclo vital da família) na forma como as GMA e as ASHGM utilizam as várias estratégias de coping familiar e como percebem a sua qualidade de vida familiar.

- Idade e Composição do Agregado Familiar

Com o objectivo de averiguar o impacto das variáveis idade e composição do agregado familiar na forma como as GMA e as ASHGM utilizam as várias estratégias de coping, procedeu-se ao cálculo da ANOVA Factorial *two-way* (teste paramétrico) – teste utilizado quando existe mais do que um factor para definir os grupos (Pereira, 2003) – para a escala total do F-COPES.

Na análise dos resultados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis independentes, bem como para a interacção entre elas ($p > .05$) (cf. Tabela 19). Mesmo nos testes *Post Hoc* de *Bonferroni* não foram encontradas diferenças de relevo entre as várias faixas etárias, nem mesmo entre as várias composições familiares; podendo-se concluir que a utilização de estratégias de coping por parte do grupo de GMA e de ASHGM, na globalidade, não varia em função da idade nem em função da composição do agregado familiar.

Tabela 19. ANOVA Factorial para a escala total do F-COPES, de acordo com as variáveis idade e composição do agregado familiar.

Fonte	Soma dos Quadrados – Tipo III	Gl.	Média dos Quadrados	F	Sig.
Modelo Corrigido	3343,985(a)	13	257,230	1,066	,428
Intercepção	158347,828	1	158347,828	656,314	,000
Idade	1496,594	4	374,148	1,551	,218
Composição Agregado	656,535	3	218,845	,907	,452
Idade * Compos. Agregado	1885,259	6	314,210	1,302	,292
Erro	6031,707	25	241,268		
Total	315099,000	39			
Total Corrigido	9375,692	38			

Relativamente à qualidade de vida, e para averiguar o efeito das variáveis idade e composição do agregado familiar nas respostas das GMA e ASHGM, foi utilizado, para cada uma destas variáveis, separadamente, o teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis* para amostras independentes – que, de acordo com Pereira (2003) é uma alternativa ao teste da ANOVA Factorial *one-way*.

Os resultados revelam a inexistência de diferenças significativas

($\chi^2 = 8.991$; $p = .061$) para a variável idade (cf. Tabela 20), concluindo-se que a percepção da qualidade de vida das GMA e das ASHGM não varia em função da idade das mesmas.

Tabela 20. Teste de Kruskal-Wallis para a escala total do QV, de acordo com a variável idade.

	QV (TOTAL)
Qui- -Quadrado	8,991
Gl.	4
Sig.	,061

Por sua vez, a variável composição do agregado familiar influencia significativamente ($\chi^2 = 8.215$; $p = .042$) a percepção da qualidade de vida de ambos os grupos (cf. Tabela 22) – sendo que são os agregados constituídos por “outras composições familiares” os que registam níveis mais elevados de percepção da qualidade de vida ($M = 25.63$), seguidos dos agregados “pai(s) + filho(s)” ($M = 21.61$). De notar ainda que são os agregados compostos por “pai(s) + filho(s) + outro(s)” os que apresentam uma menor percepção da satisfação familiar ($M = 5.38$) (cf. Tabela 21).

Tabela 21. Comparação dos resultados, na variável composição do agregado familiar, para a escala total do QV.

Composição agregado		N	Posição das Médias
QV (TOTAL)	Pai(s)+filho(s)	27	21,61
	Pai(s)+filho(s)+avó(s)	4	18,13
	Pai(s)+filho(s)+outro(s)	4	5,38
	Outras composições familiares	4	25,63
	Total	39	

Tabela 22. Teste de Kruskal-Wallis para a escala total do Qualidade de Vida, de acordo com a variável composição do agregado familiar.

	QV (TOTAL)
Qui- -Quadrado	8,215
Gl.	3
Sig.	,042

- Área de Residência e Profissão

Tendo como objectivo analisar até que ponto as variáveis área de residência e profissão influenciam a percepção da utilização das várias estratégias de *coping* por parte das GMA e das ASHGM, procedemos novamente à realização de ANOVAS Factoriais *two-way* para a escala total do F-COPES.

A análise dos resultados revela que apenas a interacção entre as variáveis área de residência e profissão é estatisticamente significativa

($F=3.579$; $p=.041$), daqui se concluindo que a percepção da utilização das diversas estratégias de *coping* dos dois grupos em estudo só varia quando as duas variáveis (área de residência e profissão) se cruzam (cf. Tabela 23).

Tabela 23. ANOVAS Factoriais para a escala total do F-COPES, de acordo com as variáveis grupo, área de residência e profissão.

Fonte	Soma dos Quadrados – Tipo III	Gl.	Média dos Quadrados	F	Sig.
Modelo Corrigido	4699,526(a)	10	469,953	2,814	,015
Intercepção	118826,231	1	118826,231	711,509	,000
Grupo	346,136	1	346,136	2,073	,161
Residência	459,091	2	229,546	1,374	,270
Profissão	136,812	3	45,604	,273	,844
Grupo * Residência	63,858	2	31,929	,191	,827
Grupo * Profissão	,000	0	.	.	.
Residência * Profissão	1195,584	2	597,792	3,579	,041
Grupo * Residência * Profissão	,000	0	.	.	.
Erro	4676,167	28	167,006		
Total	315099,000	39			
Total Corrigido	9375,692	38			

Os testes *Post Hoc* de *Bonferroni* revelam ainda, para a variável “área de residência”, que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$) entre as várias dimensões da variável independente em questão, concluindo-se que a “área de residência” não se constitui por si só como um factor de influência para a percepção da utilização das estratégias de *coping*. Não foi possível a realização dos mesmos testes para a variável “profissão”, uma vez que pelo menos um dos grupos da nossa amostra (GMA) tinha menos de dois sujeitos para uma das dimensões da referida variável independente.

No que concerne à qualidade de vida, e analisando a possível influência da variável “área de residência” através da utilização do teste *Kruskal-Wallis*, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$); importa no entanto ressaltar que são os sujeitos que habitam nas áreas de residência predominantemente urbanas que registam valores médios mais elevados na percepção da qualidade de vida familiar ($M=23.31$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Comparação dos resultados, na variável área de residência, para a escala total do Qualidade de Vida.

	Área Residência	N	Posição das Médias
QV (TOTAL)	Predominante/urbano	16	23,31
	Mediana/ urbano	7	16,79
	Predominante/ rural	16	18,09
	Total	39	

Já para a variável independente “profissão” existem diferenças significativas ($\chi^2=11.941$; $p=.008$) na escala total do Qualidade de Vida (cf. Tabela 25), o que nos indica que a profissão dos sujeitos do nosso estudo influencia a percepção de qualidade de vida dos mesmos. De registrar que são as adolescentes (GMA, ASHGM) “estudantes” que registam valores médios mais elevados na percepção de qualidade de vida ($M=24.42$), e que, contrariamente, são as adolescentes “sem profissão” que têm uma menor percepção de qualidade de vida / satisfação familiar ($M=6.50$). De notar, ainda, que os sujeitos que têm como profissão principal “doméstica” ($M=11.36$) e “desempregada” ($M=11.80$) têm uma percepção de qualidade de vida semelhante (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Comparação dos resultados, na variável profissão, para a escala total do Qualidade de Vida.

	Profissão Principal	N	Média
QV (TOTAL)	Doméstica	7	11,36
	Estudante	26	24,42
	Sem profissão	1	6,50
	Desempregado – s.p.	5	11,80
	Total	39	

Tabela 25. Teste de Kruskal-Wallis para a escala total do Qualidade de Vida, de acordo com a variável profissão.

	QV (TOTAL)
Qui- -Quadrado	11,941
Gl.	3
Sig.	,008

- Formas de Família e Nível Sócio-Económico

Analisando os efeitos das variáveis “formas de família” e “nível sócio-económico” no questionário F-COPES, podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$) para nenhuma das variáveis nem para a interacção entre ambas, quando realizado o teste ANOVA *two-way*.

Quando analisamos a influência da variável “formas de família” na percepção da qualidade de vida / satisfação familiar encontramos resultados semelhantes ($p>.05$) ao que acontece para a influência da mesma variável independente na percepção de utilização das várias estratégias de *coping*. Todavia, e apesar dos resultados não revelarem a existência de diferenças significativas quando utilizado o teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis* ($\chi^2=.354$; $p=2.075$) – fazendo transparecer que a forma de família não influencia a percepção da satisfação familiar – há que ter em conta que a forma de família “nuclear intacta” é aquela que apresenta uma maior percepção de satisfação familiar ($M=18.63$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26. Comparação dos resultados, na variável formas de família, para a escala total do Qualidade de Vida.

FORMAS DE FAMÍLIA		N	Média
QV (TOTAL)	Nuclear intacta	28	18,63
	Pós-divórcio	4	12,88
	Monoparental	2	11,00
	Total	34	

Contrariamente, a influência da variável “nível sócio-económico” na percepção da satisfação familiar revela-se estatisticamente significativa ($\chi^2=8.546$; $p=.014$) para ambos os grupos (cf. Tabela 28), concluindo-se, a partir dos resultados, que o nível sócio-económico determina a percepção de qualidade de vida familiar. Analisando mais detalhadamente os resultados (cf. Tabela 27), pode-se depreender que os sujeitos que pertencem a um “nível sócio-económico baixo” percebem uma menor qualidade de vida ($M=15.59$), e que, por outro, são os sujeitos de nível “médio” que percebem uma maior satisfação / qualidade de vida familiar ($M=26.85$).

Tabela 27. Comparação dos resultados, na variável nível sócio-económico, para a escala total do Qualidade de Vida.

Nível sócio-económico		N	Média
QV (TOTAL)	Baixo	23	15,59
	Médio	13	26,85
	Elevado	3	24,17
	Total	39	

Tabela 28. Teste de Kruskal-Wallis para a escala total do Qualidade de Vida, de acordo com a variável nível sócio-económico (GMA e ASHGM)

	QV (TOTAL)
Qui- -Quadrado	8,546
Gl.	2
Sig.	,014

Procurando analisar o efeito mediador da mesma variável na percepção da satisfação familiar, mas agora apenas para o grupo de GMA, concluímos que não foi possível analisar os resultados de uma forma válida, uma vez que todos os sujeitos deste grupo, excepto um, pertencem ao nível sócio-económico “baixo”.

- Etapa do Ciclo Vital e Habilitações Literárias

Aquando da análise do efeito das “etapas do ciclo de vida familiar” e das “habilitações literárias” nos resultados do F-COPES (resultados obtidos a partir da ANOVA Factorial *two-way*) para o grupo de GMA, podemos

verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=.012$) entre as etapas do ciclo vital familiar analisadas: “famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar”, “família com filhos adolescentes” e “famílias lançadoras”; e na interação desta variável independente com a variável habilitações literárias ($p=.046$) (cf. Tabela 29). Estes resultados sugerem que a “etapa do ciclo vital da família” isoladamente, bem como a sua interação com a variável “habilitações literárias”, influenciam a percepção do *coping* familiar.

Tabela 29. ANOVAS Factoriais para a escala total do F-COPES, de acordo com as variáveis grupo, etapa do ciclo vital e habilitações literárias.

Fonte	Soma dos Quadrados – Tipo III	Gl.	Média dos Quadrados	F	Sig.
Modelo Corrigido	2088,504(a)	6	348,084	3,117	,044
Intercepção	97563,355	1	97563,355	873,756	,000
Grupo	,000	0	.	.	.
Etapa Ciclo Vital	1477,692	2	738,846	6,617	,012
Escolaridade (Hab. Liter.)	143,343	2	71,672	,642	,543
Grupo * Etapa Ciclo Vital	,000	0	.	.	.
Grupo * Escolaridade	,000	0	.	.	.
Etapa Ciclo Vital * Escolaridade	901,894	2	450,947	4,039	,046
Grupo * Etapa Ciclo Vital * Escolaridade	,000	0	.	.	.
Erro	1339,917	12	111,660		
Total	130039,000	19			
Total Corrigido	3428,421	18			

Partindo dos testes *Post Hoc* de *Bonferroni*, é possível concluir ainda que as diferenças de relevo se situam entre as etapas da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” e da “família com filhos adolescentes” ($p=.027$), revelando que a percepção de utilização das diversas estratégias de *coping* difere significativamente consoante a família da grávida / mãe adolescente se situe na etapa da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” ou na etapa da “família com filhos adolescentes”; sendo que a etapa da família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar apresenta percepção da utilização das várias estratégias de *coping* significativamente inferior ($I-J=-16.67$) quando comparada com a etapa da família com filhos adolescentes (cf. Tabela 30).

Tabela 30. Comparações Múltiplas, de acordo com a variável etapa do ciclo vital, para a escala total do F-COPES – Testes *Post Hoc* de *Bonferroni*.

(I) Etapa Ciclo Vital	(J) Etapa Ciclo Vital	Diferença das Médias (I-J)	Erro Padrão	Sig.	95% Intervalo de Confiança	
					Maior	Menor
Filhos pequenos ou	Filhos adolescentes	-16,67(*)	5,363	,027	-31,57	-1,76

pré-escolar	Família lançadora	-13,00	8,123	,406	-35,58	9,58
Filhos adolescentes	Filhos pequenos ou pré-escolar	16,67(*)	5,363	,027	1,76	31,57
	Família lançadora	3,67	8,628	1,000	-20,31	27,65
Família lançadora	Filhos pequenos ou pré-escolar	13,00	8,123	,406	-9,58	35,58
	Filhos adolescentes	-3,67	8,628	1,000	-27,65	20,31

Seguindo a mesma linha de raciocínio, e analisando os resultados à luz dos testes *Post Hoc* de *Bonferroni* para a variável “habilitações literárias”, constata-se que não existem diferenças significativas ($p > .05$) (cf. Tabela 31); colocando-se de parte a hipótese de que esta variável tenha um efeito significativo sobre os resultados do F-COPES.

Tabela 31. Comparações Múltiplas, de acordo com a variável habilitações literárias, para a escala total do F-COPES – Testes *Post Hoc* de Bonferroni.

(I) Hab.Literárias	(J) Hab.Literárias	Diferença das Médias (I-J)	Erro Padrão	Sig.	95% Intervalo de Confiança	
					Maior	Menor
4º ano	6º ano	6,20	6,024	,971	-10,54	22,94
	9º ano	-,83	5,707	1,000	-16,70	15,03
6º ano	4º ano	-6,20	6,024	,971	-22,94	10,54
	9º ano	-7,03	6,399	,880	-24,82	10,75
9º ano	4º ano	,83	5,707	1,000	-15,03	16,70
	6º ano	7,03	6,399	,880	-10,75	24,82

Em termos da percepção da qualidade de vida familiar, verificamos que os resultados obtidos a partir do teste Kruskal-Wallis não revelam uma influência significativa da variável “habilitações literárias” nem da variável “etapa do ciclo vital” ($p > .05$). Todavia, e apesar das diferenças não se revelarem estatisticamente significativas, parece-nos importante ressaltar o facto de serem as famílias que se situam na etapa do ciclo vital da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” aquelas que têm uma menor ($M=9.27$) percepção da qualidade de vida / satisfação familiar; e que as que se encontram na etapa da “família com filhos adolescentes” e “família lançadora” apresentam resultados ligeiramente semelhantes, e um pouco mais elevados do que a etapa anterior (cf. Tabela 32).

Tabela 32. Comparação dos resultados, na variável etapa do ciclo vital, para a escala total do Qualidade de Vida.

Etapa ciclo vital		N	Média
QV (TOTAL)	Filhos pequenos ou pré-escolar	11	9,27

Filhos adolescentes	6	11,67
Família lançadora	3	12,67
Total	20	

Ainda de assinalar, o facto de serem as adolescentes com habilitações literárias correspondentes ao 9º ano aquelas que percebem uma maior qualidade de vida / familiar (M=13.67) (cf. Tabela 33).

Tabela 33. Comparação dos resultados, na variável habilitações literárias, para a escala total do Qualidade de Vida.

	Hab.Literárias	N	Média
QV (TOTAL)	4º ano	9	9,83
	6º ano	5	7,90
	9º ano	6	13,67
	Total	20	

V – Discussão

O objectivo geral do nosso estudo empírico centrou-se na análise da percepção da utilização de estratégias de *coping* e da percepção da satisfação / qualidade de vida familiares, entre grávidas / mães adolescentes e adolescentes sem história de gravidez / maternidade. Todavia, importa ressaltar que, constituindo-se como um estudo meramente exploratório, a discussão e análise dos resultados obtidos deverá sempre acautelar a generalização dos mesmos para a população geral.

Relativamente à percepção do *coping* familiar, e no que concerne ao primeiro objectivo proposto neste estudo, verificou-se, na análise dos nossos dados, que existem diferenças significativas entre o grupo de GMA e de ASHGM nas sub-escalas *procura de suporte social* e *reenquadramento*; havendo por parte das GMA uma menor percepção de recorrência ao apoio junto das pessoas mais significativas, tais como a família, os amigos ou os vizinhos, bem como uma menor percepção de redefinição mais positiva dos acontecimentos *stressantes*.

Estes resultados vão ao encontro daquilo que a literatura sugere quando afirma que o suporte social se constitui enquanto factor protector do *stress*, aumentando o recurso a estratégias de *coping* activas, e a avaliação das situações como sendo mais controláveis (Canavarro, 1999) – parecendo-nos, desta forma, que o facto das GMA perceberem um fraco uso do recurso (estratégia de *coping*) *procura de suporte social* poderá influenciar a igualmente baixa percepção de utilização do recurso *reenquadramento*.

Encontramos, na literatura, outros dados que corroboram os baixos resultados obtidos pelas GMA para a sub-escala *procura de apoio social*: desde o maior isolamento da jovem mãe / grávida face aos pares (Bolton, 1980, in Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994; Pereira, 2001); a menor proximidade emocional dos amigos (Almeida, 1987;

Canavarro & Pereira, 2001; Lourenço, 1998; Pereira, 2001); assim como a menor percepção de suporte emocional por parte do progenitor (Pereira, 2001), comparativamente com as adolescentes sem história de gravidez / / maternidade. Para além disso – e tendo em conta que pelo menos metade da nossa amostra de GMA se situa na etapa do ciclo vital “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” – estes resultados vão ao encontro dos resultados de Olson e colaboradores (1983), que concluem que a estratégia *procura de apoio social* é menos utilizada nas fases “famílias com filhos pequenos e famílias com filhos em idade pré-escolar”.

De notar que tanto as GMA como as ASHGM têm uma percepção semelhante quanto à utilização da estratégia de *coping avaliação passiva* – – tendência a pensar que os problemas se resolvem por si, com o tempo, sem ser necessária a sua interferência (estratégia de “evitamento”) – o que de certa forma nos conduz para a visão que remete para as características do desenvolvimento cognitivo e moral da adolescência, mais concretamente: a passagem do pensamento concreto para o pensamento abstracto (encontrando-se este último ainda em pleno desenvolvimento), a centração no pensamento mágico e o *locus* de controlo externo (Lourenço, 1992; Lourenço, 1997). Este resultado vai também ao encontro da literatura que sugere que o recurso a esta estratégia de *coping* é mais frequente em sujeitos do sexo feminino (Ridder & Schreurs, 1994, in Morais, 2008). Por outro lado, seria de esperar que o grupo de GMA apresentasse resultados mais elevados do que o grupo de ASHGM para esta dimensão – a literatura refere que os sujeitos de nível sócio-económico mais baixo tendem a fazer um maior uso das estratégias de “evitamento” (Ridder & Schreurs, 1994, in Morais, 2008).

O mesmo acontece para as sub-escalas *procura de suporte espiritual e mobilização de apoio formal*, registando percepções semelhantes para os dois grupos. Os resultados referentes à primeira dimensão parecem coadunar-se com a realidade maioritariamente católica dos Açores – que se aproxima em muito da realidade Continental. Para além disso, importa referir que esta semelhança entre grupos poderá também dever-se ao facto do grupo de GMA pertencer na sua maioria (95%) à classe baixa (nível sócio-económico baixo) e o grupo de ASHGM aproximar-se mais (60%) à classe média (nível sócio-económico médio) – tendo em conta que, no contexto português, são as classes média e baixa que se apoiam mais na igreja e na religião como forma de “resolver” os seus problemas. Importa ainda referir que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, as ASHGM registaram níveis ligeiramente superiores para esta dimensão.

Para a dimensão *mobilização de apoio formal*, e apesar das diferenças não serem também significativas, julgamos ser relevante o facto de serem as GMA que percebem ligeiramente uma maior utilização da procura de recursos junto da comunidade e aceitação da ajuda dos outros. Encaramos este resultado um pouco à luz da condição sócio-económica e cultural das adolescentes grávidas / mães que fazem parte da nossa amostra: uma vez que pertencem, na sua grande maioria (95%), a níveis sócio-económicos baixos, dependendo de forma expressiva (30%) do Rendimento Social de Inserção

(RSI) – necessidade de recorrer aos serviços de apoio social; e pelo menos metade (50%) reside em zonas predominantemente rurais – zonas que poderão ser na generalidade mais abertas à comunidade e onde se valorizará mais o espírito comunitário e de entre-ajuda.

A possível influência destas e de outras variáveis de natureza sócio-demográfica e familiar nas respostas das GMA e das ASHGM ao F-COPES e ao Qualidade de Vida, será analisada mais pormenorizadamente mais à frente.

Tendo em conta o segundo objectivo que nos propusemos analisar, observamos, a partir dos nossos resultados, que o grupo de GMA regista valores significativamente inferiores aos do grupo de ASHGM para a escala global do F-COPES, apresentando uma percepção da utilização de menos estratégias de *coping* familiar comparativamente com as ASHGM.

Uma leitura deste resultado nitidamente inferior para as GMA poderá residir na percepção da situação de gravidez / maternidade como um acontecimento de vida esperado e desejado, baseado no contexto familiar da jovem grávida / mãe (Field, Widmayer, Stringer, & Ignatoff, 1980, in Ravert & Martin, 1997), não percepcionando esse evento como uma crise (Ravert & Martin, 1997) – o que poderá levar a jovem grávida / mãe a não activar recursos (estratégias de *coping*) para lidar com esse acontecimento que não julga como *stressante* (o Modelo da Resiliência e Adaptação Familiar postula que, face a um evento *stressante*, e atendendo à percepção e significado que o indivíduo atribuir a esse evento, o mesmo indivíduo utilize os recursos que dispõe para lidar com esse mesmo evento). Esta visão é paralela à visão de que as estratégias de *coping* podem variar dependendo dos estilos de resposta ao *stress* aprendido anteriormente, através de um processo de osmose (Compas et al., 2001, cit. in Batista, 2008).

Não anulando as possibilidades que até aqui foram descritas, existe ainda a possibilidade destes resultados se deverem às características de desenvolvimento do próprio sujeito, nomeadamente, o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo das GMA – que poderá, de alguma forma, determinar aquilo que a jovem percebe como *stressante* e a forma como irá lidar com essa situação indutora de *stress* (Dell`Aglia, 2003, cit. in Batista, 2008).

Uma outra leitura possível para este resultado poderá ser o facto do constructo que pretendemos analisar – *coping* familiar – ter sido mediado por variáveis individuais. De facto, o *coping* familiar foi “medido”, no nosso estudo, através da percepção individual (respostas de apenas um membro da família); sendo que é possível que a percepção da jovem grávida / mãe possa não corresponder à percepção familiar. Esta visão vai ao encontro da linha de investigação que sugere que o *coping* das jovens grávidas não reflecte o *coping* familiar (Williams, 2004).

Podemos ainda analisar este resultado à luz do nível sócio-económico das GMA que é, na sua maioria, baixo; sendo que será de esperar que os sujeitos de um estatuto sócio-económico mais elevado apresentem um maior número de estratégias para lidar com acontecimentos *stressantes* (o que acontece para o grupo de ASHGM), uma vez que terão

supostamente mais recursos disponíveis.

É ainda possível que estas diferenças se devam a factores inerentes à fidedignidade da escala F-COPEs, uma vez que na análise da consistência interna deste instrumento nos deparámos com correlações muito mais baixas para o grupo de GMA, o que nos levou a supor que este instrumento não será tão bom / fidedigno para as GMA – não avaliando de forma fidedigna os recursos familiares destas jovens.

Procurando dar resposta ainda ao segundo objectivo (analisando os resultados do primeiro objectivo), observamos que: o facto das GMA apresentarem valores nitidamente inferiores aos das ASHGM na percepção da *procura de apoio social e reenquadramento* – estratégias de *coping* activas / focadas no problema – parece corroborar a linha de investigação que defende que, quando comparadas com adolescentes sem história de gravidez, as jovens grávidas tendem a utilizar estratégias de *coping* passivas (Barth & Schinke, 1983; De Anda et al., 1992, in Soares et al., 2001) ou estratégias de *coping* focadas nas emoções (Myors, Johnson, & Langdon, 2001). Todavia, importa referir que isto não quer dizer que estas estratégias sejam as menos adaptativas, nem que sejam aquelas que as GMA utilizem sempre – estas estratégias poderão ser adaptativas para as GMA perante uma situação específica e em determinado momento. É ainda possível que esta diferença no número e tipo de recursos activados pelas GMA (relativamente às ASHGM) se deva à especificidade do estilo de *coping* utilizado para lidar com o *stress* da transição da adolescência para a maternidade – que resultaria de uma combinação entre o “*coping* da gravidez” e o “*coping* da adolescência” (Kaye, 2008) – sendo que cada uma das jovens utilizaria diferentes estratégias para lidar com o *stress* desta transição.

Relativamente à análise comparativa dos dois grupos no que concerne à percepção da satisfação / qualidade de vida familiar (terceiro objectivo proposto para este estudo), encontramos diferenças altamente significativas que nos dizem que o grupo de GMA apresenta uma percepção de satisfação familiar muito inferior ao grupo de ASHGM – resultado que entra em colisão com os dados da literatura e da investigação que afirmam que as jovens grávidas / mães, e as adolescentes sem história de gravidez / maternidade, apresentam percepções semelhantes – igualmente baixas – quanto à satisfação familiar (Lourenço, 1998; Pereira, 2001).

Analisando este resultado de forma mais detalhada, podemos supor que esta diferença se deva ao facto da GMA se ver a braços com inúmeras exigências e tarefas – advindas, simultaneamente, das exigências da adolescência, da gravidez e/ou maternidade, bem como, em algumas situações, do início da conjugalidade – que lhe acarretam fontes indubitáveis de *stress*, e conseqüentemente, decréscimo na qualidade de vida familiar. É aqui que situamos a linha de investigação que postula que: os níveis de satisfação conjugal diminuem com o nascimento do primeiro filho (Gottman & Silver, 1999; Perren, Wyl, Burgin, Simoni, & Klitzing, 2005), e que as exigências desta nova fase do ciclo vital (família com filhos pequenos) acarretam inevitáveis fontes de *stress* familiar (Oliveira, Pedrosa, &

Canavarro, 2005; Relvas & Lourenço, 2001).

Há ainda a hipótese que remete para as GMA que se situam na etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes”, corroborando a visão de Olson e colaboradores (1983), que referem que é na etapa da família com filhos adolescentes que os níveis de *stress* são mais elevados – tendo em conta que uma maior vulnerabilidade ao *stress* desencadeia menor qualidade de vida subjectiva familiar (Vilaça, 2007).

Uma outra leitura possível para este resultado, surge da hipótese da seguinte relação entre a satisfação familiar e a gravidez na adolescência: a (in)satisfação familiar prévia e o *stress* familiar prévio à gravidez agiriam como potenciadores da gravidez destas jovens, ou seja, a gravidez seria uma saída possível face à insatisfação familiar e ao *stress* familiar que a jovem já percepcionava antes de engravidar. Esta leitura corrobora a visão da gravidez na adolescência como um dos possíveis sintomas que surge para “sinalizar” e “comunicar” o disfuncionamento familiar (Lourenço, 1998). A possibilidade de existência da relação supra-citada (satisfação familiar – gravidez na adolescência) parece ir também ao encontro da literatura que afirma existir uma espécie de causalidade entre o baixo nível de satisfação com a qualidade da relação familiar e a iniciação precoce da sexualidade (Jaccard, Dittus & Gordon, 1996); ou, entre o *stress* familiar e a actividade sexual de risco entre adolescentes (Chilman, 1985, in Ravert & Martin, 1997).

Por outro lado, e tendo como base a investigação que defende que, a uma maior activação das estratégias de *coping* corresponde um incremento na percepção de satisfação familiar (Vilaça, 2007), é possível que o facto das GMA percepcionarem a utilização de menos estratégias de *coping* influencie o facto de terem também uma menor percepção da sua satisfação / qualidade de vida familiar.

Para além disso, sugerimos ainda que a menor percepção de qualidade de vida das GMA possa ser influenciada por variáveis psicológicas, como sejam: o afecto depressivo característico da adolescência (Cummins, 2000), bem como as possíveis implicações e alterações emocionais decorrentes da gravidez e maternidade – variáveis que em conjunto poderiam contribuir para alterar o bem-estar da grávida / mãe adolescente e, conseqüentemente, a sua percepção de bem-estar.

Podemos hipotetizar ainda que esta diferença na percepção da satisfação / qualidade de vida familiar seja mediada pela influência de algumas variáveis de natureza sócio-demográfica e familiar, como por exemplo: as habilitações literárias, a profissão principal, a área de residência, o nível sócio-económico, a composição do agregado familiar, bem como as formas de família (pontos que analisaremos com mais pormenor de seguida, quando discutirmos o papel mediador dessas variáveis nos resultados da percepção das estratégias de *coping* e qualidade de vida familiares).

Analisando os resultados estatísticos que comparam as GMA e as ASHGM quanto às várias dimensões do *Qualidade de Vida*, e tendo em conta o quarto objectivo do nosso estudo, verificamos que o grupo de GMA apresenta uma percepção de satisfação familiar acentuadamente inferior para

as dimensões: *amigos, lar, educação, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade, família alargada, lazer, vida familiar e mass media* quando comparado com o grupo de ASHGM. Já a percepção de satisfação / / qualidade de vida familiar inerente à *religião e saúde* parece ser semelhante para ambos os grupos.

Relativamente à *religião*, podemos colocar como hipótese que, o facto das GMA terem uma percepção de satisfação familiar semelhante à das ASHGM poderá ter a ver com a realidade sócio-cultural da Ilha Terceira – realidade maioritariamente católica (factor que já mencionámos anteriormente). Poderá ser interessante olhar para este resultado à luz dos resultados de Vilaça (2007), que demonstram que é na etapa do ciclo vital “famílias com filhos adolescentes” (30% das GMA) que a qualidade de vida / satisfação familiar relacionada com a religião aumenta.

Para a percepção da qualidade de vida referente à *saúde*, julgamos ser pertinente referir que a semelhança na percepção para ambos os grupos poderá ter sido influenciada pelos critérios de recolha da amostra, nomeadamente, o local e serviço. Ou seja, o facto da recolha da amostra ter sido feita num serviço de saúde (Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, Serviço de Saúde Infantil) e no âmbito de um serviço de apoio psicossocial (CIPAF – Programa «Tornar-se Mãe») poderá ter tido algum tipo de influência neste resultado, uma vez que as GMA estavam efectivamente a receber apoio de serviços de saúde, e quando não estavam, eram sinalizadas e acompanhadas no sentido de procurar e manter contactos permanentes com os mesmos serviços (através do Programa «Tornar-se Mãe»). Este resultado também pode ser analisado à luz da investigação de Vilaça (2008), que demonstra que a qualidade de vida relacionada com a saúde é superior quando a família se encontra na etapa do ciclo vital da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” – pelo que podemos depreender que o nascimento de um filho e a maternidade implica o desenvolvimento e a manutenção de cuidados de saúde direccionados para o bebé / filho, mas também para a própria mãe. É possível que a existência de consultas de saúde materna e infantil façam com que a jovem grávida / mãe se sinta mais acompanhada – sendo esta uma das formas de *procura de apoio formal* (estratégia de *coping* familiar) que a jovem concretiza – e, conseqüentemente, faça com que tenha uma percepção positiva da sua satisfação com a saúde. De notar ainda que o resultado supra-citado colide com a literatura que defende que a grávida / mãe adolescente apresenta mais problemas de saúde e uma maior vulnerabilidade no que concerne a essas questões quando comparada com adolescentes sem história de gravidez ou com grávidas / mães adultas (Almeida, 1987).

Olhando agora para os dados do nosso estudo que nos remetem para as diferenças significativas, podemos começar por dizer que, no que concerne à baixa percepção de satisfação familiar das GMA relativamente a *amigos, vizinhança e comunidade, e família alargada* haverá uma possível relação destes resultados com a baixa percepção de utilização da estratégia de *coping procura de suporte social* por parte das mesmas (GMA). Desta forma, parece-nos que, com o possível isolamento face ao grupo de pares (e não-identificação destas jovens com o mesmo), com o possível isolamento

face à vizinhança e comunidade (possivelmente pela vergonha da sua condição e pelo medo de reprovação social), e ainda com o possível isolamento face à família alargada (já que a maioria das jovens grávidas / / mães da nossa amostra não têm, ou se têm, não há relação nem proximidade física e ou emocional com tios, avós, primos – muitas delas têm um passado marcado pela negligência e/ou ausência familiar, retirada familiar, e posterior Institucionalização em Lares de Acolhimento Residencial), a jovem percebe a sua satisfação / qualidade de vida referente a estas dimensões da sua vida. Se olharmos para este dado, podemos concluir que o facto das relações entre pares e as relações familiares das GMA serem pobres tenderá a isolar estas jovens, isolamento este que poderá comprometer de alguma forma o seu bem-estar emocional (Prodromidis e colaboradores, 1994). De acordo com este ponto, existe ainda a linha de investigação que defende a existência de uma correlação positiva entre o suporte social e a adaptação e ajustamento da adolescente no que concerne às exigências e tarefas da adolescência, da gravidez e maternidade (Figueiredo, 2000; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Margarinho, 2006; Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2003; Pereira, 2001; Soares et al., 2001). Uma outra possível leitura para estes resultados remete-nos para a visão da possível relação positiva entre a qualidade de vida em mães adolescentes e a qualidade das relações de amizade e do suporte parental (Sgarbossa & Ford-Gilboe, 2004). Estes dados vão ainda ao encontro da visão que defende que a percepção de maior satisfação com a vida se associa ao facto da jovem estar mais satisfeita com o apoio recebido (Pereira, 2001); sendo que, no caso das GMA da nossa amostra, o facto destas perceberem uma menor satisfação familiar poderá estar associado à sua possível insatisfação com o apoio recebido.

Quando analisamos as dimensões *vida familiar* e *família alargada*, podemos supor que as diferenças na percepção da satisfação entre as GMA e as ASHGM sejam influenciadas por factores como: o disfuncionamento familiar e a conseqüente insatisfação familiar prévios à gravidez / / maternidade das GMA; ou ainda, por algumas variáveis mediadoras (familiares). Exemplos destas últimas podem ser: a “etapa do ciclo vital familiar” associada às fontes de *stress* específicas e exigências daí decorrentes (tal como já mencionámos anteriormente) – no caso das GMA que se situam na etapa da “família com filhos pequenos ou idade pré-escolar” temos as exigências da adolescência, gravidez, maternidade, parentalidade e conjugalidade; para as jovens grávidas / mães que estão na etapa da “família com filhos adolescentes”, existem as exigências da adolescência e as exigências internas e externas ao sistema familiar, como a necessidade de re-adaptação familiar (abertura do sistema para o exterior e flexibilização das regras). A “forma de família” e a “composição do agregado familiar” da GMA poderá também determinar uma menor percepção da satisfação referente à vida familiar e família alargada. A literatura sugere mesmo que a percepção de maior satisfação das grávidas adolescentes está associada ao facto da jovem pertencer a uma estrutura familiar nuclear intacta (Pereira, 2001) – o que nos leva a concluir que não podemos olhar para este critério isoladamente, já que mais de metade das

nossas GMA (65%) – contra a 80% para as ASHGM – pertence a uma família nuclear intacta e nem por isso parece apresentar uma maior percepção de satisfação familiar. Outro possível factor mediador da satisfação destas jovens (agora tanto para as GMA como para as ASHGM) poderá ser o facto das mesmas perceberem uma menor rejeição por parte da mãe (Pereira, 2001).

Observando estes resultados à luz dos dados obtidos através da análise da consistência interna do inventário *Qualidade de Vida*, diríamos que um dos resultados mais curiosos foi o facto do item 3 (*qual o seu nível de satisfação com o número de crianças na sua família?*) – item que faz parte da sub-escala *vida familiar* – não ter registado qualquer tipo de correlação item-total quando analisado o grupo de GMA isoladamente. Podemos analisar este resultado à luz dos resultados da escala total do *Qualidade de Vida* (as GMA apresentam resultados significativamente mais baixos do que as ASHGM) e da sub-escala *vida familiar* (onde os resultados são igualmente mais baixos para as GMA); sendo possível que esta (nº de crianças na família) seja a única dimensão com a qual a GMA está satisfeita no que concerne à sua vida familiar.

O facto das GMA percepcionarem uma menor qualidade de vida relativamente ao *bem-estar financeiro* e à *educação*, poderá estar relacionado com o provável papel mediador das variáveis sócio-demográficas: nível sócio-económico, habilitações literárias, profissão e área de residência. De facto, a maioria das grávidas / mães adolescentes pertence a um nível sócio-económico baixo (95%), e pelo menos metade tem o 4º ano de escolaridade completo (45%), é doméstica (35%) ou desempregada (25%), e reside em área predominantemente rural (50%) – sendo que a nossa amostra (grupo de GMA) se assemelha de alguma forma à amostra do estudo empírico de Lourenço (2008): a quase totalidade das adolescentes grávidas pertence a um baixo nível sócio-económico, possuem uma escolaridade mais baixa do que as jovens sem história de gravidez, e grande parte não exerce qualquer actividade escolar ou profissional. A percepção de menor satisfação com a educação poderá estar associada à igualmente baixa percepção de satisfação inerente ao bem-estar financeiro – poderá colocar-se como hipótese que as jovens que percepcionam fracos recursos financeiros poderão ser aquelas que não terão tanto acesso a níveis médios e superiores de ensino (devido a constrangimentos vários, entre os quais: a fraca rede de transportes públicos da Ilha Terceira, e a pequena abrangência e frequência dos mesmos para áreas mais rurais, o facto da frequência do ensino requerer uma série de exigências financeiras como seja a necessidade de compra de materiais vários). Poderá também existir uma relação entre a menor satisfação com a educação e a gravidez na adolescência – sendo que muitas destas jovens poderão ter interrompido, ou mesmo terminado, os seus estudos na decorrência da gravidez / maternidade, já que a pressão para a jovem grávida na Escola é grande, acabando aquela por ser excluída ou por se auto-excluir (Lourenço, 1998).

Relativamente à percepção de menor qualidade de vida familiar das GMA para as dimensões *lazer*, *mass media* e *lar*, julgamos ser pertinente ponderar sobre a possível influência das variáveis área de residência e nível

sócio-económico. Parece-nos que o facto das GMA habitarem em zonas predominantemente rurais e pertencerem a níveis sócio-económicos baixos poderá comprometer o fácil e pronto acesso a formas diversificadas de meios de comunicação social (jornais, revistas, programas de televisão), de ocupação e lazer – importa referir que na Ilha Terceira a aquisição de determinado tipo de jornais / revistas se vê limitado a algumas camadas sociais privilegiadas, já que o preço dos mesmos se encontra na maioria das vezes inflacionado, devido a constrangimentos que se ligam à necessidade de transporte e distribuição dos mesmos do Continente para as Ilhas.

Os resultados referentes à fraca percepção de satisfação das GMA para a dimensão *lar*, poderá relacionar-se com as fracas condições habitacionais em que vivem muitas das jovens da nossa amostra (sendo que muitas delas habitam em bairros sociais dos concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória), factor que, por sua vez, poderá estar associadas aos fracos recursos económicos e à fonte de suporte financeiro do agregado destas jovens (tal como já referimos anteriormente, 30% das nossas GMA dependem do Rendimento Social de Inserção). De notar que este resultado não corrobora o estudo empírico de Pereira (2001) que conclui que um dos factores que se associa à percepção de maior satisfação com a vida é o facto da jovem grávida residir numa zona rural; sendo que urge ressaltar que o contexto do nosso estudo se distancia em muito do de Pereira, uma vez que uma zona rural no Continente pode ser percebida como uma zona calma e propiciadora de uma maior qualidade de vida, e nos Açores ser sentida como sinónimo de um maior isolamento e privação (recursos sociais, materiais, assistenciais, entre outros).

Ainda segundo a dimensão *lazer*, podemos supor que os baixos resultados obtidos pelas GMA no que concerne à percepção de satisfação / / qualidade de vida, poderão ser influenciados pelo factor isolamento (analisado a partir dos baixos resultados para a percepção do uso da estratégia de *coping familiar procura de suporte social*; e a partir da variável área de residência). Ou seja, o facto da jovem grávida / mãe habitar numa zona rural e o facto de se isolar poderá incrementar o seu sentimento de insatisfação com a dimensão *lazer*. O mesmo se pode depreender se analisarmos este resultado à luz da literatura que afirma que as exigências e tarefas da gravidez e maternidade, em conjunto com as da conjugalidade trazem um aumento de *stress*, e (diríamos nós) menos tempo para a jovem dedicar a si própria e a coisas do seu interesse.

Colocamos ainda como hipótese o facto de todas estas variáveis sócio-demográficas (referidas anteriormente) se poderem influenciar mutuamente, ou seja, o facto de poder existir uma correlação entre ambas, que poderá contribuir para um incremento na mediação de uma menor percepção da satisfação familiar das GMA.

De ressaltar ainda que parte dos dados que obtivemos para algumas das dimensões que remetem para a percepção de satisfação / qualidade de vida familiar das GMA corroboram os dados do estudo empírico de Vilaça (2007), que conclui que a satisfação referente aos amigos, ao lar, à educação, ao tempo e ao emprego é menor na etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes” – o que parece destacar a ideia de Olson e colaboradores

(1983): fase mais *stressante*.

Para terminar a análise do quarto objectivo do nosso estudo, podemos ainda colocar como hipótese que as diferenças significativamente mais baixas para o grupo de GMA no que se refere à percepção da satisfação familiar segundo várias dimensões, possam ter a intervenção de factores de ordem individual, como sejam características pessoais destas jovens grávidas / mães. Uma das possibilidades poderá situar-se na existência de pessimismo ou afecto depressivo de algumas destas jovens que as levará a perceberem uma menor qualidade de vida / satisfação familiar para várias dimensões.

Remetendo-nos para o quinto objectivo deste estudo, urge ressaltar que a literatura sugere a existência de uma associação positiva entre: estratégias de *coping* e qualidade de vida familiares, sugerindo que quanto maior é a activação dos recursos familiares / estratégias de *coping*, maior será a satisfação / qualidade de vida familiar (Batista, 2008; Vilaça, 2007). Na análise dos nossos dados observámos isso mesmo: a existência de uma correlação significativa positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, mas apenas para as ASHGM.

Analisando os resultados do grupo de GMA separadamente, verificamos que não existe essa correlação significativa entre as dimensões em questão; sendo que, o facto das GMA perceberem uma maior utilização das estratégias de *coping* familiar, não determinará a existência de uma maior percepção de satisfação familiar; bem como o facto de terem uma percepção de menor satisfação familiar não implica que terão uma percepção de um *coping* superior. Uma possível leitura para este resultado poderá residir na provável influência de algumas das variáveis mediadoras (familiares e sócio-demográficas). Seguindo esta linha de pensamento, hipotetizamos que, por muito que a GMA percepcione a utilização de várias estratégias de *coping* familiar, se as suas condições de vida familiar e sócio-económica não se alterarem, o uso das referidas estratégias não lhe permitem perceberem, por si só, uma melhoria na sua qualidade de vida familiar. Para além disso, as condições familiares, sócio-demográficas e pessoais (características de desenvolvimento, personalidade e recursos pessoais) das GMA poderão limitar o recurso e a percepção de utilização das estratégias de *coping* familiar (Dell'Aglio, 2003, in Batista, 2008). Por outro lado, o facto das GMA poderem ter uma maior percepção de qualidade de vida não as leva necessariamente a uma maior percepção de utilização de estratégias de *coping*, já que o seu modelo familiar poderá não valorizar a utilização dessas mesmas estratégias de *coping*, ou valorizá-las e utilizá-las (de acordo com o seu modelo social, cultural e familiar), mas não as perceberem como tal; ou ainda, é possível que a definição e avaliação da situação indutora de *stress* não seja percebida como tal, daí que não se procurem estratégias de *coping*. Existe uma outra hipótese: a de que o tipo de estratégias de *coping* percebidas como mais utilizadas pelas GMA (estratégias de *coping* maioritariamente passivas) não se associem positivamente ao incremento da percepção da qualidade de vida familiar. Julgamos ser ainda pertinente, uma outra leitura: as GMA perceberem as

estratégias de *coping* que utilizam em determinado momento, perante uma situação específica, como não sendo eficazes, o que poderá influenciar negativamente a sua percepção de qualidade de vida. Para finalizar, podemos hipotetizar que estes resultados acabam por corroborar a ideia de que o factor chave na determinação da qualidade de vida de um indivíduo é a percepção que o próprio indivíduo tem da sua vida na globalidade, e não tanto os recursos ou as possibilidades e oportunidades que tem disponíveis (Edwards, Huebner, Connel & Patrick, 2002, in Batista, 2008).

Relativamente à análise do efeito mediador das variáveis sócio-demográficas (idade, área de residência, nível sócio-económico, habilitações literárias e profissão) e familiares (etapa do ciclo vital, composição do agregado familiar e formas de família) nos recursos (*coping*) e na percepção da qualidade de vida familiares, entre as GMA e as ASHGM, os resultados foram diversos.

No que se refere à percepção da utilização das estratégias de *coping*, tendo em conta a variável idade e composição do agregado familiar, não se verificaram diferenças significativas em nenhum dos factores analisados, nem na interacção entre ambos. Este resultado (idade) é interessante, e parece não corroborar a literatura que sugere que o nível de desenvolvimento cognitivo influencia a forma como a adolescente avalia a situação indutora de *stress*, e quais as estratégias de *coping* que usará para lidar com ela; sendo de esperar que com a progressão da idade, as estruturas cognitivas se tornassem mais complexas, e por sua vez, as estratégias de *coping* fossem cada vez mais diversificadas (Dell’Aglia, 2003, in Batista, 2008).

Para as variáveis área de residência e profissão, verificámos que a percepção dos recursos familiares do grupo de GMA e de ASHG só varia em função da interacção das duas variáveis independentes. Uma vez que não encontramos na literatura nenhum estudo ou justificação para estes resultados, partimos do pressuposto que residir numa área predominante ou medianamente urbana, e, ao mesmo tempo, ter uma profissão, funcionará como factor protector – ou seja, poderá influenciar positivamente a percepção dos recursos familiares.

Analisando os efeitos das variáveis formas de família e nível sócio-económico, podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis nem para a interacção entre ambas. Os resultados são curiosos, uma vez que seria de esperar que o nível sócio-económico baixo se constituísse como factor de vulnerabilidade para a percepção e utilização do *coping* familiar – supondo-se que os sujeitos de um nível sócio-económico elevado teriam um maior número de recursos à sua disposição, e por conseguinte, uma maior facilidade em desenvolver estratégias para lidar com situações indutoras de *stress*. Uma possível leitura para estes resultados pode ter a ver com uma das limitações do nosso estudo – o reduzido número de sujeitos da nossa amostra (N=40), que, por sua vez, não se encontram distribuídos uniformemente pelas categorias da variável em causa.

A etapa do ciclo vital familiar e a interacção desta variável com a variável habilitações literárias revelaram-se como importantes mediadores

da percepção de uso de estratégias de *coping* para o grupo de GMA. O facto das diferenças se situarem entre as etapas da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” e “família com filhos adolescentes” revela que a percepção de utilização das diversas estratégias de *coping* difere significativamente consoante a família da grávida / mãe adolescente se situe numa ou noutra das etapas supra citadas. De notar que as GMA que se situam na etapa da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” apresentam uma percepção significativamente inferior quanto aos recursos familiares, quando comparadas com as jovens grávidas / mães da etapa “família com filhos adolescentes”. Estes resultados parecem ir ao encontro da linha de investigação que afirma que o nascimento de um filho acarreta fontes de stress inestimáveis; e do estudo empírico de Vilaça (2007), que conclui que não existe nenhum efeito significativo do *stress* para a etapa “família com filhos adolescentes”; mas por outro lado, parecem refutar a visão de Olson e colaboradores (1983) que defendem que a etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes” é a fase em que a família está mais vulnerável aos acontecimentos indutores de *stress*; e corroborar, ao mesmo tempo a visão dos mesmos autores que afirma que é também nesta fase que os recursos familiares mais necessitam de ser activados. Uma leitura possível para estes resultados pode ser o facto das jovens que se situam nesta etapa (filhos adolescentes) percepcionarem um maior apoio dos restantes membros do agregado (de notar que estas jovens grávidas / mães habitam na sua maioria com os pais), percepcionando assim mais recursos familiares para lidar com os acontecimentos *stressantes*. Por outro lado, as GMA que habitam com o companheiro (normalmente, mas nem sempre, pai do bebé) poderão estar sujeitas a um maior *stress* que poderá comprometer a activação dos seus recursos – de notar que, segundo a literatura, o companheiro é percepcionado como a única fonte de *stress* para grande maioria das grávidas adolescentes (Anda e colaboradores, 1992). A etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes” parece funcionar, desta forma, como um factor protector, e a etapa “filhos pequenos ou em idade pré-escolar” como factor de vulnerabilidade, para as GMA no que concerne à activação dos seus recursos familiares.

Debruçando agora a nossa atenção no efeito das variáveis mediadoras na percepção da qualidade de vida familiar das GMA e ASHGM, verificou-se, de acordo com a variável idade, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, o que parece refutar a ideia de que a percepção da satisfação familiar diminuiria à medida que a idade avançava, sendo de esperar que com a gradual autonomização e independência da adolescente face ao sistema familiar, aquela fosse sentindo um decréscimo na percepção de satisfação familiar – pela necessidade de gestão / / negociação da continuidade / mudança entre as diferentes gerações do sistema familiar (Almeida, 1996), bem como pela incongruência das percepções dos vários membros da família acerca das suas relações e interacções (Olson et al., 1983).

Já a variável composição do agregado familiar parece influenciar de forma significativa a percepção da qualidade de vida de ambos os grupos. Os

resultados revelaram-se bastante interessantes: foram os agregados constituídos por “outras composições familiares” os que registaram níveis mais elevados de percepção da qualidade de vida (resultado não esperado), seguido de “pai(s) + filho(s)” (metade das GMA e maioria das ASHGM) (resultado esperado). Importa ressaltar que 15% dos agregados das GMA pertencem à primeira composição (contra 5% para as ASHGM) – o que nos faz pensar na história familiar destas jovens, que é marcada, na sua maioria, por desestruturação familiar que conduz à Institucionalização de algumas destas jovens enquanto ainda menores – jovens que parecem depois “encontrar” nos amigos, companheiro e parentes do seu companheiro a sua “nova família”. Por outro lado, importa sublinhar que foi a composição “pai(s) + filho(s) + outro(s)” (20% das GMA e 5% das ASHGM) a que apresentou uma menor percepção da satisfação familiar – colocando-se como hipótese que esse(s) outro(s) poderão ser percebidos como um *stressor* adicional para a conjugalidade / parentalidade já de si “exigente”. A composição “outras composições familiares” parece funcionar assim como factor protector para uma melhor percepção de satisfação familiar nas GMA, e “pai(s) + filho(s) + outro(s)” como factor de vulnerabilidade para um decréscimo da qualidade de vida.

A área de residência não se revela um factor mediador da percepção da qualidade de vida para nenhum dos grupos, importando no entanto ressaltar que são os sujeitos que habitam nas áreas de residência predominantemente urbanas (maioria das ASHGM) que registam valores médios mais elevados na percepção da qualidade de vida familiar, o que seria de esperar – supondo-se que as zonas mais urbanas oferecem um leque de recursos mais diversificado, o que poderá contribuir para uma maior percepção de qualidade de vida.

Já a variável profissão revela um efeito significativo, sendo as GMA (menos de metade da amostra) e as ASHGM (totalidade da amostra) estudantes as que registam uma maior percepção de satisfação; e as adolescentes sem profissão (5% de GMA) as que têm uma menor percepção de qualidade de vida familiar (com dados semelhantes para as GMA domésticas e desempregadas) – sendo de esperar que o facto das GMA serem estudantes se constitua como um factor protector para a sua percepção de satisfação, e pelo contrário, que o facto daquelas não terem profissão actue como factor de vulnerabilidade face ao referido constructo.

A literatura sugere que um dos factores que se associa positivamente à satisfação da grávida adolescente é pertencer a uma família nuclear intacta (Pereira, 2001). Ora, apesar de não se ter observado um efeito principal da variável formas de família na qualidade de vida, há que ter em conta que a forma de família “nuclear intacta” (maioria das ASHGM, mais de metade das GMA) é aquela que apresenta uma maior percepção de satisfação familiar – o que vem ao encontro da literatura.

Contrariamente, o nível sócio-económico parece agir como um importante mediador factor protector da satisfação familiar para o grupo de ASHGM; sendo os sujeitos pertencentes a um nível baixo aqueles que percebem uma menor qualidade de vida, e os sujeitos de nível médio os que percebem uma maior satisfação familiar – o que seria de esperar.

Todavia, estes resultados só poderão ser analisados à luz do grupo de ASHGM, uma vez que não nos foi possível analisar o efeito mediador da mesma variável na percepção da satisfação familiar do grupo de GMA (pelos constrangimentos do reduzido número de sujeitos da amostra, bem como pelo facto dos sujeitos deste grupo não se distribuírem de forma homogénea pelas várias categorias da referida variável – 95% pertence ao nível baixo e 5% ao médio).

Analisando a possível influência das variáveis habilitações literárias e etapa do ciclo vital nos resultados da escala total do *Qualidade de Vida*, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos grupos. Todavia, parece-nos importante ressaltar o facto de serem as famílias que se situam na etapa do ciclo vital da “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” aquelas que têm uma menor percepção da qualidade de vida – resultados que, apesar de não serem significativos em termos estatísticos, parecem colidir com os dados do estudo empírico de Vilaça (2007), que afirma que o maior pico de qualidade de vida é atingido nessa mesma etapa. Para além disso, são as famílias que se encontram nas etapas “família com filhos adolescentes” e “família lançadora” que apresentam resultados ligeiramente mais elevados (muito embora não sejam significativos) – resultados que parecem refutar a teoria que defende que é naquela etapa (filhos adolescentes) que a satisfação familiar é menor (Olson e colaboradores, 1983). Os resultados supra citados parecem no entanto corroborar a literatura que afirma que a qualidade de vida aumenta gradualmente ao longo das diferentes etapas do ciclo vital (Olson e colaboradores, 1983).

Estes resultados, quando comparados com os resultados obtidos para a mesma variável independente (etapa do ciclo vital) enquanto mediadora dos recursos (estratégias de *coping*) familiares, reforçam a ideia de que para as GMA o facto destas terem uma percepção de maior activação e utilização dos seus recursos familiares, não se associa positivamente a uma percepção de maior qualidade de vida.

No que concerne as habilitações literárias, e apesar da sua influência não se revelar significativa, gostaríamos de assinalar o facto de serem as adolescentes com habilitações literárias correspondentes ao 9º ano (30% GMA, 50% ASHGM) aquelas que percebem uma maior qualidade de vida familiar – resultado este que seria de esperar.

Para concluir esta discussão, consideramos que poderá ser útil apontar algumas limitações ao nosso estudo, e apresentar algumas propostas para estudos futuros.

Em primeiro lugar, colocamos como limitação o facto de este ser um estudo exploratório, o que limita a generalização dos resultados à população açoriana. Outras limitações são: o facto da amostra ser constituída por um número reduzido de sujeitos ($n = 40$), sujeitos esses que não se encontram uniformemente distribuídos pelas várias dimensões de algumas variáveis sócio-demográficas e familiares; o facto da recolha dos sujeitos do grupo de controlo (ASHGM) ter sido realizada apenas no contexto de grupos de jovens / catequese (e a conseqüente homogeneidade dos sujeitos face às

dimensões das variáveis sócio-demográficas); bem como o facto da amostra ser referente a uma realidade insular (Ilha Terceira, Açores), constitui-se também como uma importante limitação. Para além disso, julgamos que a impossibilidade da análise dos resultados do *FILE*, “deixou de lado” muitos resultados pertinentes para a temática em causa (resultados acerca das fontes de *stress* familiar para as GMA e ASHGM, e da percepção e avaliação de acontecimentos de vida como *stressantes* por parte das mesmas). Uma outra limitação, remete-nos para a fraca fidedignidade da escala F-COPES para o grupo de GMA.

Como propostas para investigações futuras, sugerimos: um estudo realizado com uma amostra de maior dimensão, e mais heterogénea quanto a variáveis sócio-demográficas e familiares; a replicação deste estudo mas em Portugal Continental, bem como um estudo comparativo posterior relativamente à realidade Continental e Insular (Açores e Madeira). Pensamos que também seria pertinente levar a cabo um estudo longitudinal – como forma de avaliar e analisar as possíveis evoluções ou regressões nos constructos analisados (percepção da qualidade de vida e *coping* familiares). Para além disso, seria interessante poder trabalhar com outras comunidades (nomeadamente, a cigana, e a cabo-verdiana) – que vêem a gravidez e a maternidade na adolescência como acontecimentos de vida esperados e desejados, valorizando, social e culturalmente, a sua ocorrência. Uma outra proposta é a de utilizar um outro instrumento de avaliação para analisar a percepção das estratégias de *coping* familiares das GMA (dada a limitação referente à análise da consistência interna do F-COPES). Julgamos ainda que poderia ser bastante frutífero passar às grávidas e mães adolescentes (e às ASHGM), bem como às suas famílias (comparando os dados posteriormente), o *Questionário de Forças Familiares* (Ana Melo & Madalena Alarcão, 2007), que avalia as forças e resiliências familiares – protocolo que está a ser aplicado pela equipa de investigação do projecto de Mestrado Integrado (área de pré-especialização em Sistémica, Saúde e Família) do ano lectivo de 2008/09. Para terminar, consideramos que seria igualmente interessante comparar os resultados das GMA e das ASHGM com os dos seus pais ou com os do seu agregado familiar (no caso das jovens viverem com o companheiro, ou com outros elementos que não os pais), no que concerne a percepção de utilização e activação dos recursos (estratégias de *coping*) e a percepção da qualidade de vida familiares.

Sugerimos ainda que no futuro se continuem a realizar estudos na área da gravidez e maternidade na adolescência, com enfoque familiar.

VI – Conclusões

A partir da revisão da literatura, destacam-se as seguintes conclusões:

- A gravidez / maternidade na adolescência é um fenómeno complexo e multissistémico.
- O grupo de grávidas / mães adolescentes é heterogéneo, dentro do qual é possível encontrar uma diversidade de percursos desenvolvimentais.
- Para além de uma dupla crise desenvolvimental (crise da adolescência e crise da gravidez/maternidade), ou de um acontecimento inesperado, a gravidez na adolescência pode ser uma oportunidade única de crescimento, promovendo ganhos desenvolvimentais ao mobilizar recursos internos e externos para dar resposta às exigências desenvolvimentais, sendo que muitas jovens podem ver a sua gravidez enquanto um acontecimento de vida esperado.
- Uma das possíveis leituras para a gravidez / maternidade na adolescência é: “comunicação sintoma” do disfuncionamento familiar.
- São patentes as limitações teóricas e empíricas relativamente à abordagem familiar do *stress*, *coping* e qualidade de vida no contexto da gravidez e maternidade na adolescência.
- Nos casos em que é percebida como um acontecimento indutor de *stress*, a gravidez na adolescência parece afectar todo o sistema familiar.
- A definição e o significado que a família atribui à situação indutora de *stress* são tidos como parte do “comportamento de coping familiar”.
- O estilo de *coping* utilizado para lidar com o *stress* da transição da adolescência para a maternidade resultará de uma combinação entre o *coping* que a jovem apresenta para lidar com a gravidez e o *coping* da jovem face à adolescência, apresentando cada adolescente diferentes estratégias.
- O *coping* das adolescentes grávidas / mães não se correlaciona com o *coping* familiar, sendo que o *coping* das jovens não reflecte o *coping* familiar.
- Os resultados sugeridos na literatura não são consensuais quando se trata de avaliar quais as estratégias de *coping* maioritariamente utilizadas pelas adolescentes grávidas / mães, sugerindo duas visões possíveis e

antagónicas: a grávida / mãe adolescente apresenta um *locus* de controlo externo, tendendo a utilizar estratégias de *coping* passivas / optimistas / focadas nas emoções; ou, apresenta um *locus* de controlo interno e utiliza estratégias de *coping* activas / focadas no problema.

- O suporte social surge como um importante factor protector do *stress*, relacionando-se positivamente com a adaptação e ajustamento da adolescente no que concerne às exigências e tarefas da adolescência, bem como da gravidez e maternidade; aumentando o recurso a estratégias de *coping* activas, e a avaliação das situações como sendo mais controláveis; associando-se também, de forma positiva, à percepção de satisfação / qualidade de vida em grávidas / mães adolescentes.

- A adolescente grávida / mãe parece apresentar um maior isolamento face ao grupo de pares e uma menor proximidade emocional dos amigos (factores que podem afectar negativamente o seu bem-estar emocional), percebendo um menor suporte emocional por parte do seu progenitor; apresentando, por sua vez, uma maior proximidade emocional face ao companheiro (associado, ora a maiores níveis de bem-estar geral da jovem, ora a maior *stress* parental).

- Parece existir uma relação estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e a qualidade de vida familiar; bem como entre o *coping* e a qualidade de vida / satisfação familiar.

- Quando comparadas com adolescentes sem história de gravidez ou maternidade, as grávidas adolescentes parecem ter uma percepção da satisfação familiar semelhante (igualmente baixa).

- Para as grávidas adolescentes, a percepção de maior satisfação com a vida está associada ao facto da jovem residir numa zona rural, pertencer a uma estrutura familiar nuclear intacta, perceber menor rejeição por parte da mãe, estar mais satisfeita com o apoio recebido, e ter desejado a gravidez.

- Para as adolescentes sem história de gravidez, a percepção de maior satisfação relaciona-se positivamente com o maior suporte emocional do pai e mãe, a menor rejeição por parte da mãe, e a maior satisfação com o apoio dado.

A partir dos resultados e da discussão, destacam-se as seguintes conclusões:

- As GMA apresentam uma percepção significativamente inferior da utilização e activação das estratégias de *coping* familiares para a escala total do F-COPES (quando comparadas com as ASHGM), e, nomeadamente, nas sub-escalas *procura de suporte social* e *reenquadramento*; parecendo perceber um maior uso de estratégias de *coping* passivas.

- Apresentam percepções semelhantes às das ASHGM quanto à utilização das estratégias de *coping*: *avaliação passiva*, *procura de suporte espiritual*, e *mobilização de apoio formal*.

- Encontramos diferenças altamente significativas quando comparamos o grupo de GMA com o grupo de ASHGM relativamente à percepção da qualidade de vida / satisfação familiar, sendo que as GMA apresentam uma percepção de satisfação muito inferior à das ASHGM para a

escala total do *Qualidade de Vida* – e, mais concretamente, para as dimensões: *amigos, lar, educação, bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade, família alargada, lazer, vida familiar, e mass media* – resultado que entra em colisão com os dados da literatura que afirma que os dois grupos apresentam percepções globais semelhantes (igualmente baixas).

- As GMA têm uma percepção de satisfação / qualidade de vida familiar semelhante à das ASHGM relativamente à *religião* e à *saúde*.

- Tal como refere a literatura, os resultados do nosso estudo sugerem que existe, para o grupo das ASHGM, uma correlação significativa positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida; sendo que o mesmo não acontece para o grupo das GMA – o que nos leva a concluir que o facto das GMA percepcionarem uma maior utilização das estratégias de *coping* familiar, não se associará a uma maior percepção de satisfação familiar.

- O nosso estudo indicou-nos, ainda, que podemos apontar como factores protectores relativamente às estratégias de *coping*: residir numa zona predominante ou medianamente urbana e, ao mesmo tempo, ter uma profissão (interacção entre as variáveis); situar-se na etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes” isoladamente – resultado não esperado e muito interessante – ou, em consonância com o facto de possuir habilitações literárias médias (interacção entre as duas variáveis).

- Por fim, e no que concerne à qualidade de vida, os resultados do nosso estudo permitiram-nos assinalar como factores protectores: pertencer a um agregado constituído por “outras composições familiares” – resultado inesperado –, ser estudante e pertencer a um nível sócio-económico médio (o papel mediador desta última variável só pode ser “lido” para as ASHGM, devido a constrangimentos de ordem amostral).

Bibliografia

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, F. (1996). *Atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes: Estudo exploratório de influências sociais e familiares*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Almeida, J. M. R. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amorim, M. I. L., & Coelho, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. *Psiquiatria Clínica*, 20, 3, 235-241.
- Anda, D.; Darroch, P.; Davidson, M.; Gilly, J.; Javidi, M.; Jefford, S.; Komorowski, R., & Morejon-Schrobsdorf, A. (1992). Stress and Coping among Pregnant Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7, 1, 94-109. www.jar.sagepub.com/cgi/content/refs/7/1/94 (2008).
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos e processo*. Lisboa: Climepsi.
- Barnes, L. H., & Olson, D. H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 56, 438-447.
- Batista, S. B. F. (2008). *Estratégias de coping e qualidade de vida na adolescência: um estudo exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Bramston, P., Chipuer, H., & Pretty, G. (2005). Conceptual principles of Quality of Life: an empirical exploration. *Journal of Intellectual Disability*

Research, 49, 728-733.

Cabié, M. C. (1999). Adolescência e ciclo vital familiar existencial. In C. Gammer & M. C. Cabié (1999). *Adolescência e crise familiar* (pp.15-29). Lisboa: Climepsi.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (2). 16-21.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14, 2, 85-91.

Carvalho, A. C., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez. Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá (Ed.). *A maternidade e o bebé* (pp. 45-68). Lisboa: Fim de Século.

Carvalho, P. S. (2006). *Gravidez e risco psicopatológico*. Tese de mestrado não publicada, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Culp, A. M., Culp, R. E., Noland, D., & Anderson, J. W. (2005). Stress, marital satisfaction, and child care provision by mothers of adolescent mothers: Considerations to make when providing services. *Children and Youth Services Review*, 28, 6, 673-681. linkinghub.elsevier.com (2008).

Cummins, F. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change*, 17, 3, 196-207.

Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise: la quête d'identité*. Paris: Flammarion.

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias 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., Costa, R., & Margarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 1, 97-125.

Flemming, M. (1993). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Afrontamento.

Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The Seven Principles for Making Marriages Work*. New York: Three Rivers Press (Random House, Inc.). www.fcs.utah.edu/~herrin/sevenprin. (2008).

Guttman, J., & Lazar, A. (2004). Criteria for marital satisfaction: does having a child make a difference?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 3, 147-156 (10). www.ingentaconnect.com. (2008).

Harvey, M., & Byrd, M. (2000). Relationships between adolescents' attachment styles and family functioning. *Adolescence*, 35, 138, 345-356. ProQuest Psychology Journals.

Henry, C. S., Knaub, P. K., & Plunkett, S. W. (1999). Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence*, 34. <http://www.encyclopedia.com/doc/1G1-54657536.html> (2008).

Holahan, C. J., & Moss, R. H. (1986). Personality, coping and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 2, 389-395.

I. N. E. (1998). *Estatísticas demográficas – Classificação nacional das profissões*. Lisboa: I. N. E. (versão original de 1994).

I. N. E. (1998). *Tipologia de áreas urbanas*. Lisboa: I. N. E. e Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.

Irving, S. (1979). Reações ao stress da adolescência. In S. Irving (1979). *Enfermagem psiquiátrica básica* (pp. 98-118). Rio de Janeiro: Editora Interamericana.

Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28, 1, 59-165, 185. <http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/further> (2008).

Janeiro, C. (2007). *Relação entre hipertensão e qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo exploratório com uma amostra de serviços de saúde de Coimbra*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Jongenelen, I., & Soares, I. (1999). Abordagem transaccional e ecológica do risco de gravidez na adolescência. *Psiquiatria Clínica*, 20, 3, 219-233.

Kaye, D. K. (2008). Negotiating the transition from adolescence to motherhood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. www.pubmedcentral.nih.gov (2008).

Kirby, D. (2003). Risk and protective factors affecting teen pregnancy and effectiveness of programs designed to address them. In D. Romer (Ed.). *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach* (pp. 265-283). California: Sage Publications.

Lavee, Y., & Olson, D. H. (1991). Family types and response to stress. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 3, 786-798. ProQuest Psychology Journals.

Leal, I. P. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, X, 2, 229-234.

Lourenço, M. M. C. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: a adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.

Lourenço, O. M. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.

Lourenço, O. M. (1997). *Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, C. F. (2008). *F-COPES: Estudo de validação para a população portuguesa*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

McCubbin, M. A., (1995). The typology model of adjustment and adaptation: A family stress model. *Guidance & Counseling, 10*, 4, 31-37. In Academic Search Complete.

McCubbin, H. I., Olson, D., & Larsen, A. (1981). Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 455-507). Madison: University of Wisconsin System.

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In C. R. Figley, & H. I. McCubbin (Ed.). *Stress and the family* (pp. 5-25). New York: Brunner Mazel.

McCubbin, H. I.; Thompson, A. I.; & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 455-507). Madison: University of Wisconsin System.

Miller, B. (1998). *Families matter: A research synthesis of family influences on adolescent pregnancy*. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. <http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/further> (2008).

Morais, T. (2008). *Das Famílias Lançadoras ao Ninho Vazio – percepção dos pais do Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: um estudo exploratório*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Myors, K., Johnson, M., & Langdon, R. (2001). Coping Styles of Pregnant Adolescents. *Public Health Nursing, 18*, 1, 24-32(9). www.ingentaconnect.com/content/bsc/phn/2001 (2008).

Oliveira, C. (2006). *Desafios e contextos de influência na adaptação à maternidade – Um estudo longitudinal em população sem risco médico*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Pinto, & A. Silva (Ed.). *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.

Olson, D. H., & Barnes, H. L. (1982). Quality of Life. In D.H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.).

Family Inventories (pp. 55-67). St Paul: University of Minnesota.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1983). *Families: What makes them work*. London: Sage Publications.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1985). *Family Inventories. Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. St. Paul: University of Minnesota. (Trabalho original publicado 1982)

Pacheco, A. P., Costa, R. A., & 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.

Pais, J. M. (1999). Traços redondos (Mães Adolescentes). In *Traços e Riscos de Vida. Uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis* (pp. 31-91). Coimbra: Quarteto/Âmbar.

Paixão, R. (1991). *O conceito de homogeneidade e heterogeneidade nos grupos de iguais adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Pasley, K., Langfield, P. A., & Kreutzer, J. A. (1993). Predictors of stress in adolescents. An exploratory study of pregnant and of parenting females. *Journal of Adolescent Research*, 8, 3, 326-347.

Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização do SPSS. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, A. I. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Perren, S., Wyl, A., Burgin, D., Simoni, H., & Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, 44, 4, 441-459(19). www.ingentaconnect.com (2008).

Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F., & Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence*, 29. www.findarticles.com (2008).

Ravert, A. A., & Martin, J. (1997). Family stress, perception of pregnancy, and age of menarche among pregnant adolescents. *Adolescence*, 32. www.findarticles.com/p/articles (2008).

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento. (Trabalho original publicado 1996)

Relvas, A. P. (2005). Família e stress: das crises normativas às crises inesperadas. Como intervir numa perspectiva sistémica. In A. Pinto & A. Silva (Ed.). *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.

Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da

gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.

Rivera, L. E. (2006). Stresses do to pregnancy in adolescent and the cycle of depression and stress in the young family. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. www.aaets.org/article169.htm (2008).

Roque, O. (coord.) (2003). *Mamãs de palmo e meio: gravidez e maternidade na adolescência*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.

Sacco, W. P., & Macleod, V. A. (1990). Interpersonal responses of primary caregivers to pregnant adolescents differing on depression level. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 3, 265-270.

Salmela-Aro, K., Aunola, K., Saisto T., Halmesmäki E., & Nurmi, J. (2006). Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 5, 781-803. spr.sagepub.com/cgi/content/refs (2008).

Santos, S. R., & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37, 1, 15-23.

Serra, A. V.; Firmino, H.; Ramalheira, C.; & Canavarro, M. C. (1990). Relationship between Family Strenghts, Individual and Family Coping: A study of normal and disturbed populations. Comunicação apresentada no XX *Congrès Européen de Thérapie Comportamentale*, Paris, France.

Sgarbossa, D., & Ford-Gilboe, M. (2004). Mother's friendship quality, parental support, quality of life, and family health work in families led by adolescent mothers with preschool children. *Journal of Family Nursing*, 10, 2, 232-261. www.jar.sagepub.com (2008).

Silva, M. O. (1983). *Mães adolescentes*. Lisboa: Barca Nova.

Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de Vida: um estudo de validação*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Simões, M. (1994). *Investigação no Âmbito da Aferição Nacional do Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.

Stern, M., & Alvarez, A. (1992). Pregnant and parenting adolescents: a comparative analysis of coping response and psychosocial adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 7, 4, 469-493. www.jar.sagepub.com/cgi/content (2008).

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of Life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 707-717.

Vilaça, A. M. B. (2007). *Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Williams, J. C. (2004). Family stress, coping, communication, and adaptation in unintended adolescent pregnancy. *ETD collection for Houston Academy of Medicine-Texas Medical Center*. <http://digitalcommons.library.tmc.edu/dissertations> (2008).

Wu, L. L., & Martinson, B. B. (1993). Family structure and the risk of a premarital birth. *American Sociological Review*, 58, 210-232. <http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/further> (2008).

Anexos

Anexo 1: Pedido de colaboração para recolha da amostra e aplicação do protocolo de investigação

Exmº Sr. Director do
Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

Exmº Sr. Director, sou Psicóloga Clínica, e estou neste momento a desenvolver um projecto de investigação no âmbito da temática do Stress e Bem-Estar Familiares em Grávidas e Mães Adolescentes.

O referido projecto insere-se no Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, a decorrer na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Venho por este meio pedir a colaboração do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo – nomeadamente, às unidades de Saúde Materna e Saúde Infantil –, para a primeira fase da investigação do projecto acima descrito: a recolha de dados demográficos (Questionário Demográfico e Ficha de Dados Complementares) bem como a aplicação de dois questionários de auto-resposta («Qualidade de Vida: Formulário para Adolescentes» e «F-Copes: Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família»). Saliento que os dados recolhidos são somente para

efeitos estatísticos (investigação), sendo neste sentido respeitada a confidencialidade e o anonimato dos participantes (grávidas/ mães dos 12 aos 18 anos).

Mais informo que remeterei em Anexo a cópia dos protocolos anteriormente referidos.

Gostaria de salientar que o projecto em questão procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que nos diversos serviços lidam com as famílias.

Desde já agradeço a disponibilidade e atenção.

Angra do Heroísmo, 24 de Janeiro de 2008.

Com os melhores cumprimentos,

(Inês Oliveira)

Anexo 2: Resposta ao pedido de colaboração



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE ANGRA DO HEROÍSMO

08-02-14 09:17 000807

Exmo. Senhor
Inês Patrícia Pratas Silvano de Oliveira
Rua Nova, nº 25
Conceição

9700 – 132 ANGRA DO HEROÍSMO

Vossa Referência	Vossa Comunicação	Nossa Referência	C.A.	Angra do Heroísmo
Nº Procº	24 de Janeiro de 2008	Nº 48 Pasta	DIV/DIV/Inq.	2008-02-12

ASSUNTO: Recolha de dados

Em resposta à Vossa solicitação de colaboração no âmbito do seu projecto de investigação, temos a informar V. Ex.ª que o Conselho de Administração deste Centro de Saúde autorizou a recolha de dados que necessita para o seu projecto

Com os melhores cumprimentos.

O Conselho de Administração
A Vogal Enfermeira

Ana Margarida da Silva Matos

Ana Margarida da Silva Matos

/am