

Raquel Sofia Antunes Pires

PERCURSOS CONDUCENTES À MATERNIDADE ADOLESCENTE EM PORTUGAL

Tese de doutoramento em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e pela Doutora Anabela Araújo Pedrosa e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

PERCURSOS CONDUCENTES À MATERNIDADE ADOLESCENTE EM PORTUGAL:

Trajetórias individuais e processos explicativos do comportamento sexual e contraceptivo,
da decisão reprodutiva e do ajustamento socioemocional durante a gravidez

RAQUEL SOFIA ANTUNES PIRES

Tese de doutoramento em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica, orientada pela Professora
Doutora Maria Cristina Canavarro e pela Doutora Anabela Araújo Pedrosa e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Este trabalho foi apoiado por uma bolsa de doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/63949/2009).

"(...) if we are to serve the world's people and their families through our science, if we are to help develop successful policies and programmes through our scholarly efforts, then we must accept nothing less than the integrative temporal and relational model of the person and his/her ecology that is embodied in the developmental systems perspective that frames applied developmental science."

Lerner, Fisher, & Weinberg (2000, p. 27)

"(...) nothing is of greater value than a science that devotes its scholarship to improving the life chances of all people."

Lerner (2006, p. 14)

"Não se pode voltar atrás, não se pode deixar de crescer sempre, não se pode não aprender."

José Luís Peixoto

À imperfeição que aprendi a tolerar.

Ao carácter incompleto que aprendi a aceitar.

À imprevisibilidade e constante mudança que aprendi a apreciar.

À importância dos valores que não abandonei.

À certeza que tenho hoje de que estou, e estarei sempre,
em constante aprendizagem.

Agradecimentos

Findo o percurso que me conduziu à elaboração deste trabalho – se é que o mesmo alguma vez poderá ser considerado concluído – espero conseguir, em curtas palavras, agradecer a todos aqueles que contribuíram para que este desafio se tenha traduzido numa inigualável oportunidade de crescimento e aprendizagem pessoal e profissional.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pela orientação científica deste trabalho, pelas aprendizagens e pelo desenvolvimento de competências que me proporcionou ao longo deste percurso. Pela confiança e pela autonomia. Pela oportunidade de ter conjugado, ao longo destes anos, duas áreas que me são tão caras: a investigação e a prática clínica. O percurso que me propôs dita, inquestionavelmente, o meu futuro.

À Doutora Anabela Araújo Pedrosa, pela partilha da orientação científica deste trabalho e por toda a disponibilidade, apoio e reconhecimento proporcionados. Pelo enriquecimento que garantiu à minha formação clínica. Pela proximidade que fomos construindo ao longo destes anos.

Ao Doutor Duarte Vilar e à Dr.^a Lisa Vicente, pela confiança, incentivos e reconhecimento constantes. Pelo interesse que depositaram neste trabalho, pelo apoio que concederam à sua realização e pelo entusiasmo que demonstram face à utilidade dos seus resultados.

À Dr.^a Teresa Bombas, pelo interesse e apoio proporcionados em várias fases da execução desta investigação. A sua dedicação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres portuguesas e a sua sensibilidade clínica no que respeita ao impacto que as questões psicológicas podem ter no bem-estar individual e no funcionamento dos serviços de saúde é louvável e merece ser enaltecida.

A todos os profissionais que colaboraram na recolha de amostra, sem a generosidade e empenho dos quais este trabalho não teria sido concretizável. Aqui lhes deixo o meu mais sincero reconhecimento.

A todos os serviços de saúde e educação que viabilizaram a realização desta investigação.

A todas as adolescentes que participaram nesta investigação e sem a disponibilidade das quais não teria sido possível produzir o corpo de conhecimento que aqui se apresenta. Espero ter conseguido refletir a utilidade da sua generosidade na aplicabilidade prática que procurei dar a cada objetivo deste trabalho.

À Joana, por ser o par que tardou em chegar. Pelo que já eramos antes disso. Pelas nossas diferenças e semelhanças. Pela cumplicidade dos nossos olhos. Pelo companheirismo, ajuda e partilha. Por tudo o que não se escreve, mas que fez, e faz, toda a diferença.

À Bárbara, pela generosidade que não tem fim. Porque sem ela este percurso nunca teria tido o mesmo gosto, nem a mesma qualidade. Pelas ajudas infundáveis, pelas discussões verdadeiramente

enriquecedoras. Pelas conversas das grandes viagens, pelos olhares e silêncios que falam por si. Por ser das pessoas mais genuínas e altruístas que alguma vez conheci. Pelo quanto me honra a sua amizade.

À Ana, companheira desta viagem nos bons e maus momentos. Pelo olhar atento, disponibilidade e palavras tão certas quando mais elas foram precisas. Pela tranquilidade e confiança que transmite. Pela simplicidade com que consegue olhar a vida e contagiar os nossos estados de espírito. Obrigada por tudo.

À Cláudia, à Maryse, à Neuza e à Sara, por animarem muitos dos nossos momentos de trabalho, mas, mais do que isso, por tão facilmente terem integrado outro contexto da minha vida, mais simples e próximo. Apesar de mais escassos do que gostaria, foram momentos de pura simplicidade e partilha, que em tudo merecem ser recordados e repetidos.

Ao Carlos, pela empatia que sinto nos olhares e gargalhadas. Pelas lufadas de ar fresco que os tão esporádicos momentos de partilha trouxeram a este meu percurso.

A todos os restantes colegas da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde e da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos: a Ana Rita, a Alexandra, a Carla, a Helena, o João Pedro, o Marco, a Maria, a Mariana, a Paula, a Roberta, a Sofia, a Sónia, a Stephanie, a Susana, o Tiago e a Vânia. Pelas partilhas de conhecimento e experiências, pela disponibilidade e pelo rigor das revisões efetuadas a alguns dos produtos científicos que integram este trabalho. Pelo ambiente amistoso e bem-disposto com que partilhámos muitos momentos. À Mariana e à Sofia, em particular, pela preocupação e pelo cuidado que demonstraram após o meu primeiro confronto com o nível de exigência que me acompanharia ao longo destes anos.

Aos meus amigos Cláudia, Gonçalo, Joana, Maria João, Patrícia, Vasco, Catarina e Dora, pela compreensão da ausência e pela qualidade dos momentos que partilhamos. Pela presença constante que conseguem transmitir-me apesar dos meses que separam os nossos encontros. Pelo quão simples a vida parece nas horas em que nos cruzamos, pelo quanto rimos juntos.

À Bruna, ao João, à Mariana e à Vânia, pelas diferentes coisas que me transmitem, mas pelo igual valor que assumem na minha vida. Cada um de vós, de forma simultaneamente diferente e semelhante, continua a enriquecer-me a cada dia. À Bruna, pela vontade de estar perto, pela confiança, pela partilha e pelas ajudas nesta nova fase. Ao João, por ter começado este percurso comigo, pelo caminho torto que me permitiu encontrar-me e pela compreensão da ausência e partilha das nossas vidas. À Mariana, pela preocupação, atenção, apoio e empatia; foi tão bom descobrir-te; mantém-te perto. À Vânia, por ter sonhado comigo e ter sido a minha companhia nas transições mais difíceis; por continuares lá. Aos quatro, pela *amizade*, no seu sentido puro.

À Marta, pela força do que nos une a quilómetros de distância. Pela admiração, confiança e partilha. Por me ajudares a encontrar-me sempre que preciso. Por sonhares comigo, hoje mais ainda.

Àqueles que comigo um dia partilharam um sonho inesquecível e com quem mantenho laços de absurda força e permanência, independentemente da proximidade que a vida nos permite: os meus antigos. Porque convosco a minha vida estará sempre cheia de luz e simplicidade.

À Mariana, à Ana Luísa e à Sara, por me terem recordado, talvez sem o saberem, os valores de que não queria perder-me. Pelo nosso recente balanço dos 10 anos. Às grandes mulheres que são. A todos os balanços que se seguirão.

Aos meus pais e ao meu irmão, por serem, mais do que imaginam, a minha base de sustentação e o motor da minha luta. Aos valores que partilhamos e que me dão vida. A tudo o que me ensinaram, à forma como me deram a conhecer a vida e como me prepararam para ela.

Ao meu avô, a quem perdi durante este processo. Desculpa se não pude estar como devia no final. Tacia. Tenho fé na tua compreensão. Recordo sempre o teu orgulho e admiração. O baloiço. Não morrerás, nunca.

Ao Vladimiro, por ser luz, tranquilidade e esperança, exemplo de dedicação e fonte de orgulho. Por ter mudado tanto, tendo mudado tão pouco. Pelo que temos. Pelo que queremos. Pelo que somos capazes juntos.

Índice

Índice de quadros	19
Índice de figuras	21
Abreviaturas e siglas	25
Resumo	27
Abstract	29
Nota Introdutória	31
Capítulo 1 Enquadramento teórico	35
Gravidez na adolescência: Definição e dados epidemiológicos	37
Os desafios individuais e sociais decorrentes da gravidez na adolescência	42
As exigências da transição para a maternidade na adolescência	43
O impacto individual e social da maternidade adolescente	45
As necessidades atuais ao nível da prevenção e da intervenção	46
Prioridades de investigação	50
O papel da adolescente e a influência do seu meio no(s) percurso(s) que a pode(m) conduzir à maternidade	51
Tomadas de decisão e comportamentos na origem da gravidez e da maternidade adolescente	52
A (In)adaptação da jovem durante a gravidez: O conceito de ajustamento socioemocional	55
O contributo do modelo bioecológico	56
Percurso(s) conducentes à maternidade adolescente: Resultados e lacunas da investigação	59
As trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente	61
Fatores e processos explicativos do comportamento sexual e contraceptivo, decisão reprodutiva e ajustamento socioemocional durante a gravidez	65
Capítulo 2 Objetivos e metodologia da investigação	75
Objetivos	77
Opções metodológicas	79
Desenho da investigação	79
Participantes e procedimentos de recolha da amostra	79
Métodos de recolha de informação	82
Cumprimento da legislação e respeito pelos princípios éticos	87

Análises estatísticas	91
Capítulo 3 Estudos empíricos	95
Estudo Empírico I Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa	97
Estudo Empírico II Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação?	121
Estudo Empírico III Preventing adolescent pregnancy: Biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse	135
Estudo Empírico IV Why do female adolescents who engage in sexual intercourse earlier display less effectiveness in preventing pregnancy? The mediating role of education and partners' age difference	163
Estudo Empírico V Risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents: A decision-tree approach to assist healthcare providers	183
Estudo Empírico VI Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa	209
Estudo Empírico VII Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support	239
Capítulo 4 Síntese e discussão dos resultados	265
Síntese e discussão integrada dos principais resultados	267
A variabilidade das trajetórias que conduzem as adolescentes à gravidez: Que implicações?	270
A despenalização da IVG: Que oportunidades e que relevância para as adolescentes que engravidam?	276
A transversalidade e especificidade do contributo de fatores de diversos níveis de influência para as decisões e comportamentos analisados	278
Os diferentes níveis de ajustamento socioemocional que podem conduzir as jovens grávidas à maternidade: O papel da perceção individual e do apoio social	283
Contributos da investigação	284
Limitações e pontos fortes	284
Implicações para estudos futuros	287
Implicações para as políticas e práticas de saúde	290
Referências bibliográficas	299
Anexo	333

Índice de quadros

Capítulo 2 | Objetivos e metodologia da investigação

Quadro 1 Objetivos gerais e específicos da investigação e estudos empíricos a eles subordinados	78
Quadro 2 Grupos cuja dimensão define o tamanho da amostra: Dimensões mínimas e dimensões alcançadas em cada uma das regiões do país (NUTS II, 2002)	81
Quadro 3 Métodos de recolha selecionados e natureza da informação avaliada (estudos empíricos)	83

Capítulo 3 | Estudos empíricos

Estudo Empírico I

Quadro 1 Caracterização da amostra em estudo: Variáveis sociodemográficas e clínicas	106
Quadro 2 Características dos parceiros e da relação em que ocorreu a gravidez, por trajetória identificada	110
Quadro 3 Distribuição das trajetórias relacionais e reprodutivas, por região	111

Estudo Empírico II

Quadro 1 Contexto reprodutivo de ocorrência da gravidez	128
Quadro 2 Distribuição das trajetórias associadas ao prosseguimento da gravidez, por região	130

Estudo Empírico III

Table 1 Hierarchical regression models predicting age at first sexual intercourse: Main and interaction effects	150
--	-----

Estudo Empírico IV

Table 1 Descriptive statistics for all variables in study: Total sample, adolescents who had had one sexual partner, and adolescents who had had multiple sexual partners	173
Table 2 Pearson's correlations for all variables in study: Adolescents who had had one sexual partner and adolescents who had had multiple sexual partners	174

Estudo Empírico V

Table 1 Sociodemographic, familial, reproductive, and relationship characteristics of the sample: Descriptive statistics and group comparisons	194
---	-----

Estudo Empírico VI

Quadro 1 Estatísticas descritivas e comparação entre grupos	226
Quadro 2 Regressão logística: Efeitos principais e moderados de variáveis individuais, sociais e ambientais na decisão reprodutiva na adolescência	227

Estudo Empírico VII

Table 1 Demographic and pregnancy-related characteristics of the study sample	248
Table 2 Descriptive statistics and Pearson's correlations for all study variables	251
Table 3 Regression results for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through depressive symptoms, and conditional indirect effects at different values of support from the mother	254
Table 4 Regression results for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through depressive symptoms, and conditional indirect effects at different values of support from the partner	255

Anexo

Quadro 1 Instituições onde decorreu a recolha de amostra, por região (NUTS II, 2002) e grupo alvo da recolha	335
---	-----

Índice de figuras

Capítulo 1 | Enquadramento teórico

- Figura 1** | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos), por 100 nados-vivos: Dados relativos ao ano de 2011, para todos os estados membros da União Europeia (Eurostat, 2014). 40
- Figura 2** | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos), por 100 nados-vivos: Dados referentes ao período compreendido entre 2000 e 2012, para Portugal (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013). As linhas a tracejado pretendem ilustrar as variações globais observadas entre 2000 e 2006 e entre 2006 e 2012, cujos respetivos valores percentuais se encontram à direita do gráfico. 41
- Figura 3** | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos): Dados referentes ao período compreendido entre 2000 e 2012, para todas as regiões portuguesas (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013). 41
- Figura 4** | Gravidez na adolescência: Convergência de fases desenvolvimentais distintas. 43
- Figura 5** | Conceptualização da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico. As setas a cheio representam as trajetórias que podem conduzir as jovens à maternidade; as setas a tracejado representam as oportunidades de prevenção associadas aos vários pontos de viragem dessas trajetórias. 54
- Figura 6** | Representação esquemática do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998). 58

Capítulo 3 | Estudos empíricos

Estudo Empírico I

- Figura 1** | Trajetórias relacionais e reprodutivas na origem da gravidez na adolescência. 108

Estudo Empírico II

- Figura 1** | Processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento da gravidez. 129

Estudo Empírico III

- Figure 1** | Hypothesized ecological model of the contributions of biological, social, cultural, and political variables to the age at first sexual intercourse. 145
- Figure 2** | The moderating effect of ethnicity on the association between school dropout and age at first sexual intercourse. 151

Figure 3 | The moderating effect of place of residence on the association between abortion legalization and age at first sexual intercourse. 151

Estudo Empírico IV

Figure 1 | Study sample selection. 170

Figure 2 | Unstandardized coefficients for the mediation model for the association between age at first sexual intercourse (AFSI) and the effectiveness in preventing pregnancy (DV) among adolescents who had had one sexual partner, while controlling for partners' age difference, females' age, ethnicity, place of residence, religious beliefs, and school dropout status before first sexual intercourse. The values inside parentheses represent the direct effects of AFSI on the DV after controlling for the mediator. 174

Figure 3 | Unstandardized coefficients for the mediation model for the association between age at first sexual intercourse (AFSI) and the effectiveness in preventing pregnancy (DV) among adolescents who had had multiple sexual partners, while controlling for females' age, place of residence, religious beliefs, and school dropout status before first sexual intercourse. The values inside parentheses represent the direct effects of AFSI on the DV after controlling for the mediators. 175

Estudo Empírico V

Figure 1 | Study sample selection. 191

Figure 2 | Decision-tree model predicting the effectiveness in preventing pregnancy ($N = 856$). 196

Figure 3 | Risk assessment for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents: A proposed sheet. 200

Estudo Empírico VI

Figura 1 | Modelo ecológico proposto para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. As setas a cheio representam as hipóteses relativas aos efeitos principais dos fatores individuais, sociais e ambientais. As setas a ponteadas representam as hipóteses relativas aos efeitos moderados, resultantes da interação entre fatores individuais e entre fatores sociais e ambientais; as setas a tracejadas representam os respetivos papéis moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão sobre o efeito da idade e o papel moderador da afiliação religiosa sobre o efeito da religiosidade do local de residência. 219

Figura 2 | Processo de seleção das participantes. Os dados recolhidos em consultas de obstetrícia disseram respeito a adolescentes grávidas. Os dados recolhidos em consultas de aconselhamento reprodutivo disseram respeito a adolescentes que interromperam a

gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril. 222

Estudo Empírico VII

Figure 1 | Proposed conceptual scheme of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life: Moderated mediation model. 247

Figure 2 | Unstandardized coefficients for the mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, and pregnancy intention. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms. 252

Figure 3 | Unstandardized coefficients for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, pregnancy intention, and support from the partner; moderator: support from the mother. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms and for the proposed interaction effects. 253

Figure 4 | Unstandardized coefficients for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, pregnancy intention, and support from the mother; moderator: support from the partner. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms and for the proposed interaction effects. 253

Abreviaturas e siglas

AG	Adolescentes grávidas
AIVG	Adolescentes que interromperam voluntariamente a gravidez
APF	Associação para o Planeamento da Família
AR	Assembleia da República
ASHG	Adolescentes sem história de gravidez
CA	Committee on Adolescence
DGS	Direção-Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IVG	Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, quando realizada nas 10 primeiras semanas de gravidez
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível II
OMS	Organização Mundial de Saúde
QdV	Qualidade de vida
RA	Região Autónoma
UE	União Europeia
UNFPA	United Nations Population Fund

Resumo

Introdução: A maternidade adolescente continua a ser uma preocupação incontornável em diversos países desenvolvidos. Em função da diversidade e potencial magnitude das suas consequências, a fundamentação de políticas e práticas de saúde destinadas à sua prevenção e à minimização do seu impacto, bem como a adequação destas às necessidades de cada realidade sociocultural, têm sido amplamente recomendadas, quer nacional quer internacionalmente. Ancorada numa perspetiva desenvolvimental e ecológica, a presente investigação centrou-se nos percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal, procurando: 1) conhecer as trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente nas diferentes regiões do país e 2) identificar fatores e processos explicativos dos comportamentos sexuais e contraceptivos de risco para a ocorrência da gravidez, da decisão reprodutiva das jovens que engravidam e do seu ajustamento socioemocional durante a gravidez.

Metodologia: A presente investigação é de natureza transversal. Recolhemos dados de 483 adolescentes (< 20 anos) grávidas, 177 que optaram pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) e 883 sem história de gravidez, em 81 serviços de saúde e educação de todo o país. Para além de informações sociodemográficas e sobre outras áreas de vida (e.g., escolaridade/profissão, família, relações interpessoais, história sexual e reprodutiva), foram avaliados os processos de tomada de decisão relativos à gravidez/IVG, o impacto percebido da gravidez, a satisfação com o apoio social recebido e a sintomatologia depressiva e qualidade de vida experienciadas.

Resultados: A nível nacional, as adolescentes engravidaram de forma mais frequente numa relação de namoro (duração média: 20 meses) com o primeiro parceiro sexual (em média 4 anos mais velho, fora do sistema de ensino e empregado), sem terem planeado a gravidez, utilizando contraceção e tendo identificado a falha na sua utilização. A nível regional, outras decisões/comportamentos foram igualmente prevalentes: a não-utilização de contraceção (Centro e Madeira), a utilização de contraceção sem identificação da falha que esteve na origem da gravidez (Madeira) e o planeamento da gravidez (Açores e Alentejo). A maioria das jovens que prosseguiram uma gravidez não planeada contactou com os serviços de saúde após as 10 semanas de gravidez (i.e., sem enquadramento legal para IVG). Entre as que tiveram essa oportunidade, apenas uma minoria ponderou realizar uma IVG. Algumas variáveis relacionadas com o sistema familiar (i.e., estrutura familiar e/ou história materna de gravidez adolescente), religioso (i.e., afiliação/envolvimento com uma religião) e escolar (i.e., situação escolar/habilitações literárias), bem como com as áreas de residência das jovens (i.e., urbana vs. rural), contribuíram para todas as decisões/comportamentos analisados. No entanto, o risco para cada um deles variou em função de

diferentes combinações de fatores e processos, refletindo o contributo de diversas outras variáveis (relativas ao desenvolvimento da jovem, à família, às relações interpessoais, à área de residência e às circunstâncias culturais e históricossociais) e a interdependência da sua ação. O ajustamento socioemocional das jovens que prosseguiram a gravidez variou de acordo com a perceção destas acerca do impacto da gravidez nas suas vidas, sendo o apoio social da mãe da jovem e do pai do bebé importantes fatores protetores.

Conclusões: Estes resultados reforçam a importância de evitar visões estereotipadas da maternidade adolescente e, em alternativa, investir em políticas de saúde abrangentes, diversificadas e sensíveis às especificidades de cada região. Em primeiro lugar, afigura-se a necessidade de investir na prevenção de diferentes decisões/comportamentos sexuais e contraceptivos e de potenciar a inclusão da população masculina em maior risco de estar envolvida nesta problemática nas ações delineadas. Fica também evidente a importância de fomentar a qualidade da decisão reprodutiva das jovens que engravidam (e.g., através da sensibilização para o despiste precoce da gravidez e da promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adequada acerca das alternativas existentes nos serviços especializados). Estes esforços deverão ser acompanhados de outros, mais vastos e continuados, que visem modificar fatores e processos de risco distais para a maternidade adolescente; será necessário atender não só aos fatores que contribuem para todas as decisões/comportamentos que podem estar na origem da maternidade, como também àqueles que assumem papéis de destaque em cada um deles e aos diferentes padrões de risco que poderão conduzir a um mesmo resultado. Por fim, sobressai a necessidade de identificar precocemente as jovens com perceções negativas acerca do impacto da gravidez, de forma a promover o seu ajustamento socioemocional; a promoção de um apoio satisfatório por parte do pai do bebé e/ou da mãe da jovem poderá ser essencial a este nível.

Abstract

Background: Adolescent motherhood remains a major concern in many developed countries. Given the diversity and potential magnitude of its consequences, it has been widely recommended, both nationally and internationally, that health policies and practices aiming to prevent this phenomenon and to minimize its impact are grounded in scientific evidence and suited to the needs of each sociocultural group. Based on a developmental and ecological perspective, this research focused on the pathways leading to adolescent motherhood in Portugal, with the aim of: 1) knowing the individual trajectories leading to adolescent motherhood in different regional areas, and 2) identifying factors and processes explaining sexual and contraceptive behaviors that increase the risk of pregnancy, the reproductive decision of the adolescents who become pregnant, and their socioemotional adjustment during pregnancy.

Methods: This research had a cross-sectional design. We collected data from 483 adolescents (< 20 years old) that were pregnant, 177 who opted for induced abortion, and 883 with no history of pregnancy, in 81 health and educational services throughout the country. In addition to sociodemographic data and information on other areas of life (e.g., education/occupation, family, interpersonal relationships, sexual and reproductive history), we assessed the decision-making processes related to pregnancy/abortion, the perceived impact of pregnancy, the satisfaction with social support, and depressive symptoms and quality of life during pregnancy.

Results: At the national level, most adolescents became pregnant while in a romantic relationship (average length: 20 months) with their first sexual partner (on average 4 years older than themselves, out of school, and employed), had not planned the pregnancy, used contraception, and identified the reason for contraceptive failure. At the regional level, other decisions/behaviors were equally prevalent: the non-use of contraception (Center and Madeira), the use of contraception without identifying the contraceptive failure that led to pregnancy (Madeira), and planning the pregnancy (Azores and Alentejo). Most adolescents who continued an unplanned pregnancy contacted healthcare services after the 10th week of pregnancy (i.e., outside the legal framework for induced abortion on women's demand). Among those within the legal framework for induced abortion, only a minority considered it. Some variables related to the family (i.e., family structure and/or maternal history of adolescent pregnancy), religion (i.e., religious affiliation/involvement) and school systems (i.e., school status/educational level), as well as place of residence (i.e., urban vs. rural), contributed to all decisions/behaviors analyzed. However, the risk to each decision/behavior varied according to different combinations of factors and processes, highlighting the contribution of several other variables (related to adolescents' development,

family, interpersonal relationships, place of residence, and cultural and historical-social contexts) and the interdependence of their action. The socioemotional adjustment of the adolescents who continued the pregnancy varied according to their perception of the impact of pregnancy, and the social support from the adolescent's mother and from the baby's father were important protective factors.

Conclusions: These results highlight the importance of avoiding stereotyped visions of adolescent motherhood and, alternatively, of investing in comprehensive and varied health policies that are sensitive to the needs of each regional area. First, it seems necessary to invest in the prevention of different sexual and contraceptive decisions/behaviors, enhancing the inclusion of the male population at greater risk of being involved on adolescent motherhood. Evident is also the importance of promoting the quality of the reproductive decisions of the adolescents who become pregnant (e.g., by raising awareness of early pregnancy diagnosis and promoting a guided and developmentally appropriate reflection about the available options in specialized services). These efforts should be accompanied by other, broader and ongoing, aiming to modify factors and processes of distal risk for adolescent motherhood; it is necessary to consider not only the factors that contribute to all decisions/behaviors that may lead to motherhood, but also those who have prominent roles in each of these decisions/behaviors and the different risk patterns that may lead to the same result. Finally, there is a clear need for the early identification of pregnant adolescents with negative perceptions of the impact of pregnancy in their lives, in order to promote their socioemotional adjustment; promoting a satisfactory support from the baby's father and/or the adolescent's mother may be essential at this level.

Nota introdutória

A prevalência da gravidez na adolescência (i.e., em mulheres com menos de 20 anos; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012a; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004a) permanece acima do desejável em diversos países desenvolvidos, tal como é o caso de Portugal (Eurostat, 2004; 2014).

Estas gestações têm merecido a atenção continuada da comunidade médica (OMS, 1975; 2004a; Silva, 1992), nomeadamente em função das condições socioeconómicas desfavoráveis e da tardia/desadequada adesão aos cuidados pré-natais que habitualmente as caracterizam, assim como do maior risco de parto pré-termo e de nascimento de bebés de baixo peso que lhes tem sido atribuído (Canavarro & Pereira, 2001; OMS, 2004a; Silva, 1992). No entanto, a diversidade e potencial magnitude das consequências da maternidade adolescente ultrapassam o domínio físico, interferindo com a esfera psicológica e social (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2000) e exigindo esforços multidisciplinares com vista à sua prevenção e à minimização do seu impacto.

O contributo da abordagem da Psicologia ganha particular relevo, a estes níveis, no âmbito do conhecimento dos processos decisoriais, comportamentais e de (in)adaptação inerentes à ocorrência deste fenómeno. No presente trabalho, abordamos os percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal, considerando tanto a etiologia da maternidade como a (in)adaptação das adolescentes durante o processo de transição para a mesma, focando-nos, a este nível, no período da gravidez. Atendendo a isto, apesar de constituírem tópicos revelantes do ponto de vista clínico e da investigação, as especificidades da (in)adaptação das jovens após o nascimento do bebé, as suas práticas educativas e o impacto desenvolvimental destes aspetos na díade mãe-filho e na família ultrapassam o âmbito desta investigação.

A abordagem desenvolvimental preconizada pela Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner & Galambos, 1998) constituiu a grelha de leitura conceptual e metodológica do nosso trabalho. Partindo da identificação de um conjunto de necessidades de ação com vista à prevenção da maternidade adolescente e à minimização do seu impacto negativo na realidade sociocultural portuguesa, procurámos delinear uma investigação que colmatasse algumas das lacunas existentes ao nível do conhecimento científico que pudesse fundamentar o planeamento e a implementação dessas ações. Para tal, procurámos contribuir para o conhecimento das trajetórias individuais que estão na origem da maternidade adolescente nas diferentes regiões do país, bem como para a identificação de fatores e processos explicativos de várias decisões e comportamentos que podem conduzir as jovens à maternidade e dos níveis de ajustamento socioemocional mediante os quais poderão vivenciar a gravidez. Para além desta grelha concetual "macro", apoiámo-nos no modelo bioecológico

(Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), com vista à compreensão do papel assumido pela adolescente e pelo seu meio em cada um dos níveis descritos.

A investigação que conduzimos é aqui apresentada sob a forma de sete estudos empíricos subordinados a objetivos específicos. Cinco destes estudos encontram-se publicados ou no prelo em revistas nacionais e internacionais com avaliação de pares (*Estudos Empíricos I, II, III, VI e VII*) e dois deles encontram-se submetidos para publicação (*Estudos Empíricos IV e V*).

A estrutura do presente trabalho comporta quatro capítulos. O **Capítulo 1 | Enquadramento teórico** constitui uma revisão da literatura sobre o tema em análise. Após algumas considerações gerais acerca da definição de gravidez na adolescência, da sua natureza biopsicossocial e dos dados epidemiológicos disponíveis, destacamos os desafios individuais e sociais decorrentes da transição para a maternidade na adolescência, dando particular destaque ao enquadramento desta problemática na realidade sociocultural portuguesa. De seguida, refletimos acerca do papel da adolescente e do seu meio nos percursos que a podem conduzir à maternidade, considerando tanto as tomadas de decisão e comportamentos que podem estar na origem da gravidez e, posteriormente, do seu prosseguimento, como a (in)adaptação da jovem durante esse período. Por fim, apresentamos os principais resultados da investigação sobre estes tópicos, salientando as lacunas do conhecimento atual que orientaram a definição dos objetivos da nossa investigação.

No **Capítulo 2 | Objetivos e metodologia da investigação** efetuamos a caracterização geral da investigação, expondo a forma como os sete estudos empíricos se articulam entre si. Para tal, sistematizamos os objetivos gerais e específicos da investigação, bem como as opções metodológicas inerentes à sua concretização (i.e., desenho do estudo, amostra, procedimentos e métodos de recolha da informação). Descrevemos ainda a forma como a legislação e os princípios éticos foram cumpridos nas diferentes fases do processo de investigação.

O **Capítulo 3 | Estudos empíricos** engloba os sete estudos empíricos levados a cabo. O **Estudo Empírico I**, Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa, pretendeu caracterizar as trajetórias individuais conducentes à gravidez em cada uma das regiões do país, nomeadamente examinando a existência de diferentes decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos conducentes à gravidez e averiguando as realidades interpessoais, sociodemográficas e motivacionais associadas a cada um deles.

O **Estudo Empírico II**, Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação?, além de contribuir para a caracterização das realidades relacionais e reprodutivas nas quais a gravidez ocorreu nas diferentes regiões do país, procurou identificar os intervenientes no planeamento da gravidez (i.e., a adolescente, o companheiro ou ambos), quando este se verificou. Procurou, igualmente, caracterizar o processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento de uma gravidez não planeada à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a

interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, quando realizada nas 10 primeiras semanas de gravidez (IVG), em cada uma dessas regiões.

O **Estudo Empírico III**, Preventing adolescent pregnancy: Biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse, teve como objetivos explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais (biológicos) e contextuais (sociais, culturais e políticos) para a idade de iniciação sexual.

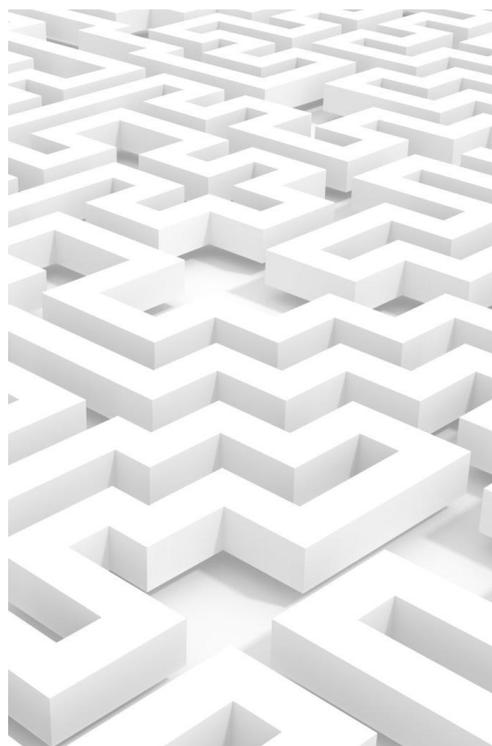
O **Estudo Empírico IV**, Why do female adolescents who engage in sexual intercourse earlier display less effectiveness in preventing pregnancy? The mediating role of education and partners' age difference, visou investigar o papel da idade de iniciação sexual na (in)eficácia do comportamento contraceutivo das jovens na prevenção de uma gravidez não planeada, averiguando se este poderia ser explicado pelas habilitações literárias alcançadas pelas jovens e/ou pela diferença de idades entre elas e os seus parceiros sexuais.

O **Estudo Empírico V**, Risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents: A decision-tree approach to assist healthcare providers, pretendeu identificar perfis de risco para a adoção de comportamentos contraceutivos ineficazes na prevenção de uma gravidez não planeada entre jovens sexualmente iniciadas, tendo por base as suas características sociodemográficas, familiares, relacionais e reprodutivas.

O **Estudo Empírico VI**, Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa, teve como objetivo explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais (desenvolvimentais e comportamentais) e contextuais (sociais, culturais e económicos) para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal.

Por fim, o **Estudo Empírico VII**, Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support, pretendeu investigar o papel da perceção da jovem sobre o impacto que a gravidez tem na sua vida nos níveis de sintomatologia depressiva e de qualidade de vida experienciados durante o prosseguimento da gravidez, avaliando ainda o efeito protetor do apoio social a estes níveis.

O **Capítulo 4 | Síntese e discussão dos resultados**, o último do presente trabalho, procura articular os principais contributos de cada estudo empírico para os propósitos gerais da investigação. Para além da síntese e da discussão integrada dos principais resultados alcançados, neste capítulo refletimos sobre as suas principais limitações, pontos fortes e implicações para estudos futuros. Terminamos este capítulo refletindo acerca das implicações da investigação para as políticas e práticas de saúde dirigidas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população adolescente.



Capítulo 1 |

Enquadramento teórico

Gravidez na adolescência: Definição e dados epidemiológicos

De acordo com a definição de adolescência da OMS (1975), por gravidez na adolescência entende-se toda a gravidez que ocorre numa mulher com menos de 20 anos de idade (DGS, 2012a; OMS, 2004a)¹.

Por ter lugar durante a fase do desenvolvimento em que a mulher evolui da emergência dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual e reprodutiva, há largas décadas que a gravidez na adolescência é considerada um importante desafio na área da saúde materno-fetal (OMS, 1975; Silva, 1992). Silva (1992) situa entre os anos 60 e 70 o início de uma marcada preocupação da comunidade médica com esta temática. A imaturidade óssea da bacia da futura mãe, a competição de nutrientes entre ela e o feto, a possível insuficiência placentária e o compromisso do potencial crescimento de ambos foram algumas das questões que, desde então, ocuparam a agenda dos especialistas a nível mundial (Silva, 1992; Treffers, Olukoya, Ferguson, & Liljestrand, 2001).

No entanto, em função da natureza psicológica, social e cultural do próprio desenvolvimento adolescente (Compas & Reeslund, 2009; Lerner & Steinberg, 2009; Williams et al., 2002), o investimento da comunidade científica na compreensão da etiologia, fisiologia, desfecho perinatal e consequências a médio e longo prazo da gravidez na adolescência rapidamente ultrapassou o âmbito médico, passando a assumir, a partir da década de 80, um carácter marcadamente multidisciplinar (Silva, 1992). Dessa mudança, e dos avanços conceptuais e metodológicos que a acompanharam, emergiu uma nova perspetiva sobre este fenómeno.

Em primeiro lugar, ao incorporar contributos de áreas tão diversas como a Medicina, a Epidemiologia, a Demografia, a Psicologia, a Sociologia e até a Economia, a investigação internacional tornou claro o contributo da abordagem biopsicossocial para a compreensão da gravidez na adolescência. À semelhança do que aconteceu relativamente a diversos outros aspetos do desenvolvimento adolescente (Lerner, Fisher, & Weinberg, 2000a; Williams et al., 2002), assistiu-se, então, a uma crescente consciencialização acerca das dimensões psicológica e social da gravidez na adolescência, bem como das influências recíprocas entre elas e a dimensão biológica (Dennis & Mollborn, 2013; Klein, 2005; Silva, 1992; Treffers et al., 2001).

Em segundo lugar, passando a controlar estas influências recíprocas, os novos desenhos metodológicos contrariaram muitos dos resultados obstétricos e neonatais negativos que durante

¹ Note-se que a definição de adolescência da OMS não pretende ser estanque nem desvalorizar a indiscutível variabilidade social, cultural e individual que caracteriza o processo de maturação típico da adolescência (Compas & Reeslund, 2009; Dinamond & Savin-Williams, 2009; Lerner & Steinberg, 2009; Williams, Holmbeck, & Greenley, 2002). Pelo contrário, reconhece a impossibilidade de estabelecer limites etários exatos para esta fase de desenvolvimento, estimando que as mudanças físicas, cognitivas, familiares, sociais e emocionais que a caracterizam ocorram aproximadamente entre os 10 e os 19 anos de idade, inclusive (OMS, 1975).

décadas foram atribuídos em exclusivo à idade jovem da mãe², esclarecendo as condições específicas sob as quais a gravidez na adolescência pode constituir uma situação de maior risco médico. As evidências recentes acerca da realidade dos países desenvolvidos apenas são consensuais quanto ao maior risco de parto pré-termo e de nascimento de bebés de baixo peso em grávidas adolescentes, quando comparadas com grávidas adultas (Bildircin et al., 2014; Derme, Leoncini, Vetrano, Carlomagno, & Aleandri, 2013; Leal, 2006; Leppälahti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2013; Santos, 1997; Silva, 1992; Treffers et al., 2001). Tal risco tem sido maioritariamente associado às condições socioeconómicas desfavoráveis e/ou à tardia/desadequada adesão aos cuidados pré-natais que habitualmente caracterizam o curso destas gestações (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Dennis & Mollborn, 2013; Klein, 2005; Leal, 2006; OMS, 2004a; Silva, 1992; Treffers et al., 2001); estas são, aliás, algumas das especificidades da população de grávidas adolescentes que colocam exigências adicionais ao nível da estruturação dos serviços de saúde e da atuação dos profissionais envolvidos nos cuidados à mesma (Araújo Pedrosa, 2009; Figueiredo & Pacheco, 2010; OMS, 2004a; Silva, 1992; Treffers et al., 2001). O consenso quanto à maior vulnerabilidade biológica das adolescentes para a ocorrência de partos pré-termo e de nascimentos de bebés de baixo peso restringe-se atualmente às situações em que a gravidez ocorre em jovens com reduzida idade ginecológica (i.e., menos de 2 anos decorridos entre a menarca e a gravidez), como é habitualmente o caso das adolescentes entre os 10 e os 15 anos de idade (Klein, 2005; OMS, 2004a; Treffers et al., 2001).

A monitorização epidemiológica da gravidez na adolescência por parte de entidades oficiais – tais como a Organização das Nações Unidas, a Comissão Europeia e a DGS – tem assumido um papel preponderante na compreensão da evolução mundial e nacional deste fenómeno. No entanto, a análise desses dados exige, antes de mais, o esclarecimento dos indicadores utilizados. Apesar da expectável divergência entre as taxas de gravidez (i.e., conceções) e de nascimentos (i.e., nados-vivos; OMS, 2004a), a maioria dos países dispõe apenas de dados relativos à segunda situação. Como tal, a monitorização epidemiológica da gravidez na adolescência tem passado essencialmente pela análise das taxas de nascimentos em mulheres adolescentes (e.g., DGS, 2012a; OMS, 2004a; United Nations Population Fund [UNFPA], 2013). Não obstante a existência de outros indicadores igualmente informativos, a proporção de nados-vivos em mulheres adolescentes por 100 nados-vivos tem sido um dos mais utilizados para este fim (DGS, 2012a; Ferreira, 2008). Em Portugal, desde 2008 – primeiro ano completo após a despenalização da IVG (Assembleia da República [AR], 2007a) –, a análise da evolução da prevalência da gravidez na adolescência passou a poder incluir informação sobre as taxas de IVG. No âmbito deste trabalho, parecem-nos

² Entre esses resultados encontravam-se, por exemplo, a maior incidência de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil, anemia, pré-eclâmpsia e malformações congénitas (ver Silva, 1992, Treffers et al., 2001 e OMS, 2004a para uma revisão mais alargada).

indicadores adequados para este fim a proporção de IVG em mulheres adolescentes por 100 IVG e a proporção de IVG em mulheres adolescentes por 100 gravidezes na mesma faixa etária.

Os dados oficiais têm dado conta de um decréscimo mundial ao nível dos nascimentos em mulheres adolescentes ao longo das últimas décadas (Eurostat, 2014; UNFPA, 2013). À semelhança do que tem acontecido na maioria dos países desenvolvidos, em Portugal, desde o final da década de 70, esse decréscimo tem sido constante e mais acelerado do que nas restantes faixas etárias. Em 1981, os nascimentos em adolescentes perfaziam 11,14% dos nascimentos ocorridos no país. Entre as duas décadas que separaram os censos de 1981 e 2001, estes nascimentos registaram uma variação de -59,40%, bastante superior à variação de -28,80% observada no total de nascimentos (DGS, 2005a, 2012a; Ferreira, 2008). Em 2012 – último ano relativamente ao qual estão disponíveis dados sobre o número de nados-vivos por idade da mãe – a taxa de nascimentos em adolescentes situou-se nos 3,67%, aproximadamente um terço da taxa verificada em 1981 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2010, 2013; PORDATA, 2013).

Estes resultados positivos não foram certamente alheios, numa primeira fase, às mudanças legais e práticas que permitiram o controlo da fertilidade e que consagraram o acesso universal à educação³. Tais mudanças tiveram efeitos sociais notórios, nomeadamente ao nível do lugar da mulher e dos jovens na sociedade, contribuindo para o crescente investimento da população feminina em projetos de vida escolarizados e profissionalizantes e para o adiamento da maternidade para idades mais avançadas (Alves, 2006; Canavarro, 2001a; Ferreira, 2008; Machado, Alves, & Couceiro, 2011; Vilar, 2003). Num segundo momento, estes resultados terão decorrido também dos esforços progressivos que visaram concretizar e facilitar o acesso da população adolescente a um planeamento familiar e a uma educação sexual desenvolvimentalmente adequados às suas necessidades (DGS, 2002; Matos, 2010; Vilar, 2003)⁴. Os mesmos resultados positivos não parecem, no entanto, relacionar-se com a despenalização da IVG: considerando como ponto de corte o primeiro ano completo de realização deste procedimento em estabelecimentos de saúde oficiais e oficialmente reconhecidos, não se verifica uma descida substancial na taxa de nascimentos em mulheres adolescentes. Pelo contrário, o decréscimo anual médio dessa taxa nos anos após a despenalização da IVG foi ligeiramente inferior ao que havia

³ Entre as mudanças mais relevantes encontram-se: 1) a comercialização dos contraceptivos orais, 2) o Despacho do então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Albino Aroso, que a 16 de março de 1976 introduziu as consultas de planeamento familiar na valência de saúde materna dos centros de saúde portugueses, 3) a Lei n.º 3/84, de 24 de março, que assegurou o direito à educação sexual, ao acesso gratuito ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos (AR, 1984), 4) a Lei n.º 46/86, de 14 de outubro, que estabeleceu a universalidade e a obrigatoriedade do ensino básico, com a duração de 9 anos (AR, 1986), e o Decreto-lei n.º 35/90, de 25 de janeiro, que assegurou a gratuidade do mesmo (AR, 1990).

⁴ Refiram-se algumas das medidas mais importantes: 1) a Lei n.º 3/84, de 24 de março, que implicitamente revogou a normativa que desde 1981 impedia que os menores de 18 anos tivessem acesso às consultas de planeamento familiar sem autorização expressa dos pais (AR, 1984), 2) a Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, e o Decreto-lei n.º 259/2000, de 17 de outubro, que estabeleceram e regulamentaram a promoção da educação sexual dos jovens em meio escolar e a especial atenção que deve ser dada à população adolescente ao nível do acesso ao planeamento familiar nas instituições de saúde (AR, 1999b; 2000), 3) a Lei n.º 12/2001, de 29 de maio, que visou reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência, através da disponibilização gratuita de contraceção de emergência e de formação específica sobre a sua ação na prevenção da gravidez (AR, 2001a), e 4) o Despacho n.º 25 995/2005, de 16 de dezembro, a Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, e a Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, que estabeleceram e regulamentaram a obrigatoriedade e o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar (AR, 2005, 2009b, 2010).

sido antes dessa alteração legislativa (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013). Desde 2009, verificou-se ainda um decréscimo consistente da proporção de IVG em mulheres adolescentes por 100 IVG, que passou de 12,44% em 2009 para 10,81% em 2013 (DGS, 2012b, 2013b, 2013c, 2014).

Não obstante o cenário positivo que acabámos de traçar, o nosso país permanece entre os estados membros da União Europeia (UE) onde a gravidez na adolescência é mais frequente. Até 2003, Portugal foi, aliás, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004). No ano de 2011 – último ano relativamente ao qual estão disponíveis dados de todos os estados membros – a posição relativa do nosso país foi bastante mais favorável (Eurostat, 2014). No entanto, essa posição não reflete uma melhoria efetiva ao nível da taxa de nascimentos em mulheres adolescentes, i.e., uma melhoria superior à verificada nos restantes países. Como é possível observar na Figura 1, à exceção da Eslovénia, do Chipre, da República Checa e da Croácia, todos os países que aderiram à UE entre 2004 e 2013 apresentam taxas de nascimentos em mulheres adolescentes superiores à observada em Portugal. Considerando apenas os 15 estados membros no ano de 2003, a posição relativa do nosso país manteve-se, na verdade, inalterada. Mesmo depois da entrada dos novos países, e do conseqüente aumento da taxa média de nascimentos em adolescentes de 2,39% para 3,67% no seio da UE, em 2011 Portugal permanecia acima dessa média, com uma taxa de 3,78%.

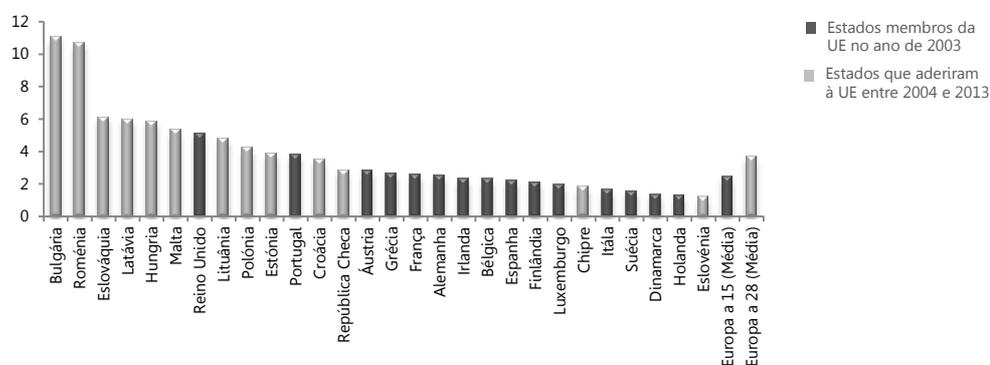


Figura 1 | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos), por 100 nascimentos: Dados relativos ao ano de 2011, para todos os estados membros da União Europeia (Eurostat, 2014).

Também a evolução da prevalência da gravidez na adolescência em Portugal desde o início do século XXI merece algumas reflexões. Em primeiro lugar, entre 2006 e 2012, assistimos a uma diminuição menos consistente e globalmente mais desacelerada da taxa de nascimentos em mulheres adolescentes do que aquela verificada entre 2000 e 2006 (cf. Figura 2). Estes dados fazem antever a possibilidade de progressos menos significativos no futuro e, conseqüentemente, de dificuldades adicionais ao nível da prevenção da gravidez na adolescência com vista ao alcance da meta de 2,6% estabelecida no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012a; INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013).

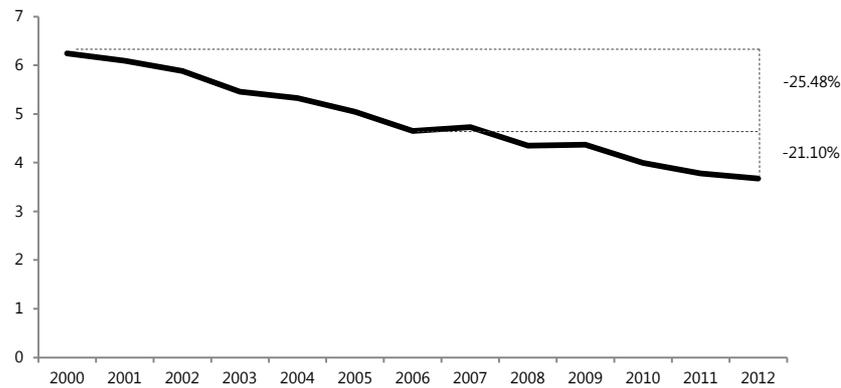


Figura 2 | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos), por 100 nados-vivos: Dados referentes ao período compreendido entre 2000 e 2012, para Portugal (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013). As linhas a tracejado pretendem ilustrar as variações globais observadas entre 2000 e 2006 e entre 2006 e 2012, cujos respetivos valores percentuais se encontram à direita do gráfico.

Em segundo lugar, a análise da evolução da prevalência da gravidez na adolescência nas diferentes regiões do país, tendo por base a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível II (NUTS II; AR, 2002), revela uma marcada heterogeneidade regional ao nível dos ganhos alcançados. Como é visível na Figura 3, nas regiões Norte e Centro a diminuição de nascimentos em mulheres adolescentes foi mais consistente e acelerada do que a verificada nas restantes regiões do país. Em Lisboa e Vale do Tejo (LVT), apesar dos ganhos semelhantes alcançados até 2006, a evolução posterior foi inconstante e marcada até por um ligeiro aumento da frequência deste fenómeno até 2010. Nas restantes regiões (i.e., Alentejo, Algarve, Região Autónoma (RA) dos Açores e RA da Madeira) a variação foi consideravelmente mais modesta (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013).

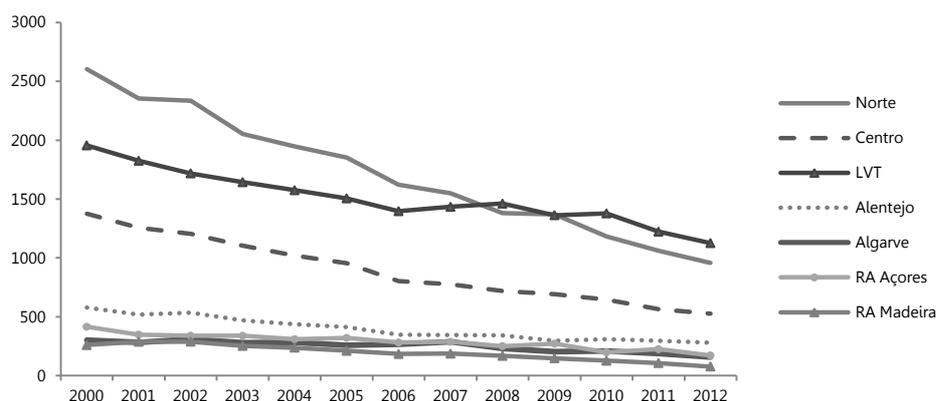


Figura 3 | Nados-vivos em mulheres adolescentes (< 20 anos): Dados referentes ao período compreendido entre 2000 e 2012, para todas as regiões portuguesas (INE, 2010, 2013; PORDATA, 2013).

De forma congruente com esta informação, é nas regiões Norte (3,34%) e Centro (3,07%) que a taxa de nascimentos em adolescentes é atualmente mais baixa. Pelo contrário, a Região Autónoma

(RA) dos Açores é aquela onde esta taxa atinge valores mais elevados (6,91%), seguida das regiões do Alentejo (4,73%), de LVT (3,84%), da RA da Madeira (3,81%) e do Algarve (3,80%; INE, 2013; PORDATA, 2013).

A proporção de adolescentes que ao engravidarem optam pela IVG é também bastante distinta entre regiões: 45,01% em LVT, 39,66% no Algarve, 34,01% no Centro, 30,60% na RA da Madeira, 29,85% no Norte, 24,76% no Alentejo e 14,22% na RA dos Açores (DGS, 2011; PORDATA, 2013). Em todas as regiões, no entanto, a ocorrência de gravidez culmina maioritariamente em nascimentos; a nível nacional, esta é a realidade em 63,86% dos casos (DGS, 2012b; PORDATA, 2013). Uma vez que as taxas de IVG se encontram estabilizadas em níveis considerados pouco preocupantes pela literatura sobre o tema, e que o aborto clandestino e inseguro e as complicações relacionadas com a IVG não se afiguram atualmente como problemáticas de saúde prevalentes (Baptista, 2013; Bombas, 2012; DGS, 2007, 2012b, 2013a, 2013b, 2013c), estes dados colocam Portugal em sintonia com o principal foco de preocupação internacional face à ocorrência de uma gravidez na adolescência: as implicações que a maternidade pode ter para a adolescente, para os seus filhos, para a sua família e para a sociedade em que se inserem (Lerner & Galambos, 1998; Miller et al., 2005; OMS, 2004a, 2004b; UNFPA, 2013).

Os desafios individuais e sociais decorrentes da gravidez na adolescência

À luz da perspectiva desenvolvimental, que sustentamos, a transição para a maternidade é considerada um período do desenvolvimento que se caracteriza pela necessidade de resolver um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2001a; Canavarro, 2009b). A resolução dessas tarefas exige grandes mudanças e reorganizações do ponto de vista individual e familiar, bem como a aprendizagem de competências associadas ao desempenho dos novos papéis (Allan, Carrick-Sen, & Martin, 2013; Canavarro, 2001a; Canavarro, 2009b; Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Moura Ramos, 2006). Apesar de a maioria dos indivíduos mostrar uma boa adaptação a este período, como mudança que é, a transição para a maternidade implica stresse, desafiando equilíbrios e/ou potenciando vulnerabilidades pré-existentes e, como tal, comportando riscos para a adaptação dos seus intervenientes (Allan et al., 2013; Canavarro, 2001a; Canavarro, 2009b; Figueiredo & Conde, 2011; Jomeen, 2004; Moura Ramos, 2006).

Quando ocorre em fases não normativas, como é o caso da adolescência, a complexidade da transição para a maternidade pode encontrar-se particularmente ampliada, resultando em situações multiproblemáticas do ponto de vista quer individual, quer social (Benson, 2004;

Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Holgate, Evans, & Yuen, 2006; Miller & Moore, 1990; OMS, 2004a, 2004b; UNFPA, 2013). A diversidade e potencial magnitude dessas consequências desafiam diversos sistemas sociais (e.g., escolar, de saúde e comunitários), exigindo esforços concertados com vista ao planeamento e à implementação de políticas de saúde sensíveis aos diversos contextos nos quais os adolescentes se encontram inseridos e destinadas, por um lado, à prevenção da maternidade adolescente e, por outro, à promoção de trajetórias de vida mais adaptativas para as jovens mães e para os seus filhos (Araújo Pedrosa, 2009; Baird & Porter, 2011; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Justo, 2000; Lerner & Galambos, 1998; OMS, 2004a, 2004b). Por seu lado, a fundamentação dessas políticas e a sua adequação às necessidades – mutáveis – de cada realidade sociocultural desafiam a comunidade científica no sentido do aperfeiçoamento e da atualização constantes do conhecimento nessas áreas (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Cicchetti, 2006; DGS, 2005b; Justo, 2000; Lerner, 2006; Lerner et al., 2000a; OMS, 2004b; Pires, 2009).

As exigências da transição para a maternidade na adolescência

Quando ocorre na adolescência, a transição para a maternidade constitui um desafio desenvolvimental particularmente exigente, uma vez que faz convergir tarefas oriundas de diferentes fases desenvolvimentais (cf. Figura 4), de outra maneira não coincidentes no tempo e, em larga medida, antagónicas (Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, 2001; Figueiredo & Pacheco, 2010; Lourenço, 1998; Soares et al., 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Acresce que tal situação ocorre num período em que os recursos pessoais da adolescente para lidar com o stress estão ainda em pleno desenvolvimento (Passino et al., 1993).



Figura 4 | Gravidez na adolescência: Convergência de fases desenvolvimentais distintas.

O processo inicial de aceitação e integração da gravidez, bem como a identificação com o papel materno, começa desde logo por interferir com a formação da identidade da adolescente (Canavarro, 2001a; Canavarro & Pereira, 2001). Num momento em que a jovem intensifica os seus processos de autoconhecimento, de exploração dos contextos extrafamiliares e de orientação e escolha vocacional com vista à definição dos seus projetos futuros, vê-se igualmente confrontada com a complexa tarefa de aceitar e integrar a ocorrência de uma gravidez que, na maioria dos casos, não planeou para aquele momento da sua vida (Araújo Pedrosa, 2009, Canavarro, 2001a; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004, 2005). As mudanças físicas resultantes da gravidez ocorrem também concomitantemente às mudanças sexuais pubertárias, tornando mais exigente a formação da identidade sexual da adolescente e a integração da modificação da sua imagem corporal (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001).

Não deve ainda ser esquecido o antagonismo existente entre o processo de progressiva autonomização da família – típico do desenvolvimento adolescente – e a inevitável reorganização dos papéis familiares decorrente da gravidez. Quando ocorre na adolescência, a transição para a maternidade implica habitualmente uma grande necessidade de apoio instrumental e emocional, resultando diversas vezes em situações de maior dependência familiar, menores oportunidades de exploração e interferências significativas nas decisões relativas à escola, à carreira e às relações amorosas (Canavarro, 2001a; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo 2001).

Por fim, a inevitável necessidade de resolver problemas e de planear ações com vista à satisfação das necessidades da criança, a médio e a longo prazo, concorre com as características cognitivas da jovem mãe. Em primeiro lugar, descentrar-se das suas próprias necessidades para perceber o bebé enquanto entidade separada e com necessidades próprias – por vezes diferentes das suas – pode ser extremamente exigente num período do desenvolvimento em que o aumento da autoconsciência de si se traduz num pensamento marcadamente egocêntrico. Em segundo lugar, o pensamento predominantemente concreto e centrado no presente pode dificultar tarefas de planeamento e de tomada de decisão que são essenciais à satisfação daquelas necessidades (Canavarro, 2001a; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Kuhn, 2009).

Em suma, a adolescente que engravida pode confrontar-se com a necessidade de resolver as tarefas complexas da transição para a maternidade sem que esteja preparada do ponto de vista cognitivo, emocional e social para tal (Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Soares & Jongenelen, 1998). A resolução deste desafio desenvolvimental pode ser tão mais exigente quanto mais jovem for (Drake, 1996). No entanto, à luz das mudanças sociais que marcaram as últimas décadas, esta transição torna-se cada vez mais exigente mesmo para as adolescentes mais velhas: o considerável alargamento das possibilidades de escolhas no plano profissional e relacional – que vieram ocupar o lugar da dedicação exclusiva da mulher ao casamento, à família e à maternidade (Canavarro, 2001a) –, o prolongamento dos estudos até idades mais avançadas e, mais recentemente, as barreiras que se colocam à entrada dos jovens no mercado do trabalho e o

consequente aumento do número de anos em que estes permanecem economicamente dependentes das suas famílias têm contribuído para o adiamento da aquisição de uma identidade e de comportamentos adultos nas sociedades ocidentais, ampliando, assim, a assincronia das fases desenvolvimentais aqui em análise (OMS, 2004a, 2004b; Santelli & Melnikas, 2010; Silva, 1992; Treffers et al., 2001; Vilar, 2003).

O impacto individual e social da maternidade adolescente

Em função do desafio desenvolvimental que acabámos de expor (Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Soares et al., 2001; Soares & Jongenelen, 1998), e dos contextos pessoais e socioeconómicos desfavorecidos em que a gravidez na adolescência habitualmente ocorre e decorre (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Hoffman, 2006; Mollborn, Lawrence, James-Hawkins, & Fomby, 2014; SmithBattle, 2006, 2007; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2001), as consequências que dela resultam são maioritariamente avaliadas como negativas e potencialmente nocivas para o futuro, quer individual, quer socialmente.

Relativamente ao impacto individual da maternidade adolescente, Figueiredo (2000) situa-o a diversos níveis: educacional, profissional, socioeconómico e psicológico. Ao nível educacional, profissional e socioeconómico, os baixos níveis de instrução, o desemprego de longa duração, os empregos menos qualificados e, conseqüentemente, os contextos de vida de maior pobreza e precariedade estão entre as consequências consensualmente mais apontadas (Amy & Loeber, 2007; Benson, 2004; Campero et al., 2014; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Ferreira, 2008; Figueiredo, 2000; Santelli & Melnikas, 2010; Sieger & Renk, 2007).

A nível psicológico, alguns estudos têm igualmente revelado resultados mais negativos ao nível da saúde mental das jovens que engravidam e se decidem pela maternidade, quando comparadas com os seus pares sem história de gravidez ou com grávidas adultas. Entre esses resultados negativos estão níveis mais elevados de perturbação emocional (e.g., depressão, ansiedade, stresse, instabilidade emocional, isolamento social; Black et al., 2002; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007; Passino et al., 1993; Siegel & Brandon, 2014; Soares et al., 2001) e menor qualidade de vida (QdV; Canavarro 2009a; Tasdemir, Balci, & Günay, 2010). No entanto, outros estudos concluem que a gravidez na adolescência não se associa ao desequilíbrio emocional (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Carvalho, 2007; Jongenelen, 2003; Pereira, 2001; Pires, 2009; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001), nem a menores níveis de satisfação com a vida (Pereira, 2001) ou QdV (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Drescher, Monga, Williams, Promenece-Cook, & Schneider, 2003; Pires, 2009; Wrennick, Schneider, & Monga, 2005). Assim, não se verifica consenso relativamente às consequências psicológicas da gravidez na adolescência.

Soares e Jongenelen (1998) referem ainda como potenciais consequências negativas da gravidez na adolescência questões de natureza parental. Entre as mais apontadas por estas e outros autores estão competências parentais de qualidade inferior, menor realização pessoal e menor qualidade da interação mãe-bebé do que as observadas em mães adultas, bem como maior risco de comprometimento do desenvolvimento infantil, a curto e longo prazo (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Klein, 2005; Lanzi, Ramey, & Bert, 2012; Soares & Jongenelen, 1998; Treffers et al., 2001).

Relativamente ao impacto social da maternidade adolescente, diversos autores salientam que as consequências negativas que temos vindo a expor contribuem para a perpetuação de ciclos de pobreza, desfavorecimento e exclusão social, baixa escolarização, reduzida produtividade e elevada dependência económica e funcional do sistema estatal por parte dos cidadãos implicados, solicitando avultados investimentos na estruturação de respostas sociais de apoio formal – maioritariamente instrumental, mas também emocional – às jovens mães e às suas famílias (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Ferreira, 2008; Hoffman, 2006; Lerner & Galambos, 1998; Miller et al., 2005; Santelli & Melnikas, 2010; Westman, 2009).

As necessidades atuais ao nível da prevenção e da intervenção

Como reflexo da preocupação social e política decorrente do potencial impacto negativo da maternidade adolescente, temos assistido à multiplicação de esforços interventivos com vista à sua prevenção e à minimização das suas consequências (Araújo Pedrosa, 2009; Baird & Porter, 2011; Canavarro, 2009a; Coley & Chase-Lansdale 1998; Figueiredo & Pacheco, 2010; Justo, 2000; OMS, 2007; Pires, 2009; Westman, 2009; Wilkinson et al., 2006). No entanto, continuam a ser várias as diretrizes da OMS (e.g., 2004b, 2007), do Parlamento Europeu (2002) e, no âmbito português, da AR (2007c) e da DGS (2002, 2005a, 2012a, 2013b, 2013c) que visam promover o aperfeiçoamento e a atualização do investimento nestas questões.

Neste sentido, apresentaremos de seguida uma breve reflexão sobre o caminho percorrido na realidade sociocultural portuguesa ao nível da prevenção da maternidade adolescente e da minimização do seu impacto negativo. Tal como recomendam diversos autores (Cicchetti, 2006; Lerner, 2006; Lerner & Steinberg, 2009; Lerner et al., 2000a, 2000b), ao elaborar esta reflexão à luz das evidências da literatura sobre as áreas e vias de atuação a privilegiar, foi nossa intenção identificar as atuais necessidades de ação a cada um dos níveis descritos e, consequentemente, esclarecer as linhas de investigação que melhor poderão informar o seu planeamento e implementação face ao estado atual do conhecimento sobre o tema.

A integração da sexualidade dos jovens no processo de socialização que ocorre no seio da comunidade em geral, e da escola em particular – com vista à promoção da saúde e à prevenção

da gravidez precoce e de outros resultados indesejados (e.g., doenças sexualmente transmissíveis) – já não é uma realidade questionável no nosso país (Cunha, Pires, & Vilar, 2012; Matos, 2010; Vilar, 2003). A massificação da informação sobre sexualidade e contraceção, o acesso universal e desenvolvimentalmente adequado ao planeamento familiar e a métodos contraceptivos cada vez mais diversificados e a crescente standardização e abrangência da educação sexual nas escolas (DGS, 2002; Matos, 2010; Sampaio, Chaves, & Dias, 2000; Vilar, 2003) são bons exemplos da disseminação que a prevenção universal da gravidez na adolescência tem tido em Portugal⁵. No que respeita à educação sexual em contexto escolar, em particular, a avaliação da sua implementação e impacto tem sido bastante favorável (Matos, 2010; Matos, 2013; Matos, Reis, Ramiro, Ribeiro, & Leal, 2014a, 2014b; Ramiro & Matos, 2008; Ramiro, Reis, Matos, & Diniz, 2013; Ramiro et al., 2011; Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2013). Também a articulação entre os serviços de saúde e as escolas tem apresentado bons resultados, não restando dúvidas quanto ao facto de a comunidade escolar ser uma via privilegiada para uma educação sexual articulada (Adoles(Ser), 2013; Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; DGS, 2002; Matos, 2010; Reis & Matos, 2008; Silva et al., 2012).

No entanto, temos assistido à emergência de evidências científicas sobre o maior risco de gravidez apresentado pelas jovens que abandonam o sistema de ensino ou que se encontram retidas em anos escolares não normativos – e que, como tal, têm menor acesso a uma educação sexual formal adequada ao seu nível de desenvolvimento em contexto escolar (Araújo Pedrosa et al., 2011; DGS, 2002; Sipsma, Ickovics, Lewis, Ethier, & Kershaw, 2011; UNFPA, 2013). Como consequência, vários autores têm chamado a atenção para o papel que a comunidade em geral e que os profissionais de saúde em particular deverão assumir enquanto vias de ação alternativas à escola (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2010; Chernick, Kharbanda, Santelli, & Dayan, 2012; Cook, 2009; Matos et al., 2010; OMS, 2004b; Pereira et al., 2010; Silva et al., 2012; Williams et al., 2002). No que diz respeito aos profissionais de saúde, além do inquestionável papel que as consultas de planeamento familiar assumem na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens (e.g., Nobre & Tomé, 2011; OMS, 2004b; Silva, 1992), a literatura tem vindo também a salientar que as consultas de rotina no âmbito da Medicina Geral e Familiar e/ou da Pediatria podem constituir oportunidades valiosas para oferecer um aconselhamento adequado sobre

⁵ Não obstante a utilidade da classificação clássica dos diferentes níveis de prevenção (*primária, secundária e terciária*; Caplan, 1964; Williams et al., 2002), como alertam Spence e Matos (2000), a sua desvantagem reside no facto de não integrar o valor crescente que tem vindo a ser atribuído à prevenção dos problemas, em detrimento de uma intervenção apenas posterior ao seu aparecimento. Em primeiro lugar, a prevenção secundária e terciária estão mais ligadas ao tratamento do que à prevenção. Em segundo lugar, esta classificação não permite distinguir entre intervenções que, ao nível da prevenção primária, têm diferentes justificações epidemiológicas e que requerem diferentes estratégias para que os seus resultados sejam otimizados (Gordon, 1983; Matos & Sampaio, 2009; Spence & Matos, 2000). Como tal, a literatura tem vindo cada vez mais a adotar uma classificação alternativa, baseada na presença e importância dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de determinada perturbação entre indivíduos que não manifestam ainda essa perturbação: prevenção *universal, seletiva e precoce* (Gordon, 1983, 1987). Por prevenção universal entende-se aquela que é providenciada a populações inteiras. Pelo contrário, a prevenção seletiva está destinada apenas a grupos com risco acrescido de desenvolver uma perturbação e a prevenção precoce tem apenas como alvo indivíduos assintomáticos, mas que, por uma condição ou desvio, podem ser considerados de alto risco (Gordon, 1983, 1987; Matos & Sampaio, 2009; Spence & Matos, 2000). Esta classificação tem sido crescentemente valorizada ao nível da prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente na adolescência (e.g., European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003; Matos & Sampaio, 2009; Matos & Simões, 2010; Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

sexualidade e contraceção (Burstein, Lowry, Klein & Santelli, 2003; Chernick et al., 2012; Churchill et al., 2000; Pereira et al., 2010; Silva et al., 2012).

Não obstante o carácter crucial da prevenção universal a todos estes níveis, alguns estudos têm evidenciado limitações deste tipo de intervenção ao nível da modificação dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos de diferentes grupos alvo (Felton & Bartonces, 2002; Ramiro, Reis, Matos, & Diniz, 2014), nomeadamente dos que incluem indivíduos com maior risco de gravidez precoce (Churchill et al., 2000). Como tal, tem sido cada vez mais advogada a necessidade complementar essas intervenções através de ações de prevenção seletiva e precoce, isto é, intervenções mais específicas e intensivas, realizadas junto de subgrupos prioritários e devidamente adaptadas às suas necessidades particulares (APF, 2010; Baird & Porter, 2011; Diamond & Savin-Williams, 2009; Lerner & Galambos, 1998; Matos et al., 2010; Matos & Simões, 2010; Ramiro et al., 2011). Segundo Gordon (1983), quanto mais exata puder ser a avaliação do risco a que estão sujeitos os indivíduos e, portanto, quanto mais restrita puder ser a sua seleção para ações de prevenção seletiva e precoce, maior poderá ser a rentabilização dos recursos e a otimização dos resultados. Ao nível da atuação dos profissionais de saúde no âmbito da Medicina Geral e Familiar e da Pediatria, esta poderá ser, aliás, a única forma de prevenção concretizável⁶. No entanto, na realidade sociocultural portuguesa, como noutras, persistem importantes lacunas ao nível do conhecimento das características e das necessidades dos grupos de maior risco para a ocorrência de uma gravidez precoce, que dificultam o planeamento e a implementação deste tipo de intervenções (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarró, 2009a; Dinamond & Savin-Williams, 2009; Williams et al., 2002).

Acresce que, atualmente, a prevenção da maternidade adolescente no nosso país não se esgota na prevenção da ocorrência de gravidez. Conforme referem Miller et al. (2005), apesar de a interrupção da gravidez não ser uma via de prevenção preferencial para o fenómeno da maternidade adolescente, nos países em que tal prática é legalmente permitida e suportada pelas infraestruturas adequadas, é incontornável analisá-la no âmbito das ações preventivas com vista à diminuição dos nascimentos em mulheres adolescentes. Esta necessidade decorre das evidências da literatura sobre as maiores vulnerabilidades da população adolescente face às exigências de um processo de decisão desta complexidade e cujo potencial impacto na vida futura ultrapassa o que é esperado noutras fases do desenvolvimento. Tal como referem diversos autores, estas vulnerabilidades recomendam a especialização dos serviços de saúde no que concerne ao apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva na adolescência e à promoção da adaptação dos seus intervenientes (APF, 2010; Bender, 2008; Benson, 2004; Colecchi & Worthington, 1989; Evans, 2001; Halpern-Felsher & Cauffman, 2001; Klaczynsky, Brynes, & Jacobs, 2001; Murry, 1995; OMS, 2007;

⁶ Embora, idealmente, as práticas contraceptivas dos adolescentes devam ser alvo de monitorização sempre que esta população entra em contacto com os serviços de saúde, incluindo a discussão detalhada sobre as questões da sexualidade e da contraceção em cada um desses contactos, o elevado número de utentes e os reduzidos tempos de consulta impostos pelas necessidades do Serviço Nacional de Saúde português, à semelhança do que acontece noutras países, dificultam a concretização destas medidas (Chernick et al., 2012; OMS, 2004b; Silva et al., 2012; Stenberg et al., 2013; Zink, Shireman, Ho, & Buchanan, 2002).

Pereira, 2012; Pereira, Pires, & Canavarro, 2013b). Em Portugal, o caminho percorrido neste sentido é bastante modesto, fruto do carácter recente da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, e da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, que estabeleceram e regulamentaram a prática da IVG (AR, 2007a, 200b). Apesar da crescente importância atribuída à referida especialização dos serviços de saúde, não são ainda claras as características nem as necessidades particulares da população adolescente que se confronta com a decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez, o que dificulta a necessária implementação de medidas estruturadas com vista a um maior grau de adequabilidade dos serviços (APF, 2010; Pereira, 2012).

Ainda no que respeita à prevenção da maternidade adolescente, as discrepâncias regionais observadas nas taxas de nascimentos e de IVG em mulheres adolescentes merecem também uma atenção particular. Possivelmente fruto da diversidade de condições ambientais, culturais e étnicas que caracterizam o nosso país e das diferentes evoluções das dinâmicas familiares, dos papéis de género e do lugar da mulher na sociedade e na família observadas em cada região (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012; Dias, 1985; Ferreira, 2008; Oliveira, 2007; Santos, 1997; Silva, 1992), estas discrepâncias fazem antever a necessidade de intervir de modo distinto junto das jovens de cada região, com vista a uma redução efetiva do número de nascimentos em mulheres adolescentes no nosso país⁷. No entanto, não são do nosso conhecimento estudos sobre a saúde sexual e reprodutiva da população adolescente, em geral, nem sobre a gravidez na adolescência, em particular, que abranjam a totalidade do território português com vista à produção de diretrizes de atuação devidamente adaptadas à sua diversidade regional.

Relativamente à minimização do potencial impacto negativo da maternidade adolescente, as medidas legislativas e respostas sociais que visam assegurar o apoio e a proteção social dos intervenientes (e.g., AR, 1999a, 2001b, 2003, 2004a, 2009a), bem como os múltiplos programas comunitários que têm procurado potenciar resultados mais adaptativos junto de subgrupos de mães adolescentes particularmente vulneráveis (e.g., Calado, 2013), têm assumido papéis de destaque. É também de realçar a criação e progressiva generalização das consultas de grávidas adolescentes em muitos dos hospitais distritais e mesmo centros de saúde do nosso país (Araújo Pedrosa, 2009), algumas delas abrangendo a concertação de diferentes serviços e meios, integrados em equipas multidisciplinares (e.g., Obstetrícia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social; Araújo Pedrosa, 2009; Figueiredo & Pacheco, 2010; Mais Vale Prevenir, 2008; Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos, 2010).

No que respeita à área da saúde mental – particularmente relevante para o presente trabalho pela área científica em que se insere e cada vez mais valorizada na promoção da saúde durante a transição para a maternidade (Allan et al., 2013; Figueiredo & Pacheco, 2010; Jomeen, 2004) –, a

⁷ A crescente atenção dada a esta heterogeneidade regional tem-se refletido nas próprias diretrizes da DGS: ao contrário do que havia acontecido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 estabeleceu projeções e metas a alcançar relativamente à taxa de nascimentos em adolescentes para cada uma das regiões do país (DGS, 2004, 2012a).

disponibilização de serviços especializados durante a gravidez adolescente (Milan et al., 2004) é mais a regra que a exceção no nosso país. No entanto, à semelhança do que acontece noutros países, a ausência de consenso acerca do impacto negativo da gravidez adolescente na saúde mental e a escassez de recursos humanos contribuem muitas vezes para que o rastreio universal de perturbação emocional e de outras dificuldades de adaptação, apesar de altamente recomendado, não seja implementado (Koleva & Stuart, 2014; Logsdon, Hertweck, Ziegler, & Pinto-Foltz, 2008). Tal facto pode contribuir para que muitas das jovens que poderiam beneficiar de um acompanhamento especializado não cheguem a ingressar nos serviços de saúde mental disponibilizados (Koleva & Stuart, 2014). Tal como referem Hodgkinson, Beers, Southammakosane e Lewin (2013), o acesso das jovens a esses serviços após o parto – momento em que frequentemente a sintomatologia se manifesta/agrava e leva à procura de cuidados especializados – é mais limitado.

Assim, torna-se premente fomentar a deteção precoce dos casos de maior risco de desenvolvimento de perturbação emocional ou de outras dificuldades de adaptação durante a gravidez, com vista ao seu encaminhamento atempado para os serviços especializados (Allan et al., 2013; Figueiredo & Pacheco, 2010; Jomeen, 2004). No entanto, é recente e ainda escassa a investigação sobre as jovens grávidas que se encontram em maior risco para resultados negativos a estes níveis, o que dificulta a sua correta identificação e subsequente integração em respostas devidamente adequadas às suas necessidades (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Koleva & Stuart, 2014; Pires, 2009; Siegel & Brandon, 2014).

Prioridades de investigação

Conforme fomos dando conta ao longo da seção anterior, às necessidades de prevenção e intervenção identificadas subjazem necessidades de investigação que, de forma geral, se organizam em torno da produção de conhecimento que esclareça as características e necessidades particulares dos grupos de maior risco (para a ocorrência de gravidez, para dificuldades no processo de tomada de decisão reprodutiva face à sua ocorrência e/ou para resultados negativos ao nível da saúde mental no caso do seu prosseguimento), tendo em conta os ambientes específicos nos quais se encontram inseridos. Apenas com base nesse conhecimento os decisores políticos, agentes educativos e profissionais de saúde poderão tomar decisões informadas ao nível do planeamento e da implementação de ações destinadas à prevenção e/ou alteração de/das trajetórias de maior risco, nomeadamente ao nível da construção dos protocolos de intervenção e da identificação e subsequente seleção dos indivíduos a incluir nessas ações, com vista à rentabilização dos recursos disponíveis e à maximização dos resultados (Canavarro, 2009a; Cicchetti, 2006; Gordon, 1983; Justo, 2000; Koleva & Stuart, 2014; Lerner, 2006; Lerner et al., 2000a,

2000b; Lerner & Steinberg, 2009; Matos, 2010; OMS, 2004b; Santelli & Melnikas, 2010; Stenberg et al., 2013).

Consciente da plasticidade do desenvolvimento humano e dos contextos em que este se desenrola, a Psicopatologia do Desenvolvimento – conceção crescentemente privilegiada na análise da gravidez na adolescência (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Soares et al, 2001) e grelha de leitura conceptual e metodológica do presente trabalho – chama a atenção para a necessidade de concretizar as referidas linhas de investigação através: 1) do esclarecimento da diversidade de trajetórias desenvolvimentais que podem conduzir os indivíduos ao resultado indesejado; e 2) do estudo dos grupos mais vulneráveis, por comparação com os grupos menos vulneráveis, com vista à identificação dos fatores e processos explicativos desse resultado. Tais esforços devem atender às interações recíprocas que se estabelecem entre o indivíduo e o seu meio no processo de desenvolvimento e evitar generalizações dos resultados alcançados em meios distintos (Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner & Galambos, 1998; Lerner et al, 2000a; Williams et al., 2002).

O papel da adolescente e a influência do seu meio no(s) percurso(s) que a pode(m) conduzir à maternidade

De acordo com o modelo conceptual proposto por Davis e Blake (1956) e Bongaarts (1978), as influências que operam sobre a fertilidade da população devem ser entendidas a dois níveis: distal e proximal. Tal como sintetizam Santelli e Melnikas (2010), ao aplicarem este modelo à população adolescente, ao nível distal encontram-se fatores de ordem biopsicossocial (e.g., idade da menarca, nível socioeconómico, raça/etnia), que operam sobre a fertilidade através da influência que exercem nos fatores proximais (e.g., início da atividade sexual, utilização de contraceção, prosseguimento da gravidez). Estes fatores proximais, de natureza comportamental e carácter sequencial, – bem como as tomadas de decisão que lhes subjazem – são assim essenciais à compreensão das trajetórias individuais que conduzem as jovens à maternidade. Segundo a literatura, estas trajetórias poderão ser bastante heterogéneas e, como tal, estar associadas a diferentes etiologias (i.e., sofrer diferentes influências distais), colocando exigências distintas ao nível da prevenção e da intervenção (Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Diamond & Savin-Williams, 2009; Elder, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Miller & Moore, 1990; Miller et al., 2005; Williams et al., 2002).

Não obstante o risco a que podem estar sujeitas as jovens que engravidam e se decidem pela maternidade, a literatura tem também revelado uma elevada heterogeneidade ao nível da sua

adaptação (Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Figueiredo et al., 2004; Soares et al., 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Apesar de Pereira (2001) chamar a atenção para o facto de a gravidez e a maternidade adolescente, embora interligadas, serem momentos distintos, – pelo que indicadores de adaptação na gravidez não asseguram semelhante adaptação posterior –, Soares et al. (2001) sugerem que a continuidade da qualidade de adaptação na gravidez e após o parto é mais frequente do que a mudança. Alguns estudos têm realçado inclusive que, embora não seja fator determinante ou único, a (in)adaptação da jovem durante a gravidez é parte integrante do percurso que a conduz à maternidade, podendo influenciar os resultados obstétricos e neonatais, a sua (in)adaptação após o nascimento e a forma como exercerá o novo papel de mãe (Allan, 2013; Deal & Holt, 1998; Eshbaugh, 2006; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Jomee, 2004; Setse et al., 2009).

Em ambos os níveis de análise – o da etiologia da maternidade e o da (in)adaptação da jovem durante esse processo –, a conceptualização proposta pelo modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979, Bronfenbrenner & Morris, 1998) tem contribuído significativamente para a compreensão do papel assumido pela adolescente e pelo seu meio na heterogeneidade dos resultados observados, chamando a atenção para as múltiplas influências e interações recíprocas que se estabelecem entre diversos sistemas e subsistemas, intrafamiliares e ambientais, na determinação do desenvolvimento humano (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Figueiredo, 2001; Soares et al., 2001).

Tomadas de decisão e comportamentos na origem da maternidade adolescente

Como refere Elder (1998), a maternidade adolescente, mais do que uma transição singular, é um acontecimento de carácter multifásico, que resulta do encadeamento de um conjunto de decisões mais ou menos conscientes acerca dos comportamentos a adotar em cada ponto de viragem. As etapas consensualmente consideradas como estando na origem da gravidez dizem respeito às decisões de iniciar a atividade sexual⁸ e de não utilizar contraceção (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005).

No entanto, implícita entre estas etapas está uma outra, muitas vezes subestimada na literatura sobre o tema: o planeamento da gravidez (Montgomery, 2002; Moore et al., 1995). Apesar de ser mais a exceção do que a norma, verifica-se que, dependendo da região do país e da amostra considerada, 15% a 48% dos casos de maternidade adolescente em Portugal resultam do

⁸ Está bem documentado que os adolescentes se envolvem em diversos tipos de comportamentos sexuais. Estes podem ir desde as carícias (e.g., da cintura para cima – *necking* – ou em todo o corpo – *petting*), à masturbação, ao sexo oral e à relação sexual anal e vaginal (Canavarro & Pereira, 2001; Fava & Bay-Cheng, 2012; Leichter, Chandra, Liddon, Fenton, Ara, 2007; Lourenço, 1996). Por uma questão de delimitação temática, neste trabalho por atividade/vida sexual entende-se apenas o comportamento sexual que inclui penetração vaginal.

planeamento da gravidez (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Figueiredo et al., 2004, 2005; Figueiredo, Pacheco et al., 2006). Contrariamente ao que se verifica em mulheres adultas, a gravidez planeada na adolescência não se associa a melhores cuidados pré-natais nem a melhores resultados obstétricos (Sheeder, Tocce, & Stevens-Simon, 2009b). A gravidez na adolescência como fenómeno planeado é inclusivamente mais frequente em jovens pobres e/ou pertencentes a minorias étnicas, surgindo muitas vezes associada a expectativas de mudança – relativamente a uma vida que não é percecionada como gratificante –, a conceções idealizadas e irrealistas dos papéis de esposa e de mãe e/ou a transições para a vida adulta precipitadas pelas normas culturais vigentes nos respetivos meios (Canavarro & Pereira, 2001; Cavazos-Rehg et al., 2013; Ferreira, 2008; Westman, 2009). Por estes motivos, apesar de requerer estratégias distintas em termos de intervenção, a gravidez planeada na adolescência deve ser igualmente motivo de atenção.

Não podemos ainda esquecer que a gravidez não planeada, nomeadamente na adolescência, não resulta exclusivamente da ausência de utilização de contraceção. Diversos estudos têm revelado que muitas das adolescentes que engravidam reportam o uso de contraceção à data da conceção (Abma, Chandra, Mosher, Peterson, & Piccinino, 1997; Jones, Darroch, & Henshaw, 2002; Klerman, 2000; Tripp & Viner, 2005). Em Portugal, dependendo da região do país, estima-se que este seja o caso de 36% (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a) a 71% (Carvalho, 2012) das jovens que engravidam. Neste sentido, e conciliando as conclusões de Casper (1990) e Miller et al. (2005) acerca da importância das escolhas e dos comportamentos implícitos entre a decisão de usar contraceção e a prevenção efetiva da gravidez, não deve ser ignorada a possibilidade de ocorrência de falhas contraceptivas. Estas podem ser resultado da escolha de métodos contraceptivos menos eficazes, da incorreta utilização de métodos eficazes ou, embora menos frequente, de falhas relativas à ação do próprio método contraceptivo (Araújo Pedrosa, 2009; Costa & Leal, 2005; French & Cowan, 2009; OMS, 2004b; Sampaio et al., 2000). A eficácia da prevenção de uma gravidez não planeada depende, então, da decisão de utilizar contraceção, mas também da ausência de falhas na subsequente implementação desse comportamento.

Além das decisões e comportamentos que podem culminar na ocorrência de uma gravidez, os autores são unânimes quanto à necessidade de considerar uma etapa adicional: a decisão reprodutiva face ao prosseguimento ou à interrupção da gravidez, quando esta ocorre (Araújo Pedrosa, 2009; Benson, 2004; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Miller et al., 2005). Na realidade sociocultural portuguesa, a consideração desta etapa é sobremaneira pertinente, uma vez que a crescente aceitabilidade social e acessibilidade legal e prática à IVG nos serviços de saúde públicos (Alves, Santos, Barradas, & Duarte, 2009; DGS, 2010b, 2013) têm vindo a contribuir para que este seja, cada vez mais, um

processo de tomada de decisão que se coloca às adolescentes que engravidam de forma não planeada⁹.

Face ao exposto, consideramos que uma conceptualização da maternidade adolescente capaz de incorporar o seu carácter multifásico – que se pretende simultaneamente abrangente e integradora da literatura sobre o tema – deve incluir: 1) as decisões e os comportamentos que, ao nível sexual e contraceptivo, podem comportar risco para a ocorrência de uma gravidez e 2) a decisão reprodutiva subsequente à sua ocorrência. No primeiro nível de análise, assumem particular relevância a iniciação sexual, o planeamento da gravidez e a eficácia do comportamento contraceptivo na prevenção de uma gravidez não planeada. No segundo nível de análise, serão relevantes as circunstâncias que poderão levar as jovens grávidas ao prosseguimento da gravidez e, como tal, à maternidade (cf. Figura 5).

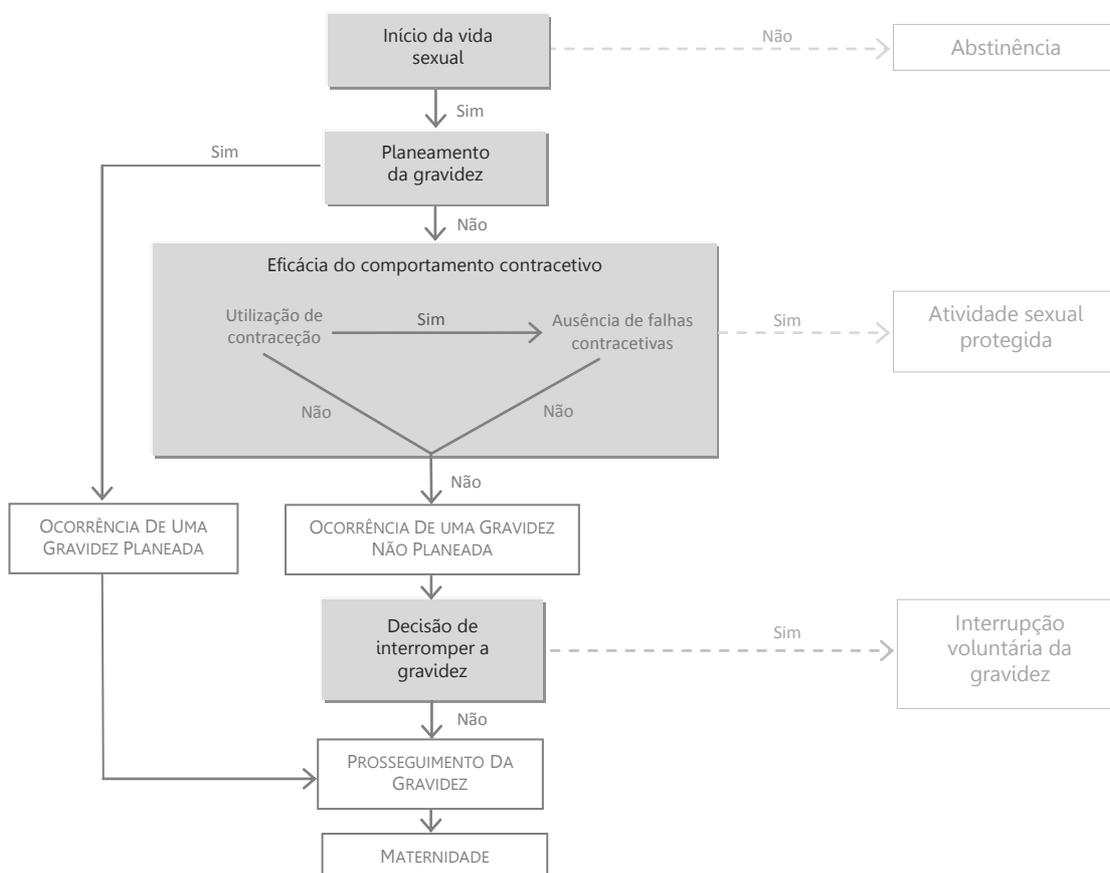


Figura 5 | Conceptualização da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico. As setas a cheio representam as trajetórias que podem conduzir as jovens à maternidade; as setas a tracejado representam as oportunidades de prevenção associadas aos vários pontos de viragem dessas trajetórias.

⁹ Muitos dos trabalhos que se debruçam sobre a sequência de decisões que podem conduzir as jovens à maternidade consideram uma etapa adicional, referente à decisão de cuidar e educar o bebé ou, pelo contrário, de o entregar para adoção (Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Miller et al., 2005). Apesar de reconhecermos a pertinência de incluir a adoção nesta cadeia compreensiva, a verdade é que se trata de uma situação muito invulgar (Donnelly & Voydanoff, 1996). Em Portugal, em particular, apesar da ausência de dados oficiais sobre o tema, diversos especialistas têm vindo a assumir publicamente que são raríssimas as situações em que as adolescentes decidem entregar os seus filhos para adoção (Ferreira, 2009). Na Maternidade Daniel de Matos – realidade com que estamos particularmente familiarizados em função da colaboração que mantemos com a Unidade de Intervenção Psicológica –, entre 2002 e 2013, apenas duas adolescentes optaram por entregar os seus filhos para a adoção (Canavarro, 2013).

Do encadeamento de todas as etapas descritas, sobressai a multiplicidade de trajetórias que podem anteceder a ocorrência de uma gravidez adolescente e, posteriormente, suceder-lhe, conduzindo as jovens à maternidade. Esta conceptualização tem, por isso, importantes implicações ao nível da ação. Por um lado, diferentes trajetórias individuais poderão exigir diferentes estratégias de intervenção, pelo que a eficácia da prevenção da maternidade adolescente junto dos grupos de maior risco se encontra largamente dependente da compreensão dessa diversidade (Diamond & Savin-Williams, 2009; Miller et al, 2005; Williams et al., 2002). Por outro lado, apesar de todos os patamares desta cadeia representarem importantes janelas de oportunidade para a prevenção e intervenção (Benson, 2004; Casper, 1990; Elder, 1998; Miller et al, 2005), em cada um deles poderão existir diferentes fatores de natureza distal a contribuir para uma determinada opção, uma vez que estamos perante decisões e comportamentos de naturezas distintas (Canavarro & Pereira, 2001; Hardy & Zabin, 1991). Como tal, o conhecimento da etiologia de cada uma dessas decisões e comportamentos é essencial à produção de diretrizes específicas ao nível da identificação dos grupos de maior risco e da intervenção necessária em cada nível de decisão/ação, com vista a uma prevenção efetiva do resultado final desta cadeia: a maternidade adolescente (Canavarro & Pereira, 2001; Miller et al., 2005).

A (in)adaptação da jovem durante a gravidez: O conceito de ajustamento socioemocional

O conceito de adaptação na gravidez e na transição para a maternidade é vasto e de difícil operacionalização. A literatura científica remete para dimensões tão diversas como adesão aos cuidados pré-natais, satisfação pessoal, funcionamento físico, equilíbrio emocional, bem-estar subjetivo, prestação de cuidados, funcionamento familiar e/ou conjugal, e recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas intrinsecamente ligadas (Allan et al., 2013; Canavarro, 2009b, Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Jomeen, 2004; Moura Ramos, 2006; Soares et al., 2001). Segundo Canavarro (2001a), trata-se, pois, da "capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais (...), fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal" (p. 45). Da impossibilidade de avaliar processos tão complexos, decorre, porém, a necessidade de circunscrever a avaliação a aspetos mais específicos desta adaptação.

No que respeita ao plano individual, e considerando apenas a saúde mental da jovem durante a gravidez, as dificuldades de circunscrição, no entanto, não se extinguem. A própria OMS reconhece a impossibilidade de definir saúde mental de forma completa; porém, tem sido crescente o consenso de que esta vai além da ausência de perturbação. Neste âmbito, dimensões como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida e a autorrealização do potencial intelectual e

emocional da pessoa estão entre as dimensões positivas que têm vindo a ser progressivamente valorizadas com vista à promoção da saúde mental dos indivíduos (Canavarro & Vaz Serra, 2010; Compas & Reeslund, 2009; OMS, 2001).

Nos últimos anos, temos assistido à progressiva transposição desta abordagem para o estudo da adaptação individual à transição para a maternidade (Allan et al., 2013; Boyce et al., 2000; Costa, Dritsa, Rippen, Lowensteyn, & Khaliffé, 2006; Li et al., 2012; Jomeen, 2004; Setse et al., 2008), nomeadamente na adolescência: se, por um lado, a perturbação emocional na jovem grávida continua a ser uma dimensão altamente valorizada – principalmente no que diz respeito aos níveis de sintomatologia depressiva experienciados (Figueiredo, Bifulco, et al., 2006; Figueiredo et al., 2007; Siegel & Brandon, 2014) –, por outro, os estudos mais recentes têm revelado uma preocupação crescente ao nível da integração de medidas que incluem dimensões positivas da adaptação – tais como a satisfação com a vida (Pereira, 2001) e a QdV (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Drescher et al., 2003; Pires, 2009; Tasdemir et al., 2010; Wrennick et al., 2005). O conceito de ajustamento socioemocional surge precisamente da tentativa de conjugação destas duas linhas de investigação (Pereira, 2001; Pires, 2009).

Perante as exigências da transição para a maternidade na adolescência, poderíamos esperar encontrar nas jovens que a vivenciam um padrão socioemocional consistentemente desajustado. No entanto, os resultados dos estudos realizados revelam, em vez disso, a existência de uma variabilidade assinalável, passível de ser analisada na tentativa de compreender os fatores e processos que, ao nível individual e contextual, podem contribuir para um maior ou menor ajustamento destas adolescentes (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Pereira, 2001; Pires, 2009; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001). A importância desta compreensão está nos benefícios que dela podem advir para o desfecho da gravidez e para o subsequente desenvolvimento e saúde da jovem e do seu bebé (Allan et al., 2013; Deal & Holt, 1998; Figueiredo, Bifulco et al., 2006; Holub et al., 2007; Jomeen, 2004; Passino et al., 1993).

O contributo do modelo bioecológico

Ao longo das últimas décadas, tem-se recorrido ao contributo de diferentes modelos teóricos com vista à compreensão dos processos explicativos das decisões e comportamentos que podem conduzir as adolescentes à maternidade, bem como a resultados mais ou menos ajustados ao longo desse percurso.

Apesar de reconhecermos o contributo de diferentes perspetivas, os modelos transacionais e ecológicos e, em específico, o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), constituem o referencial teórico da nossa investigação. Esta opção teve por base três razões. Em primeiro lugar, o facto de este modelo se enquadrar na abordagem preconizada pela

Psicopatologia do Desenvolvimento, ao enfatizar os processos subjacentes aos percursos desenvolvimentais adaptativos e maladaptativos, valorizando o repertório individual de características cognitivas, emocionais, biológicas e comportamentais, mas também as interações mútuas entre a pessoa o seu contexto, bem como as múltiplas dimensões de temporalidade que moderam as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Em segundo lugar, intrinsecamente relacionada com a primeira questão, a atenção prestada à identificação dos fatores que, direta ou indiretamente (através do impacto que podem exercer nas variáveis proximais, cuja ação é igualmente alvo de atenção) contribuem para a compreensão global dos comportamentos e respostas patológicas (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2006; Cicchetti, 2006; Elder, 1998; Lerner, 2006). Por fim, aquela que é talvez a característica mais diferenciadora deste modelo (Cicchetti, 2006): o foco na conceptualização dos contextos nos quais o desenvolvimento ocorre, tendo em conta a sua vastidão, diversidade, organização hierárquica e interdependência (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Esta leitura é particularmente relevante no contexto da maternidade adolescente. Embora seja possível, e até recomendável, articular o contributo de outros modelos e perspetivas com vista à compreensão de aspetos particulares ao nível da determinação das decisões e comportamentos que podem conduzir as jovens à maternidade¹⁰ e da sua (in)adaptação durante esse processo¹¹, esses modelos têm-se revelado insuficientes para integrar os múltiplos fatores de diferentes níveis de influência e as interações mútuas que se estabelecem entre eles na determinação destes fenómenos (Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarró & Pereira, 2001; Cook, 2009; Figueiredo, 2001; Santelli & Melnikas, 2010; Soares et al., 2001; Soares & Jongenelen, 1998), comprometendo uma

¹⁰ A consideração das variáveis e relações preconizadas pelas principais teorias explicativas das decisões e comportamentos relacionados com a saúde – teoria da aprendizagem social (Bandura, 1975, 1986), a teoria da ação racional (Ajzen & Fishbein, 1981), as teorias de autorregulação (Kanfer, citado em Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus, Gonzalez, & Bouris, 2008), a teoria da cultura subjetiva (Triandis, 1989), a teoria de crenças de saúde (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1988) – tem uma importante contribuição para o delineamento de estratégias preventivas dirigidas a cada um dos comportamentos ou decisões que podem conduzir as jovens à maternidade. Com base num modelo integrador das mesmas, Guilamo-Ramos et al. (2008) referem que cada adolescente desenvolve uma determinada intenção/toma determinada decisão considerando as vantagens e desvantagens de o fazer, as pressões sociais atuantes, a sua competência para ser bem-sucedida e a imagem que projetará nos outros caso a execute; terá ainda em conta os aspetos emocionais e afetivos implicados na respetiva ação. No entanto, nem sempre a intenção ou decisão inicial se traduz em comportamento, o que pode ser explicado pela ação das outras dimensões: envolver-se na prática de um determinado comportamento implica que estejam presentes os conhecimentos e competências necessários para o levar a cabo, que as circunstâncias ambientais sejam mais facilitadoras do que inibidoras e que a ação seja avaliada como importante pelo indivíduo; também as respostas anteriormente desenvolvidas podem afetar este processo.

¹¹ Focando-nos particularmente na saúde mental da jovem durante a gravidez, a consideração das variáveis e relações preconizadas pelo modelo de stress e *coping* individual (Lazarus & Folkman, 1984) e pela “stress-buffering theory” (Cohen & Wills, 1985) pode ser também sobremaneira relevante para a compreensão do efeito de variáveis crescentemente valorizadas no estudo da (in)adaptação das jovens que engravidam e se decidem pela maternidade, tais como o impacto atribuído pela jovem à gravidez e a sua satisfação com o apoio social recebido. Na perspetiva do modelo de stress e *coping* individual, por exemplo, o mesmo acontecimento nem sempre implica os mesmos níveis de stress ou a mesma reação em todos os indivíduos, sendo o significado atribuído pela pessoa à situação um elemento crucial no aparecimento de reações de stress e, portanto, na determinação do bem-estar dos indivíduos (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Por sua vez, a “stress-buffering theory” realça o papel amortecedor (do inglês *buffer*) que o apoio social pode ter nesta relação. Especificamente, segundo este modelo, o apoio social – desde que percebido como adequado – pode intervir entre a experiência subjetiva de stress e o desenvolvimento de sintomas de afeto negativo (e.g., ansiedade e depressão; Cohen & Wills, 1985).

compreensão holística dos mesmos (Araújo Pedrosa, 2009; Santelli & Melnikas, 2010). O modelo bioecológico, pelo contrário, colmata essas necessidades ao considerar no espaço ecológico do indivíduo a existência de múltiplos sistemas, que atuam em níveis distintos, mas cada um incorporado nos seguintes, numa ótica interdependente: o *micro*, o *meso*, o *exo*, o *macro* e o *cronossistema* (cf. Figura 6)¹².

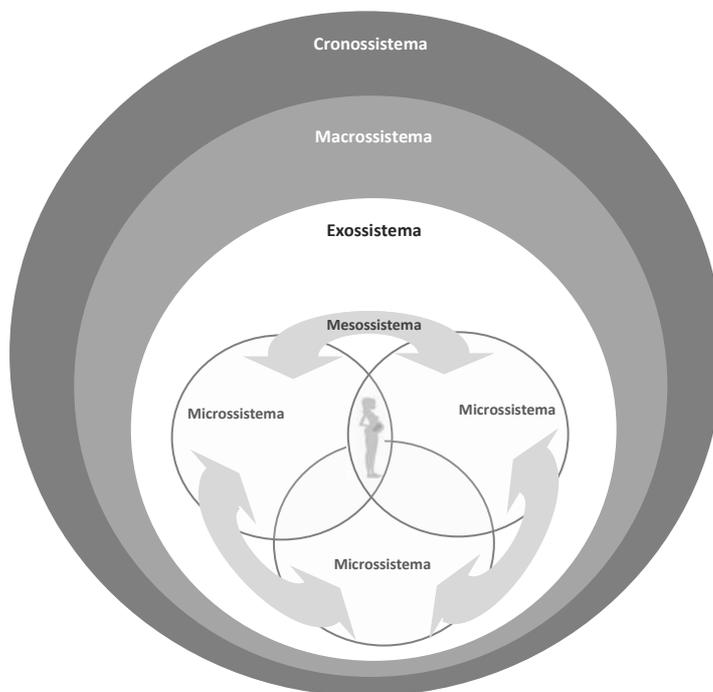


Figura 6 | Representação esquemática do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

À luz desta conceptualização teórica, a compreensão da etiologia da maternidade adolescente e dos resultados mais ou menos ajustados das jovens que a vivenciam deve atender, então, às características da adolescente, mas valorizar igualmente as características dos principais sistemas sociais em que o seu desenvolvimento ocorre e as interações que a adolescente estabelece em cada e com cada um deles. Além destes contextos mais imediatos, devem ainda ser considerados os contextos mais latos – tais como os ambientes culturais e as circunstâncias históricossociais – nos quais eles se integram. A todos os níveis, será necessário perspetivar as interações estabelecidas entre fatores do mesmo sistema, bem como a interdependência entre sistemas, i.e., a ação dos fatores de cada sistema como moderadores e/ou mediadores dos efeitos dos fatores dos

¹² O *microssistema* comporta o padrão de atividades, papéis e relações interpessoais da pessoa num dado contexto, considerando a realidade objetiva, mas também a forma como o indivíduo atribui significado àqueles elementos; inclui ainda as características de todas as pessoas, objetos e símbolos que participam na (ou influenciam a) vida do indivíduo. O *mesossistema* refere-se às inter-relações entre dois ou mais contextos em que o indivíduo participa de forma ativa (i.e., entre microssistemas). O *exossistema* compreende os contextos que não envolvem diretamente o indivíduo e em que não há participação direta deste, mas cujos acontecimentos afetam (ou são afetados) pelos contextos em que o indivíduo está inserido. O *macrossistema* diz respeito aos contextos culturais e ao conjunto de valores e crenças que atuam sobre os níveis anteriores, atribuindo-lhes coerência e consistência. O *cronossistema* refere-se às transições e circunstâncias históricossociais que se desenrolam no curso da vida da pessoa (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2006).

outros sistemas (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo, 2001; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001).

Percursos conducentes à maternidade adolescente: Resultados e lacunas da investigação

Ao analisarmos o extenso corpo de literatura sobre a etiologia da maternidade adolescente e a (in)adaptação das jovens que engravidam e se decidem pela maternidade, identificamos duas áreas que merecem ainda particular investimento ao nível da investigação: 1) o esclarecimento da variabilidade das trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente; e 2) a identificação dos fatores e processos explicativos das decisões/comportamentos e das circunstâncias mais ou menos ajustadas que podem conduzir as adolescentes à maternidade.

Até à data, foram inúmeros os estudos que, focando-se na etiologia da maternidade adolescente, recorreram à comparação de grupos de jovens que se encontravam a prosseguir uma gravidez e/ou que eram mães e grupos de controlo constituídos por jovens sem história de gravidez (e.g., Afafe-Munsuz, Speizer, Magnus, & Kendall, 2006; Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Berry, Shillington, Peak, & Hohman, 2000; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012; Corcoran, 1999; Corcoran, Franklin, & Bennett, 2000; East, Khoon, & Reyes, 2006; Keddie, 1992; Moore et al., 1995; Pereira, Canavarro, Cardoso, & Mendonça, 2005; Pires, 2009). Outros estudos elegeram como variável dependente a variação das taxas de nascimentos em mulheres adolescentes (e.g., Cavazos-Rehg et al., 2012; Nebot, Borrell, & Villalbí, 1997). Todos eles procuraram, através de análises descritivas e inferenciais diversas, explorar os fatores explicativos – proximais e/ou distais – da maternidade nesta fase do ciclo de vida.

Não obstante os importantes contributos proporcionados por estas investigações¹³, conforme referido por Moore et al. (1995), a opção metodológica que subjaz à constituição dos grupos analisados (i.e., a presença vs. ausência de gravidez/nascimento) permite apenas conhecer a etiologia da maternidade adolescente enquanto acontecimento singular, não sendo suficiente para incorporar o seu carácter multifásico. Na verdade, a variabilidade de trajetórias individuais conducentes à maternidade – i.e., aquelas através das quais as adolescentes tomam decisões e adotam comportamentos de risco para a ocorrência de uma gravidez e decidem depois prosseguir-

¹³ Alguns desses estudos foram inclusivamente levados a cabo à luz da perspetiva ecológica, que partilhamos (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012; Corcoran, Franklin, & Bennett, 2000; Nebot et al., 1997). Entre eles encontram-se as melhores aproximações existentes à caracterização da realidade nacional, na medida em que foram realizados com amostras representativas da RA dos Açores e/ou de Portugal Continental (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012).

la, tornando-se mães –, persiste insuficientemente explorada, alimentando estereótipos de homogeneidade sobre as grávidas/mães adolescentes, que são pouco informativos para a intervenção de tipo seletivo e precoce (Diamond & Savin-Williams, 2009; Phipps, Rosengard, Weitzen, Meers, & Billinkoff, 2008; Westman, 2009; Williams et al., 2002).

Também a compreensão holística das influências distais que operam sobre cada uma das decisões e comportamentos que podem conduzir as jovens à maternidade permanece parcialmente comprometida devido à opção metodológica supracitada. Do nosso conhecimento, apenas um estudo (Casper, 1990) abordou a etiologia da maternidade adolescente de forma a incorporar, na totalidade, o seu carácter multifásico¹⁴, não tendo este sido elaborado à luz do modelo bioecológico. Deste modo, torna-se necessário integrar os contributos dos estudos levados a cabo com vista à compreensão da etiologia dos comportamentos sexuais e contraceptivos da população adolescente em geral (Miller, 2002; Moore et al., 1995; Santelli & Melnikas, 2010), bem como dos estudos exclusivamente focados nos fatores explicativos do desfecho da gravidez adolescente (i.e., nascimento vs. interrupção da gravidez; Coleman, 2006; Evans, 2001; Lee, Clements, Ingham, & Stone, 2004; Madkour, Xie, & Harville, 2013; Murry, 1995). Apenas dessa forma poderemos tecer considerações sobre o contributo de fatores de diferentes níveis de influência para cada uma das decisões e comportamentos em causa, com vista à identificação das jovens de maior risco e à alteração das condições que, a nível individual e contextual, lhes conferem uma maior vulnerabilidade. No entanto, algumas opções conceptuais e metodológicas desses estudos – sobre as quais nos debruçaremos mais à frente neste trabalho – recomendam prudência na generalização dos seus resultados com vista a esse fim.

Relativamente ao estudo da (in)adaptação à gravidez e à transição para a maternidade, a literatura tem igualmente privilegiado a comparação entre adolescentes que se encontram a prosseguir uma gravidez e os seus pares sem história de gravidez (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Drescher et al., 2003; Pires, 2009; Wrennick et al., 2005) ou grávidas adultas (e.g., Canavarro, 2009a; Figueiredo, Bifulco et al., 2006; Figueiredo et al., 2007; Passino et al., 1993; Rodríguez & Jiménez, 2001; Tasdemir et al., 2010). No entanto, diversos autores têm chamado a atenção para a possibilidade de os fatores e processos explicativos da adaptação das jovens grávidas não serem os mesmos observados em jovens sem história de gravidez ou em grávidas adultas (e.g., Figueiredo et al., 2005; Pereira, 2001). Como tal, nos últimos anos temos assistido ao redireccionamento da investigação para o estudo intragrupo desses fatores (e.g., Araújo Pedrosa,

¹⁴ De acordo com a perspetiva de Casper (1990), da qual partilhamos, a integração do carácter multifásico da maternidade adolescente no estudo da sua etiologia exige o recurso a diferentes subgrupos de adolescentes sem história de gravidez (e.g., adolescentes que já iniciaram a vida sexual e, entre estas, as que utilizam contraceção) e que engravidam (e.g., adolescentes que prosseguem a gravidez e adolescentes que a interrompem), de forma a que possam ser incluídas na análise dos determinantes de cada uma das etapas de decisão apenas as adolescentes que estariam em risco para a opção que as pode conduzir à maternidade. A inclusão destes subgrupos permite ainda a constituição de grupos de comparação mais “puros” em cada um desses níveis de análise, uma vez que nem todas as adolescentes sem história de gravidez estão isentas do risco de engravidar (e.g., 7% a 10% das jovens portuguesas sem história de gravidez que já iniciaram a vida sexual não utilizam contraceção; Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; 16% das adolescentes sexualmente ativas da população geral incluídas no estudo de Cavazos-Rehg et al. (2012) ficariam agradadas com a ocorrência de uma gravidez; 11% das adolescentes incluídas no grupo “não grávidas” do estudo realizado por Chernick et al. (2012) assumiram não ter total certeza desse estado).

2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Holub et al., 2007; Kershaw et al., 2013; Koleva & Stuart, 2014; Pires, 2009; Soares et al., 2001). Relativamente ao ajustamento socioemocional das jovens durante a gravidez, no entanto, esse investimento não tem merecido igual atenção no que respeita às dimensões negativas e positivas da adaptação: apesar de algumas investigações recentes abordarem o contributo de diversos fatores para os níveis de sintomatologia depressiva experienciados durante a gravidez (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Holub et al., 2007; Koleva & Stuart, 2014; Pires, 2009), são escassas as suas homónimas no que respeita à QdV (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Kershaw et al., 2013; Pires, 2009).

Não sendo do nosso conhecimento investigações que avaliem as questões citadas de forma integrada, nomeadamente de abrangência e representatividade nacionais, os estudos empíricos do presente trabalho encontram-se organizados de acordo com os dois níveis de análise principais apresentados. O primeiro diz respeito ao esclarecimento da variabilidade das trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente, considerando tanto aquelas que culminam na ocorrência de uma gravidez (*Estudos Empíricos I e II*) como aquelas que subjazem ao prosseguimento da mesma (*Estudo Empírico II*). O segundo, por seu lado, diz respeito à análise dos fatores e processos explicativos dos comportamentos sexuais e contraceptivos de risco para a ocorrência de uma gravidez na adolescência (*Estudos Empíricos III, IV e V*), da decisão reprodutiva da jovem que engravida (*Estudo Empírico VI*) e do seu ajustamento socioemocional (i.e., sintomatologia depressiva e QdV) durante o prosseguimento da gravidez (*Estudo Empírico VII*). Reveremos, de seguida, a literatura sobre estes temas, procurando expor os resultados dos estudos existentes, identificar algumas das lacunas que persistem e esclarecer a forma como foi nossa intenção colmatá-las através dos estudos empíricos que integram o presente trabalho.

As trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente

A ocorrência da gravidez

O investimento na compreensão da heterogeneidade de comportamentos sexuais e contraceptivos que conduzem as jovens à gravidez é recente e ainda reduzido (Agurcia, Tickert, Bereson, Volk, & Wiemann, 2001; Carvalho, 2012; Phipps et al., 2008; William, 1993). Os escassos estudos que se debruçam sobre a questão concluem, de forma geral, que essa heterogeneidade se relaciona com características sociodemográficas, tais como a idade (Phipps et al., 2008) ou o local de residência (Carvalho, 2012), mas também com a realidade interpessoal na qual esses comportamentos ocorrem (Agurcia et al., 2001; Ferreira, 2008; William, 1993). Os mesmos comportamentos de risco têm ainda sido associados a diferentes motivações individuais, existindo algumas evidências acerca da variação destas motivações em função da realidade interpessoal na qual a relação sexual se enquadra e das características sociodemográficas dos intervenientes

(Araújo Pedrosa, 2009; Agurcia et al., 2001; Canavarro & Pereira, 2001; Ferreira, 2008; Kaufmann, 1998; Phipps et al., 2008).

Phipps et al. (2008), por exemplo, concluem que as grávidas adolescentes da sua amostra com idades entre os 12-15 anos iniciaram a vida sexual significativamente mais cedo, engravidaram num menor espaço de tempo e utilizavam contraceção com menor frequência do que as grávidas adolescentes entre os 16-19 anos. Comparativamente com as grávidas adolescentes mais velhas, entre as grávidas de 12-15 anos a ausência de utilização de contraceção relacionou-se de forma mais frequente com o carácter inesperado da relação sexual e de forma menos frequente com o desejo de engravidar e/ou com o facto de perceberem efeitos secundários associados à contraceção; as respostas das grávidas com 12-15 anos sugerem, ainda, a provável ausência de ponderação da possibilidade de engravidar, bem como de negociação da utilização de contraceção com o parceiro, o que não se verificou nas grávidas mais velhas. Por outro lado, a falha na utilização do preservativo foi significativamente mais frequente entre as grávidas com 12-15 anos, enquanto as falhas na utilização de contraceção hormonal foram mais comuns entre as grávidas com 16-19 anos.

A nível nacional, um estudo representativo da realidade da gravidez na adolescência em Portugal Continental sugere a existência de especificidades regionais ao nível dos comportamentos contraceptivos que conduzem as jovens à gravidez (Carvalho, 2012). Segundo a autora, as jovens da amostra que residiam nas regiões Norte, Centro e LVT engravidaram maioritariamente no contexto de utilização de contraceção; foi na região Norte que esta proporção se revelou mais expressiva (80,4% vs. 50,0% no Centro, 63,8% em LVT). Pelo contrário, no Sul do país (i.e., Alentejo e Algarve), as jovens grávidas analisadas reportaram maioritariamente não utilizar contraceção à data da conceção (56,8%). No entanto, o planeamento da gravidez não foi controlado nestas análises, pelo que permanece por esclarecer a proporção de jovens que engravidam devido à ausência de utilização de contraceção por motivos alheios a um plano de gravidez.

No que diz respeito à realidade interpessoal na qual os comportamentos sexuais e contraceptivos ocorrem, os resultados de Phipps et al. (2008) sugerem que as jovens da sua amostra que tiveram apenas um parceiro sexual foram aquelas que engravidaram de forma mais frequente sem nunca terem usado contraceção, apesar de não desejarem ser mães. Os resultados deste e de outros estudos revelam, adicionalmente, que a gravidez planeada na adolescência ocorre maioritariamente em jovens mais velhas (Kaufmann, 1998; Phipps et al., 2008), com relações de namoro mais duradouras, com parceiros substancialmente mais velhos, tendo estes baixas habilitações literárias e estando habitualmente inseridos no mercado de trabalho (Agurcia et al., 2001; Canavarro & Pereira, 2001; Ferreira, 2008). No entanto, outros autores salientam que parceiros sexuais com as características descritas são habitualmente detentores de conhecimentos reduzidos sobre contraceção (William, 1993), sendo de esperar o seu envolvimento em gravidezes resultantes da ineficácia do comportamento contraceptivo (Phipps et al., 2008; William, 1993). Não obstante a ausência de consenso acerca destas questões, a consciencialização acerca do carácter

partilhado das decisões que subjazem aos comportamentos sexuais e contraceptivos das adolescentes que engravidam tem sido crescente (Canavarro & Pereira, 2001; Diamond & Savin-Williams, 2009; Moore et al., 1995).

Face ao exposto, diversos autores têm chamado a atenção para a necessidade de conhecer melhor a variabilidade das trajetórias individuais que conduzem as jovens à gravidez, incorporando nessa análise não só as diferentes sequências de decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos que culminam na ocorrência da gravidez, mas também as características sociodemográficas dos seus intervenientes, as realidades interpessoais nas quais essas decisões e comportamentos ocorrem e as motivações associadas a cada um deles (Agurcia et al., 2001; Carvalho, 2012; Hawes et al., 2010; Moore et al., 1995; Phipps et al., 2008); a utilização de amostras representativas dos países e das realidades locais que os compõem tem sido também cada vez mais valorizada (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012; Fatusi & Blum, 2008; Ferreira, 2008; Lerner et al., 2000a; Moore et al., 1995; Uthman, 2008). A utilidade do aumento de conhecimento nestas áreas reside no seu contributo para a identificação das necessidades particulares dos grupos de maior risco – de acordo com os ambientes específicos em que se encontram inseridos – e, como tal, para uma maior adequabilidade do planeamento de ações de prevenção seletiva e precoce destinadas à redução da ocorrência de gravidez nesta fase do ciclo de vida (Churchill et al., 2000; Dinamond & Savin-Williams, 2009; Felton & Bartonces, 2002; Gordon, 1987; Miller et al., 2005; Williams et al., 2002). Como tal, no *Estudo Empírico I* do presente trabalho, procurámos alcançar uma descrição detalhada de todas as questões citadas (i.e., das sequências de decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos que culminam na ocorrência de uma gravidez na adolescência, das realidades interpessoais nas quais essas decisões e comportamentos ocorrem, das motivações associadas a cada um deles e das características sociodemográficas dos intervenientes), na realidade sociocultural portuguesa, dando especial atenção à averiguação da existência de especificidades regionais. Em função da escassez de estudos destinados à compreensão da ocorrência de gravidezes planeadas nesta fase do ciclo de vida (Montgomery, 2002; Moore et al., 1995), da aparente discrepância entre as proporções das mesmas em diferentes regiões do nosso país (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012) e das evidências da literatura internacional que apontam para o facto de a gravidez planeada na adolescência nem sempre resultar de um desejo partilhado por ambos os membros do casal (Clear, Williams & Crosby, 2012; Davies et al., 2006), no *Estudo Empírico II* procurámos acrescentar a essa descrição uma compreensão mais aprofundada sobre os intervenientes no planeamento da gravidez, segundo a perspetiva da jovem (i.e., adolescente, companheiro ou ambos), e sobre a distribuição regional de cada uma dessas realidades.

O prosseguimento da gravidez

O conhecimento existente sobre as trajetórias individuais subjacentes ao prosseguimento de uma gravidez na adolescência é bastante limitado, fruto, naturalmente, dos históricos constrangimentos legais impostos à prática da interrupção da gravidez, das sucessivas alterações desses constrangimentos e das diferentes circunstâncias legais e socioculturais que medeiam a sua prática em diferentes países e que, conseqüentemente, dificultam a generalização dos resultados alcançados para meios distintos.

No entanto, face à ausência de investigações nacionais realizadas após a despenalização da IVG, a literatura internacional pode fornecer-nos algumas pistas acerca das especificidades que esta decisão assume entre adolescentes. Segundo os estudos existentes, trata-se de um processo cuja complexidade pode ser ampliada por características próprias desta fase desenvolvimental. Aspectos como o limitado período temporal disponível para a decisão, devido à deteção habitualmente tardia da gravidez entre adolescentes e da sua maior necessidade de tempo para tomadas de decisão complexas, quando comparadas com adultos (Bailey et al., 2001; Dobkin, Perrucci, & Dehlendorf, 2013; Leal, 2006; Needle & Walker, 2008), os motivos subjacentes à decisão e o papel assumido por outros significativos (Evans, 2001; Guedes, 2008; Henshaw & Kost, 1992) estão entre as especificidades mais apontadas. No entanto, a literatura foca-se essencialmente nas jovens que se decidem pela interrupção, não sendo do nosso conhecimento estudos que explorem a perspetiva das jovens que prosseguem a gravidez.

Em Portugal, os próprios dados da DGS permitem apenas tecer considerações acerca da proporção de jovens que, ao engravidar, optam pela IVG (DGS, 2012b; PORDATA, 2013), como já descrevemos. Questões meramente descritivas tais como a proporção de jovens que, face à ocorrência de uma gravidez não planeada, optam pela maternidade ou, pelo contrário, se resignam à sua ocorrência pela impossibilidade legal de interromper a gravidez continuam inexploradas. Também o mais recente investimento na compreensão dos motivos e do envolvimento de outros significativos nas decisões reprodutivas da população adolescente tem mantido o foco exclusivo nas jovens que optam pela IVG (Pereira, Pires, & Canavarro, 2013a, 2013c, 2014).

Os únicos dados, do nosso conhecimento, que adotam a perspetiva das adolescentes que prosseguem a gravidez restringem-se à realidade açoriana: Araújo Pedrosa (2009) e Canavarro (2009a) referem que cerca 91% das grávidas/mães adolescentes da sua amostra declararam não ter sequer ponderado a hipótese de interromper a gravidez. Entre os principais motivos que levaram as jovens que ponderaram a IVG a prosseguir a gravidez estiveram a ausência de enquadramento legal, valores pessoais e/ou crenças religiosas contra a IVG e a oposição de familiares/do companheiro à sua realização. O trabalho de Carvalho (2012) proporcionou ainda alguns avanços face ao conhecimento desta realidade em Portugal Continental, chamando a atenção para o facto de existirem diferenças entre regiões no que se refere à ponderação da IVG. Segundo a autora, foi na região de LVT que se verificou uma maior proporção de jovens que ponderaram interromper a

gravidez (33,8% vs. 12,5% no Norte, 8,7% no Centro e 4,5% no Sul). No entanto, nenhum destes estudos controlou o planeamento prévio da gravidez nos dados apresentados e o mais recente deles não teve em consideração se as jovens que ponderaram a IVG tiveram oportunidade legal de optar pela mesma, pelo que continuam a verificar-se necessidades específicas de investigação a estes níveis.

De acordo com o sugerido por Stotland (1996), a menor atenção que historicamente tem sido prestada a estes e outros aspetos (e.g., consentimento do representante legal) quando as jovens decidem prosseguir a gravidez não é congruente com as potenciais consequências negativas que essa decisão pode ter na vida dos cidadãos implicados. Acresce que a realização de estudos de abrangência nacional que abordem estas questões de forma integrada é indispensável à necessária especialização dos serviços de saúde no que concerne ao apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva na adolescência e à promoção da adaptação dos seus intervenientes (APF, 2010; Pereira, 2012). Como tal, o *Estudo Empírico II* do presente trabalho visou alcançar uma caracterização nacionalmente representativa do processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento da gravidez na adolescência, integrando nessa análise compreensiva a descrição da seguinte sequência de circunstâncias: 1) a ocorrência de uma gravidez não planeada, 2) a presença ou ausência de enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto com os serviços de saúde, 3) a ponderação ou não dessa possibilidade, se existente e 4) os motivos e as contribuições de outros significativos que levaram as jovens que ponderaram a IVG a, ainda assim, optar por prosseguir a gravidez. Foi dada particular atenção à distribuição regional das trajetórias identificadas.

Fatores e processos explicativos do comportamento sexual e contraceptivo, da decisão reprodutiva e do ajustamento socioemocional durante a gravidez

O início da atividade sexual e a eficácia da jovem na prevenção da gravidez

Baseados na premissa de que o início da atividade sexual é uma condição necessária à ocorrência de gravidez (Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005), diversos autores têm investido na compreensão dos fatores que influenciam a decisão de iniciar ou não a vida sexual na adolescência (e.g., Aras, Semin, Gunay, Orcin, & Ozan, 2007; Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Carvalho, 2012; Rink, Tricker, & Harvey, 2007). Este investimento enquadra-se numa linha de prevenção universal da maternidade adolescente muito valorizada durante décadas, particularmente nos Estados Unidos da América: a promoção da abstinência sexual entre todos os adolescentes (Dinamond & Savin-Williams, 2009). No entanto, a literatura revela que o início da atividade sexual na adolescência se associa tanto a trajetórias maladaptativas como adaptativas (Graber, Brooks-

Gunn, & Galen, 1998; Mitchell & Wellings, 1998), constituindo, na verdade, uma transição normativa e cada vez mais expectável nesta fase do ciclo de vida (Rafaelli & Crockett, 2003). A cada ano, milhares de adolescentes de todos os países desenvolvidos vivenciam essa transição, sem que a maioria delas venha posteriormente a experienciar uma gravidez antes de atingir a idade adulta (Matos, Reis, Ramiro, & Equipa Aventura Social, 2012; Silva et al., 2011).

Contudo, os resultados de diversos estudos são unânimes quanto ao elevado risco que o início precoce da atividade sexual pode assumir para a ocorrência de uma gravidez na adolescência, particularmente entre jovens do sexo feminino (Cavazos-Rehg et al. 2010; Hawes et al., 2010; O'Donnell et al., 2001; Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, & Macdowall, 1999). Como tal, diversos autores (e.g., Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005) têm vindo a defender que, ao analisar o início da atividade sexual na adolescência sem considerar o *timing* da sua ocorrência, o risco específico que esta experiência poderá conferir para a ocorrência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida é ignorado. Assim, temos assistido a um crescente investimento da comunidade científica no esclarecimento: 1) dos fatores explicativos do início precoce da atividade sexual, em detrimento da compreensão dos fatores explicativos da decisão de iniciar ou não a vida sexual durante a adolescência; e 2) da natureza da associação entre o início precoce da atividade sexual e a ocorrência de uma gravidez na adolescência, em detrimento da mera constatação da sua existência. No entanto, continuam a verificar-se necessidades específicas de investigação em cada um destes níveis, algumas das quais decorrentes das opções concetuais dos estudos existentes.

Em primeiro lugar, apesar do extenso corpo de literatura que explora o contributo de fatores de diferentes níveis de influência para o início precoce da atividade sexual (revisto em detalhe no *Estudo Empírico III* do presente trabalho), os indicadores usados para avaliar o carácter mais ou menos precoce da iniciação sexual são maioritariamente baseados na premissa de que o risco associado a essa experiência é diferente antes e depois de uma determinada idade (e.g., Boislard & Poulin, 2011; Boyce, Gallupe, & Fergus, 2008; Fatusi & Blum, 2008; Felton & Bartoces, 2002; Longmore, Manning, Giordano, & Rudolph, 2004; Mott, Fondell, Hu, Kowaleski-Jones, & Menaghan, 1996; Rafaelli & Crockett, 2003; Uthman, 2008; Valle et al., 2005; Wellings et al., 2001). Não obstante a utilidade dessa dicotomização, a heterogeneidade dos pontos de corte escolhidos (i.e., 12, 13, 15, 16 e 17 anos) afigura-se como uma importante limitação desse corpo de investigação, mesmo tendo em conta a adequabilidade dos critérios desenvolvimentais (e.g., competências cognitivas para o processo de tomada de decisão), estatísticos (e.g., idade média de iniciação sexual no país) e/ou legais (e.g., idade legal para a prestação de consentimento para a atividade sexual) que lhes estiveram subjacentes nas realidades socioculturais em causa. Explorar os determinantes da idade de iniciação sexual considerando-a como uma variável contínua – à semelhança do que fizeram Jamieson e Wade (2011) e Ramirez-Valles, Zimmerman e Juarez (2002) – parece-nos uma opção mais objetiva; a sua mais-valia reside na possibilidade de comparar os resultados de diferentes estudos e de os generalizar com mais segurança para diferentes realidades socioculturais, com vista à identificação das jovens que se encontram em maior risco de

iniciar a vida sexual mais cedo do que os seus pares. Apenas com base nesse conhecimento será possível selecioná-las para ações preventivas destinadas ao adiamento da iniciação sexual e/ou à promoção atempada de competências que as capacitem para escolhas contraceptivas informadas e para a correta implementação dos respetivos comportamentos contraceptivos aquando dessa iniciação (Brookmeyer & Henrich, 2009; O'Donnell et al., 2001; Vale et al., 2005; Wellings et al., 1999). Como tal, no *Estudo Empírico III* do presente trabalho, procurámos esclarecer o contributo de diversos fatores para a idade de início da vida sexual, considerando-a como uma variável contínua.

Em segundo lugar, apesar dos importantes avanços proporcionados pelos estudos existentes no que respeita ao esclarecimento da natureza da associação entre o início precoce da atividade sexual e a ocorrência de uma gravidez na adolescência, algumas das suas especificidades continuam por esclarecer. Hoje em dia, é consensual que o início precoce da atividade sexual aumenta o risco de ocorrência de uma gravidez na adolescência por duas razões principais. A primeira diz respeito ao período de tempo durante o qual a ocorrência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida é possível: jovens que iniciam a sua atividade sexual mais cedo estarão mais tempo expostas ao risco de gravidez antes de atingir a idade adulta, caso mantenham uma vida sexual ativa (Araújo Pedrosa, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Treffers et al., 2001).

A segunda, mais informativa para a prevenção, diz respeito à associação observada entre idades mais precoces de iniciação sexual e a ausência de utilização de contraceção e/ou o seu uso incorreto (Brookmeyer & Henrich, 2009; Coker et al., 1994; Felton & Bartoces, 2002; Moore, Miller, Gleit, & Morrison, 1995; Mosher & McNally, 1991; Wang & Chiou, 2008). No entanto, salvo raras exceções (e.g., Wang & Chiou, 2008), os estudos que o fundamentam baseiam-se, mais uma vez, em dicotomizações heterogéneas do que constitui uma idade de iniciação sexual precoce, dificultando a comparação dos resultados alcançados e a sua generalização para outras realidades socioculturais. Acresce que não são do nosso conhecimento estudos que se debrucem sobre o esclarecimento dos mecanismos mediante os quais a iniciação precoce da atividade sexual se associa com comportamentos contraceptivos de risco para a ocorrência de uma gravidez. Apesar de a literatura sugerir a existência de associações entre estas duas variáveis e menores habilitações literárias das jovens (Commendador, 2007; Corcoran et al., 2000; Fergusson & Woodward, 2000; Ryan, Franzetta, & Manlove, 2007; Schvaneveldt, Miller, Berry, & Lee, 2001; Spriggs & Halpern, 2008; Wheeler, 2010) e maior diferença de idade entre elas e os seus parceiros sexuais (Crockett, Raffaelli, & Moilamen, 2003; Halpern, Kaestle, & Hallfors, 2007; Kaestle, Halpern, Miller, & Ford, 2005; Males, 1993; O'Donnell et al., 2001; Young & d'Arcy 2005; estes resultados são revistos em detalhe no *Estudo Empírico IV* do presente trabalho), não fica claro se estas variáveis explicam a associação entre as duas primeiras. Este conhecimento poderá contribuir para o estabelecimento de prioridades ao nível das ações de prevenção seletiva e precoce a implementar junto das jovens que iniciam a vida sexual mais cedo do que os seus pares, com vista à diminuição do risco de

adoção de comportamentos contraceptivos desadequados à prevenção de uma gravidez. No *Estudo Empírico IV* procurámos alcançar uma maior compreensão sobre estas questões.

Por outro lado, um extenso corpo de literatura atesta o contributo de outras variáveis, de natureza distal e pertencentes a diversos níveis de influência, para os comportamentos contraceptivos da população adolescente (e.g., Cook, 2009; Gold et al., 2010; González, Molina, Montero, Martínez, & Molina, 2009; Manlove, Logan, Moore, & Ikramullah, 2008; Ryan et al., 2007; Van Horne, Wiemann, Berenson, Horwitz, & Volk, 2009; Wang & Chiou, 2008). No entanto, a transposição desse conhecimento para a prática continua a ser uma tarefa difícil (Chernick et al., 2012; Churchill et al., 2000; French & Cowan, 2009; OMS, 2004b). A este respeito, importa salientar duas questões principais: 1) a diversidade de operacionalizações de comportamento contraceptivo usadas para abordar a questão da sua etiologia e 2) a dificuldade de avaliar o risco a que cada uma das jovens se encontra sujeita de forma rápida e objetiva.

Entre as operacionalizações de comportamento contraceptivo mais escolhidas para avaliar a sua etiologia encontram-se a utilização de contraceção na primeira experiência sexual (e.g., Ryan et al., 2007), na última relação sexual (e.g., Gold et al., 2010) ou sempre (e.g., Ryan et al., 2007). São também muito comuns medidas da consistência/frequência do uso de contraceção (e.g., Davies et al., 2006; González et al., 2009; Manlove et al., 2008; Manning, Flanigan, Giordano, & Longmore, 2009; Van Horne et al., 2009). Por diversas vezes, não são fornecidas informações acerca do carácter mais ou menos eficaz dos métodos contraceptivos usados (e.g., Davies et al., 2006; Gold et al., 2010; Manlove et al., 2008). Outros estudos não avaliam o uso de contraceção em geral, mas sim o uso de preservativo em particular (e.g., Ford, Sohn, & Lepkowski, 2001; Katz, Fortenberry, Zimet, Blythe, & Orr, 2000; Lazarus et al., 2009; Manlove, Ryan, & Franzetta, 2007; Manning et al., 2009) ou o uso combinado de métodos contraceptivos hormonais e de barreira (e.g., Cook, 2009; Tyler et al., 2014).

Não obstante a pertinência destas investigações, a comparação dos seus resultados com vista a uma compreensão holística das variáveis que contribuem para comportamentos contraceptivos de risco para a ocorrência de uma gravidez fica, desde logo, comprometida pela heterogeneidade descrita. A este respeito, devem ser tidas em conta, por exemplo, as evidências da literatura sobre: 1) as elevadas proporções de grávidas adolescentes que reportam ter utilizado contraceção à data da conceção (Abma et al., 1997; Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Carvalho, 2012; Jones et al., 2002; Klerman, 2000; Tripp & Viner, 2005); 2) a diferente eficácia dos vários métodos contraceptivos e os diferentes níveis de suscetibilidade dos mesmos a erros por parte do utilizador (e.g., Committee on Adolescence [CA], 2007; French & Cowan, 2009); e 3) a existência de diferenças nos fatores que determinam a escolha de métodos hormonais de prevenção da gravidez e de métodos barreira que previnem igualmente as doenças sexualmente transmissíveis (Hillman, Negriff, & Dorn, 2010; Ott, Adler, Millstein, Tschann, & Ellen, 2002). Acresce que, salvo raras

exceções (Davies et al., 2006; Gold et al., 2010), a ausência de controlo da intenção de gravidez entre as jovens avaliadas nestes estudos constitui uma limitação adicional.

Por outro lado, verifica-se a dificuldade em avaliar, de forma rápida e objetiva, alguns dos fatores de risco identificados pela literatura. Referimo-nos, por exemplo, a fatores como o apoio emocional e a supervisão familiar/parental (González et al., 2009; Miller, 2002), o estilo de tomada de decisão, a autoeficácia e/ou a capacidade de autorregulação das jovens (Black, Sun, Rohrbach, & Sussman, 2011; Raffaelli & Crockett, 2003). Acresce que a avaliação da presença cumulativa dos fatores de risco referidos pela literatura poderá ser insuficiente para a rigorosa avaliação que é necessária com vista à seleção das jovens para ações de prevenção seletiva e precoce (Gordon, 1983, 1987), uma vez que ignora as diferentes constelações que esses fatores podem assumir na predição do resultado indesejado, bem como a ação de outros fatores – protetores – que poderão atenuar o risco a que cada jovem se encontra sujeita em determinado momento do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; UNPF, 2013; Williams et al., 2002). Verifica-se, portanto, a necessidade de informar e simplificar o processo de avaliação do risco a que estão sujeitas as jovens que procuram cuidados de saúde globais (e.g., Medicina Geral e Familiar e Pediatria). O benefício de tal investimento reside na otimização de recursos e resultados que pode proporcionar ao nível da redução efetiva do número de nascimentos em mulheres adolescentes. Como demonstram diversos estudos, apesar de algumas adolescentes permanecerem relutantes em solicitar consultas de planeamento familiar (French & Cowan, 2009; OMS, 2004b; Silva et al., 2012), esta população recorre, na sua maioria, pelo menos a uma consulta de rotina anualmente (Burstein et al., 2003; Chernick et al., 2012). Churchill et al. (2000) referem que 82,5% das grávidas adolescentes da sua amostra solicitaram serviços de saúde por motivos alheios à sexualidade e à contraceção um ano antes da conceção. Chernick et al. (2012) verificaram ainda que cerca de 19,5% das jovens atendidas nos serviços de urgência pediátrica no espaço de um ano estão em risco de engravidar, que metade delas considera que os médicos deveriam abordar com elas questões relacionadas com a prevenção da gravidez e que um quarto estaria disponível para iniciar contraceção hormonal nesse atendimento, se tal lhe fosse proposto.

Como tal, no *Estudo Empírico V*, procurámos explorar o contributo de fatores de diversos níveis de influência para os comportamentos contraceptivos de risco para a ocorrência de uma gravidez na adolescência: 1) elegendo como variável dependente a (in)eficácia do comportamento das jovens na prevenção da gravidez, operacionalizando a eficácia como utilização de pelo menos um método contraceptivo eficiente na prevenção da gravidez (CA, 2007; French, & Cowan, 2009), sem evidências de falhas nessa utilização, por parte de jovens que haviam iniciado a sua atividade sexual mas não pretendiam ser mães naquele momento das suas vidas; 2) averiguando apenas a contribuição dos fatores de influência referidos pela literatura que poderão ser fácil e rapidamente avaliados pelos profissionais que prestam cuidados de saúde globais à população adolescente; e 3) recorrendo a uma metodologia estatística passível de ser transposta para a elaboração de uma ferramenta

auxiliar de classificação do risco individual de ineficácia na prevenção da gravidez, no momento do contacto com o profissional de saúde.

Por fim, importa salientar uma opção metodológica transversal à maioria dos estudos revistos que, em nosso entender, coloca importantes constrangimentos à generalização dos seus resultados para o contexto particular da maternidade adolescente. À semelhança do que tem acontecido em muitas outras áreas da saúde da população adolescente (Williams et al., 2002), a investigação na área dos comportamentos sexuais e contraceptivos tem sido maioritariamente realizada recorrendo a amostras de jovens inseridas no sistema de ensino, em anos escolares correspondentes ao 3º ciclo do ensino básico português (e.g., O'Donnell et al., 2001; Miller et al., 1997) ou, de forma mais frequente ainda, ao ensino secundário (e.g., Pearson, Kholodkov, Henson, & Impett, 2012; Ramirez-Valles et al., 2002; Wang & Chiou, 2008). Tendo em consideração que as adolescentes que se tornam mães tendem a apresentar história de abandono escolar e/ou um percurso académico pautado pelo insucesso e por sucessivas reprovações (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Corcoran et al., 2000; Fergusson & Woodward, 2000), parece-nos possível hipotetizar que a opção metodológica supracitada contribui para que muitas das adolescentes de maior risco não sejam abrangidas pelas investigações em causa. Em Portugal, em particular, os dados disponíveis revelam que 35,3% das adolescentes que engravidam abandonam a escola antes de completar o 7º ano de escolaridade e que 63,3% fazem-no antes de terminar o 9º; o ano médio de abandono escolar prévio à ocorrência da gravidez parece variar entre o 6º e o 7º ano de escolaridade, dependendo da região do país em causa (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012). Como tal, no presente trabalho procurámos colmatar essa limitação metodológica, nomeadamente através da recolha de dados de alunas de diversas escolas básicas (2º e 3º ciclos) e secundárias de todo o país e de utentes de diversos serviços de saúde (i.e., maternidades, hospitais, centros de saúde e centros de atendimento a jovens), independentemente de estas frequentarem ou não o sistema de ensino.

A decisão reprodutiva da jovem face à ocorrência de uma gravidez

Apesar da ausência de investigações nacionais que se debrucem sobre a decisão reprodutiva das jovens face à ocorrência de uma gravidez, diversos estudos internacionais – alguns dos quais elaborados à luz da perspetiva ecológica (Evans, 2001; Murry, 1995) – atestam o contributo de diversos fatores individuais e contextuais para o desfecho da gravidez na adolescência (i.e., nascimento vs. interrupção da gravidez; Coleman, 2006; Evans, 2001; Lee et al., 2004; Madkour, Xie, & Harville, 2013; Murry, 1995). Esses estudos encontram-se revistos detalhadamente no *Estudo Empírico VI*.

No entanto, a generalização dos seus resultados para a compreensão da etiologia da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico fica comprometida,

desde logo, pela ausência de controlo de etapas de decisão anteriores à ocorrência de gravidez (e.g., planeamento da gravidez). Também a ausência de consideração das condições mínimas necessárias para que o desfecho da gravidez tenha decorrido da decisão da jovem (e.g., o enquadramento legal para optar pela interrupção à data do contacto com os serviços de saúde) constitui um obstáculo a essa generalização. Acresce que as restrições legais e condições de realização da interrupção (e.g., prazos legais e acessibilidade aos serviços) variam de acordo com o país em causa, o que pode comportar diferenças assinaláveis ao nível dos fatores que influenciam a decisão reprodutiva da jovem (Adamczyk, 2008; Murry, 1995; Peres & Heilborn, 2006; Stotland, 1996).

Por estas razões, reveste-se de particular importância esclarecer o contributo dos fatores apontados pela literatura para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência na realidade sociocultural portuguesa. As mais-valias desse conhecimento prendem-se com a contribuição que poderá ter para uma atuação mais informada e ajustada às características e aos contextos de vida destas jovens por parte dos serviços e profissionais de saúde envolvidos no apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva e à promoção da posterior adaptação dos seus intervenientes. O *Estudo Empírico VI* teve como objetivo o esclarecimento destas questões, ao explorar o contributo de fatores de diversos níveis de influência para a decisão reprodutiva das jovens que engravidam de forma não planeada e contactam com os serviços de saúde dentro do prazo legal que lhes permitiria optar pela IVG.

O ajustamento socioemocional durante o prosseguimento da gravidez

Ao longo das últimas décadas, temos assistido a um aumento significativo do conhecimento sobre o contributo de fatores de diversos níveis de influência para a sintomatologia depressiva experienciada pelas jovens durante a transição para a maternidade (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Eshbaugh, 2006; Holub et al., 2007; Koleva & Stuart, 2014; Pires, 2009). O mesmo não tem acontecido no que respeita à QdV, área que apenas recentemente tem sido alvo de investimentos nesse sentido (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Kershaw et al., 2013; Pires, 2009). No entanto, as evidências dos estudos existentes demonstram, de forma consensual, que o ajustamento das jovens que engravidam e se decidem pela maternidade se encontra largamente dependente dos contextos socioeconómicos (Jaffe, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001; Milan et al., 2004) e culturais em que a gravidez ocorre (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Eshbaugh, 2006; Sieger & Renk, 2007), bem como do apoio social disponibilizado (Araújo Pedrosa et al., 2011; Beers & Hollo, 2009; Brown, Harris, Woods, & Buman, 2012; Kershaw et al., 2013; Logsdon et al., 2008; Nunes & Phipps, 2013; Pires, 2009). Alguns estudos sugerem ainda o contributo que a perceção das jovens acerca do impacto que a gravidez tem nas suas vidas pode assumir nos níveis de ajustamento experienciados: apesar de ser expectável que as adolescentes percecionem o impacto

da gravidez em várias áreas da sua vida como negativo, a investigação tem evidenciado que esse não é o caso de todas as adolescentes que engravidam, o que pode contribuir para os diferentes níveis de ajustamento observados em diversos estudos (Araújo Pedrosa et al., 2011; Eshbaugh et al., 2006; Spear, 2001). No entanto, as evidências nesta área são ainda escassas, sendo necessário um maior investimento no seu esclarecimento.

Para além disso, são raras as investigações que abordam a adaptação da jovem analisando tanto a sintomatologia depressiva como a QdV (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Pires, 2009) e apenas um estudo do nosso conhecimento tomou em consideração a possível covariação destas medidas, incluindo-as simultaneamente numa análise de *clusters* destinada à identificação de perfis mais e menos ajustados entre as jovens grávidas da sua amostra (Araújo Pedrosa et al., 2011). No entanto, estudos recentes realizados com amostras de grávidas adultas são unânimes acerca da associação existente entre estas duas medidas da adaptação, sugerindo que a consideração da mesma é essencial ao delineamento de intervenções destinadas a uma verdadeira promoção da saúde (e não apenas à prevenção da perturbação) durante a transição para a maternidade. Segundo esses estudos, quanto maior a sintomatologia depressiva experienciada pela mulher, menor a sua QdV (Boyce et al., 2000; Costa et al., 2006; Li et al., 2012; Setse et al., 2009) – mesmo após o controlo de um conjunto alargado de outros fatores, cuja descrição detalhada consta do *Estudo Empírico VII* do presente trabalho. O apoio social tem também assumido um papel de destaque nessas investigações. Segundo alguns autores (e.g., Setse et al., 2009), esta variável é um importante fator protetor para resultados negativos ao nível da QdV relacionada com a saúde entre grávidas adultas deprimidas. No que respeita à gravidez na adolescência, é teoricamente previsível, e está bem apoiado por diferentes estudos, que um apoio social percebido como adequado – principalmente no que respeita à mãe da grávida e ao pai do bebé – aumenta as probabilidades de uma transição bem-sucedida (Araújo Pedrosa et al., 2011; Bogat, Guzmán, Galasso, & Davidson, 1998; Brown et al., 2012; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001; Soares & Jongenelen, 1998). No entanto, os processos mediante os quais esta influência protetora opera permanecem consideravelmente inexplorados.

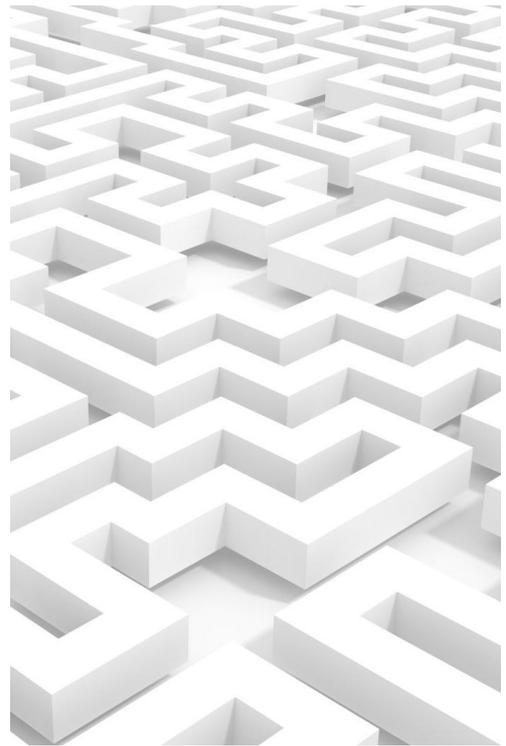
Uma vez que o aumento do conhecimento nestas áreas poderá ser essencial a uma maior compreensão do ajustamento socioemocional das jovens que engravidam e prosseguem a sua gravidez, no *Estudo Empírico VII* procedemos à análise desse ajustamento: 1) considerando como indicadores tanto a sintomatologia depressiva como a QdV das jovens, atendendo à possível associação entre ambos; e 2) procurando esclarecer o contributo que a perceção das jovens acerca do impacto que a gravidez tem nas suas vidas e a satisfação com o apoio social recebido por parte da mãe e/ou do pai do bebé podem assumir nos níveis de ajustamento experienciados.

Os diferentes pesos relativos e efeitos dos fatores de vários níveis de influência

Apesar de diversos estudos examinarem o contributo de fatores de diferentes níveis ecológicos para as decisões, comportamentos e níveis de ajustamento descritos, são raros – e encontram-se referenciados em cada um dos estudos empíricos para os quais assumem particular relevância – os estudos que o fazem de uma forma integrada, analisando simultaneamente fatores dos diferentes níveis de influência preconizados pelo modelo bioecológico. A vantagem dessa análise simultânea reside na oportunidade que proporciona para captar a interação existente entre esses fatores e os seus diferentes pesos relativos em modelos explicativos de cada um dos resultados avaliados. Tal não é possível a partir de resultados de estudos elaborados de forma independente, nomeadamente pelas variações conceptuais e metodológicas existentes entre eles, mas também pelos diferentes papéis que cada um desses fatores poderá assumir na presença de outros. Tal como refere Cicchetti (2006): “The dynamic interplay of risk and protective processes may have differential impact depending on the cultural norms, practices, values, and beliefs.” (p. 4); “Additionally, transactions occur among the different internal domains for the individual (biological, cognitive, affective, representational, and interpersonal).” (p. 10).

Acresce que a avaliação simultânea dos fatores explicativos de um determinado resultado poderá ser insuficiente para captar a natureza da sua interdependência, isto é, os efeitos mediadores e/ou moderadores que determinados fatores poderão ter na ação de outros. A utilidade desse conhecimento reside no seu carácter informativo para a prevenção e intervenção: à luz da Psicopatologia do Desenvolvimento, uma ação eficaz na prevenção/modificação das trajetórias maladaptativas deve investir na diminuição dos fatores e processos de risco que, ao nível individual e contextual, possam conferir vulnerabilidade (sempre que os mesmos sejam passíveis de ser modificados), bem como na ativação de fatores e processos protetores que, aos mesmos níveis, possam promover a resiliência dos indivíduos (Canavarro, 2009b; Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner et al., 2000a; Williams et al., 2002). No entanto, apenas uma minoria da extensa investigação levada a cabo nas áreas de interesse do presente estudo vai além da identificação dos fatores explicativos das decisões e comportamentos que podem conduzir as jovens à maternidade (e.g., Cook, 2009; Evans, 2001; Jamieson & Wade, 2011; Murry, 1995) e do ajustamento destas à gravidez (e.g., Milan et al., 2004), procurando esclarecer os processos através dos quais essa influência ocorre. Esse conhecimento afigura-se como particularmente relevante no que se refere à saúde da população adolescente em geral e às áreas de interesse do presente trabalho em particular, dada a vastidão de fatores de influência revelados pela literatura e a complexidade das suas inter-relações na predição dos resultados indesejados (Evans, 2001; OMS, 2004b; UNPF, 2013; Williams et al., 2002; Zimmer-Gembeck & Helfand 2007). Como tal, nos *Estudos Empíricos III, IV, V, VI e VII* do presente trabalho, procurámos não só explorar os fatores de influência que operam sobre cada um dos resultados avaliados, mas também

os processos explicativos dessa influência, privilegiando uma análise cuidada dos diferentes pesos relativos e efeitos que cada um dos fatores identificados poderá assumir.



Capítulo 2 |

Objetivos e metodologia
da investigação

O trabalho que aqui apresentamos foi desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação mais lato, intitulado “Gravidez na adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação”. Este projeto teve a sua origem numa resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores que, no ano de 2007, recomendou ao Governo Regional a realização de um estudo caracterizador da população de grávidas e mães adolescentes daquela região (AR, 2007d). Convidada a concretizar esse estudo, a Professora Doutora Maria Cristina Canavarró constituiu uma equipa de investigadores para esse fim. Em setembro de 2008 integrámos a referida equipa. No ano de 2009 deu-se início ao alargamento do projeto a todo o território nacional, com objetivos mais abrangentes. Esta extensão do projeto original conta com o apoio da DGS e da APF.

Neste capítulo, pretendemos sistematizar os objetivos gerais e específicos que guiaram a nossa investigação, bem como as opções metodológicas inerentes à sua concretização. Foi nosso intuito, com essa sistematização, aumentar a compreensão global sobre a forma como os sete estudos empíricos do presente trabalho – que foram sendo introduzidos ao longo do capítulo anterior – se articulam num recorte específico do projeto de investigação mais lato em que se integram. As opções metodológicas específicas de cada estudo (e.g., amostra, desenho do estudo, análise de dados) serão descritas em detalhe posteriormente, em secção própria do Capítulo 3 | Estudos Empíricos.

Objetivos

A definição dos objetivos deste trabalho teve por base a identificação prévia de um conjunto de necessidades de ação ao nível da prevenção da maternidade adolescente e da minimização do seu impacto negativo na realidade sociocultural portuguesa, bem como a constatação de algumas lacunas que persistem ao nível do conhecimento científico que poderá fundamentar o planeamento e a implementação dessas ações. Para tais lacunas contribuem, conforme exposto no capítulo anterior, dois aspetos principais. Em primeiro lugar, a escassez de conhecimento acerca de algumas questões relevantes sobre os percursos conducentes à maternidade adolescente, que pretendemos esclarecer (i.e., a variabilidade das trajetórias individuais que conduzem as adolescentes à gravidez e, posteriormente, à maternidade e os fatores e processos explicativos das decisões/comportamentos e das circunstâncias mais ou menos ajustadas que podem conduzir as jovens à maternidade, bem como as especificidades da realidade portuguesa a ambos os níveis). Em segundo lugar, os constrangimentos que algumas opções conceptuais e metodológicas dos estudos existentes (i.e., amostras utilizadas, grupos de controlo escolhidos, análise dos resultados e respetivas operacionalizações, desenhos de investigação priorizados) colocam à generalização dos

seus resultados para o contexto específico da maternidade adolescente, nomeadamente no que respeita à realidade sociocultural portuguesa, e que pretendemos contornar.

Tendo em conta estas questões, o presente trabalho de investigação teve dois objetivos gerais, cada um deles com objetivos específicos aos quais os estudos empíricos levados a cabo – e apresentados sobre a forma de artigo no Capítulo 3 – se encontram subordinados. Estes objetivos encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 | Objetivos gerais e específicos da investigação e estudos empíricos a eles subordinados

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Estudo
Conhecer as trajetórias individuais conducentes à maternidade adolescente em Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as realidades e trajetórias relacionais (e.g., número prévio de parceiros, tipo e duração da relação com o pai do bebé à data da conceção) e reprodutivas (e.g., planeamento da gravidez, ausência de utilização de contraceção e/ou falhas na utilização da mesma) que conduzem as adolescentes à gravidez em cada uma das regiões do país. 	I e II
	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar as justificações das adolescentes para cada um(a) das decisões/comportamentos que estiveram na origem da gravidez em cada trajetória relacional e reprodutiva previamente identificada. 	I
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a distribuição dessas trajetórias em função das características sociodemográficas dos intervenientes (i.e., adolescente e pai do bebé). • Identificar os intervenientes (i.e., adolescente, pai do bebé ou ambos) a quem as adolescentes que engravidam de forma planeada atribuem o planeamento da gravidez. 	II
	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o processo de tomada de decisão subjacente ao prosseguimento de uma gravidez não planeada na adolescência, tendo em conta: a presença ou ausência de possibilidade legal para a IVG à data do primeiro contacto com os serviços de saúde, a ponderação ou não dessa possibilidade por parte da jovem e a influência de outros na sua decisão. • Averiguar os motivos associados ao prosseguimento de uma gravidez não planeada por decisão própria e as fontes de pressão externa a quem as restantes jovens atribuem a sua decisão. • Analisar a distribuição das trajetórias identificadas por cada uma das regiões do país. 	II
Identificar fatores e processos explicativos do comportamento sexual e contracetivo, da decisão reprodutiva e do ajustamento socioemocional durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais (biológicos) e contextuais (sociais, culturais e políticos) para a idade de iniciação sexual. • Examinar as condições culturais sob as quais as associações entre os fatores sociais e políticos e a idade de iniciação sexual se verificam. 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar o papel da idade de iniciação sexual na (in)eficácia do comportamento contracetivo das jovens na prevenção de uma gravidez não planeada (via habilitações literárias das jovens e diferença de idades entre elas e os seus parceiros sexuais), controlando o efeito de um conjunto de fatores sociodemográficos apontados pela literatura como explicativos das variáveis em análise. 	IV
	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico, familiar, relacional e reprodutivo um grupo de adolescentes que foram ineficazes na prevenção de uma gravidez não planeada, comparando-o com um grupo de controlo constituído por adolescentes sexualmente iniciadas e utilizadoras de contraceção que, até ao momento da avaliação, foram eficazes na prevenção da gravidez. • Averiguar a existência de diferentes perfis de risco para a adoção de comportamentos contracetivos ineficazes na prevenção de uma gravidez não planeada entre jovens sexualmente iniciadas. 	V
	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais (desenvolvimentais e comportamentais) e contextuais (sociais, culturais e económicos) para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. • Examinar as transações que ocorrem ao nível dos fatores desenvolvimentais e entre fatores sociais e culturais na explicação dessa decisão. 	VI
	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar o papel da perceção da jovem sobre o impacto que a gravidez tem na sua vida nos níveis de sintomatologia depressiva e de QdV experienciados durante a gravidez, controlando um conjunto de fatores sociodemográficos e clínicos apontados pela literatura como potencialmente explicativos das variáveis em análise. • Avaliar o efeito protetor do apoio social (da mãe da jovem e do pai do bebé) nos níveis de ajustamento experienciados em função da perceção das jovens sobre o impacto que a gravidez tem na sua vida. 	VII

Opções metodológicas

Desenho da investigação

Todos os estudos empíricos que integram o presente trabalho são de natureza transversal. Apesar de concordarmos com a posição de Compas e Reslund (2009) acerca do carácter preferencial dos estudos longitudinais para a investigação que tem como objetivo o esclarecimento dos processos subjacentes às trajetórias adaptativas e maladaptativas do desenvolvimento adolescente, a nossa opção exclusiva por desenhos de tipo transversal resultou de uma ponderação cuidada – tal como recomendado por Magnusson e Cairns (1996) – sobre as condições de realização e as limitações temporais às quais esta investigação esteve sujeita, bem como sobre as vantagens, custos e limitações desta metodologia para os objetivos a que nos propusemos.

Assim, concluímos pela adequabilidade da metodologia transversal tendo em conta que: 1) a investigação que aqui apresentamos constitui um trabalho precursor na sua abordagem porque utiliza uma amostra representativa da realidade nacional e regional portuguesa e, como tal, assume um carácter exploratório no que concerne ao conhecimento das especificidades dos contextos envolvidos e dispendioso no que respeita a recursos temporais, humanos e financeiros necessários à sua persecução (Compas & Reslund, 2009); 2) o extenso corpo de literatura sobre as áreas de interesse desta investigação permite a formulação de hipóteses teórica e empiricamente fundamentadas acerca da direção das relações preconizadas entre as variáveis em estudo (Frazier, Tix, & Barron, 2004; Preacher & Hays, 2008); 3) a metodologia de avaliação usada e a dimensão da amostra em estudo permitem o controlo de um elevado número de variáveis potencialmente confundentes (Frazier et al., 2004); e 4) a natureza das variáveis cujo contributo é alvo de interesse particular permite a ponderação da sua estabilidade ou sequência temporal aquando da construção de modelos explicativos de cada um dos resultados avaliados (Frazier et al., 2004; Preacher & Hays, 2008).

Participantes e procedimentos de recolha da amostra

A recolha de amostra ocorreu entre maio de 2008 e novembro de 2013, em 59 serviços de saúde (29 unidades hospitalares e maternidades, 25 unidades locais de saúde, uma clínica privada, quatro centros de atendimento a jovens) e 22 escolas (do ensino básico e secundário) de todas as regiões do país (NUTS II; AR, 2002). No total, foram recolhidos dados de 1552 adolescentes do sexo feminino, com idade inferior a 20 anos e nível de compreensão da língua portuguesa adequado ao

preenchimento do protocolo de avaliação: 483 adolescentes que se encontravam a prosseguir uma gravidez (adolescentes grávidas – AG) e 1069 adolescentes que não estavam grávidas à data da avaliação; entre estas, 883 nunca tinham engravidado (adolescentes sem história de gravidez – ASHG), 177 tinham optado pela IVG face à ocorrência de uma gravidez (adolescentes que interromperam voluntariamente a gravidez – AIVG) e 9 reportaram história prévia de gravidez sem esclarecer o desfecho reprodutivo da mesma.

A listagem completa das instituições onde a recolha de dados decorreu e a indicação dos grupos alvo dessa recolha em cada uma delas podem ser consultadas em anexo¹⁵. Em cada instituição, o recrutamento dos grupos realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

O cálculo da dimensão da amostra

A dimensão da amostra foi definida para que os dados recolhidos fossem representativos da população de adolescentes que prosseguem uma gravidez, tornando-se mães, no nosso país. No cálculo dessa dimensão, estabeleceu-se previamente um nível de confiança de 95% e um grau de precisão (intervalo de confiança) de 5%, para as estimativas e/ou generalizações a efetuar. Assim, para um N de 4474 nascimentos em mulheres com menos de 20 anos (DGS, 2010a), considerou-se a necessidade de realizar esta investigação com uma amostra de 386 AG (Alferes, 2002). Dada a distribuição heterogénea de nascimentos em mulheres adolescentes por cada uma das regiões do país, foram igualmente calculadas as amostras de AG a alcançar em cada uma dessas regiões (cf. Quadro 2). Esse procedimento pretendeu garantir que a amostra de AG refletisse a contribuição mínima de cada região para o número total de nascimentos em mulheres adolescentes ocorridos no nosso país.

Por seu lado, as dimensões a alcançar nas amostras de ASHG e AIVG foram estabelecidas não só com base na dimensão da amostra de AG, mas ainda em função de alguns critérios adicionais. Esses critérios prenderam-se com os objetivos específicos da investigação. Em primeiro lugar, uma vez que se pretendia averiguar os fatores e processos explicativos da idade de iniciação sexual e da

¹⁵ Todas as instituições foram selecionadas de forma a recolher dados de jovens de todas as regiões do país (NUTS II, 2002) em cada um dos grupos referidos (i.e., AG, ASHG e AIVG). Relativamente à seleção das unidades hospitalares e maternidades, sempre que a inclusão de todas as instituições com valência de obstetrícia e/ou de aconselhamento reprodutivo de uma determinada região não foi possível – nomeadamente por questões logísticas relacionadas com a gestão do projeto de investigação –, a seleção foi feita tendo por base os dados oficiais acerca do número anual de nascimentos e/ou IVG em mulheres adolescentes ocorridos nessas instituições; foram escolhidas aquelas com maior prevalência destes acontecimentos. A inclusão de apenas uma clínica privada prendeu-se com a elevada representatividade regional (LVT) do número de IVG realizadas por adolescentes nesse serviço. Na RA dos Açores e na região Norte, a seleção de unidades locais de saúde seguiu os critérios utilizados relativamente às unidades hospitalares. A seleção das unidades locais de saúde nas restantes regiões do país, bem como inclusão de centros de atendimento a jovens visou complementar a recolha de dados de adolescentes que não se encontravam grávidas, efetuada também em contexto escolar. A seleção dessas instituições de saúde obedeceu a critérios de localização geográfica e/ou afluência de utentes do/ao serviço em causa; foram selecionadas aquelas onde potencialmente poderia ser contactado um maior número de jovens em cada uma das regiões. As escolas básicas e secundárias foram selecionadas aleatoriamente a partir do total de escolas de cada região. Em todos os casos, a recolha de amostra ocorreu nas instituições que, tendo sido selecionadas, aceitaram colaborar com a nossa investigação e nas quais não se verificaram constrangimentos logísticos à implementação da recolha de dados.

(in)eficácia do comportamento contraceutivo das jovens na prevenção de uma gravidez, foi considerada a necessidade de constituir duas subamostras a partir das jovens recrutadas no grupo ASHG: adolescentes sexualmente iniciadas (i.e., que já haviam iniciado a sua vida sexual) e adolescentes sexualmente iniciadas e utilizadoras de contraceção (i.e., que utilizavam pelo menos um método contraceutivo eficaz na prevenção da gravidez; CA, 2007; French & Cowan, 2009). Assim, a dimensão do grupo ASHG ficou dependente do alcance de uma amostra equivalente à dimensão mínima da amostra AG na mais exclusiva destas subamostras, i.e., a subamostra de adolescentes sem história de gravidez, sexualmente iniciadas e utilizadoras de contraceção – ASHG SI UC. No Quadro 2 apresentam-se as dimensões necessárias e os n alcançados em cada região do país, de acordo com os critérios descritos.

Quadro 2 | Grupos cuja dimensão define o tamanho da amostra: Dimensões mínimas e dimensões alcançadas em cada uma das regiões do país (NUTS II, 2002)

Regiões	Dimensões mínimas	Dimensões alcançadas	
		AG	ASHG SI UC
Norte	105	112	104
Centro	61	83	70
LVT	147	149	144
Alentejo	17	18	17
Algarve	20	34	33
RA Açores	21	72	94
RA Madeira	15	15	15
Total	386	483	477

Em segundo lugar, dado que se pretendia esclarecer o contributo de diferentes fatores para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG, e uma vez que não existem dados oficiais sobre o número de adolescentes que o fazem em Portugal, a dimensão do grupo AIVG pretendeu-se equivalente à proporção de adolescentes da amostra AG que não tinham planeado a sua gravidez e tinham enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto com os serviços de saúde, i.e., $n = 172$. À semelhança do que aconteceu em todas as amostras anteriores, esta dimensão mínima foi ultrapassada.

O contacto com as participantes

Em todos os locais onde a amostra foi recolhida o contacto com as participantes foi assegurado por um assistente da investigação devidamente formado e treinado para o efeito. Nos serviços de saúde, as adolescentes foram contactadas durante o seu seguimento (obstétrico, no caso das AG, e de planeamento familiar/aconselhamento sexual e contraceutivo ou aconselhamento reprodutivo, no caso das restantes jovens). Nesse contacto, foram descritos os objetivos do estudo e esclarecidos os papéis dos investigadores e dos participantes, a natureza anónima e confidencial

das respostas e o carácter voluntário da participação e solicitada a participação das jovens (procedimentos doravante designados apresentação do estudo). As adolescentes que acederam a colaborar preencheram e assinaram o formulário de consentimento informado; quando tinham menos de 18 anos – 16 no caso das adolescentes em processo de aconselhamento reprodutivo, uma vez que esta é a idade até à qual as jovens necessitam do consentimento dos seus representantes legais para a realização da IVG (AR, 2007a) –, foi igualmente solicitado que os seus representantes legais assinassem o formulário.

No caso das jovens em seguimento obstétrico e de planeamento familiar/aconselhamento sexual e contraceptivo, a apresentação do estudo foi realizada no final de qualquer consulta desse seguimento. O preenchimento do protocolo de avaliação ocorreu no mesmo dia, ou, caso o representante legal não estivesse presente (se adolescente menor de 18 anos) ou a jovem preferisse não realizar de imediato o preenchimento, à data da consulta seguinte, sob a supervisão do assistente de investigação. No caso das adolescentes em processo de aconselhamento reprodutivo, a apresentação do estudo foi feita por um elemento da equipa clínica, no final da segunda consulta protocolada ao abrigo da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de junho (i.e., a consulta destinada ao procedimento médico de IVG; 2007b). Todas as adolescentes tinham já tomado a sua decisão, assinado o consentimento livre e esclarecido para a IVG e realizado o respetivo procedimento médico. As participantes que acederam a colaborar foram instruídas pelo assistente de investigação a preencher o protocolo de avaliação no decorrer da semana para a qual ficasse marcada a consulta seguinte (i.e., terceira consulta protocolada ao abrigo da mesma Portaria). Sempre que a adolescente revelou relutância no preenchimento do protocolo de avaliação fora da instituição, apesar de aceitar colaborar no estudo, foi-lhe dada a possibilidade de o preencher na instituição, à data da terceira consulta.

Em contexto escolar, a apresentação do estudo (feita num primeiro contacto) e o preenchimento do protocolo de avaliação (segundo contacto) ocorreram em sala de aula, durante tempos letivos seleccionados por cada diretor de turma ou equiparável; todas as jovens que entregaram o formulário de consentimento devidamente assinado preencheram o protocolo de avaliação na sala de aula sob a supervisão do assistente de investigação e sem a presença de alunos do sexo masculino nem de outras alunas do sexo feminino que não acederam a colaborar.

Métodos de recolha de informação

De forma congruente com a abordagem ecológica que serviu de base à presente investigação, o protocolo de avaliação utilizado visou avaliar diferentes dimensões da vida das participantes. A relevância de cada uma das dimensões e respetivas variáveis avaliadas para a prossecução dos objetivos estabelecidos, bem como a descrição das questões usadas, encontram-se descritas em seção apropriada de cada um dos estudos empíricos. Na presente seção, procederemos à

sistematização dos métodos de recolha selecionados e da natureza da informação avaliada, bem como à descrição global de cada um dos instrumentos de avaliação utilizados.

Métodos de recolha selecionados e natureza da informação avaliada

Os dados que considerámos neste trabalho foram recolhidos através de dois tipos de métodos: fichas de dados construídas pelos investigadores do projeto de investigação mais lato em que esta investigação se insere e questionários de autorresposta desenvolvidos e validados para a população portuguesa por outros autores. A sistematização da sua utilização, por estudo empírico, encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3 | Métodos de recolha selecionados e natureza da informação avaliada (estudos empíricos)

Métodos de recolha	Estudos empíricos						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Natureza da informação avaliada							
Fichas de dados	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sociodemográfica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Escolaridade e situação profissional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Família/agregado familiar			✓		✓	✓	
Namorado/Pai do bebé e relação mantida com o mesmo	✓	✓		✓	✓		
Saúde sexual e reprodutiva	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
História médica da gravidez	✓	✓				✓	✓
História médica da IVG						✓	
Processos de tomada de decisão relativos à gravidez atual (AG) ou mais recente (AIVG)	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Gravidez atual: impacto percebido em várias áreas da vida							✓
Satisfação com o apoio social recebido							✓
Questionários de autorresposta			✓				✓
Estilos educativos parentais			✓				
Sintomatologia depressiva							✓
Qualidade de Vida							✓

As fichas de dados construídas propositadamente para o projeto de investigação em que se insere o presente trabalho organizam-se em dois grupos: fichas de dados objetivos (i.e., focando dados sociodemográficos, de saúde sexual e reprodutiva e relativos à história médica da gravidez/IVG) e fichas de dados subjetivos (i.e., focando os processos de tomada de decisão relativos à gravidez/IVG, a perceção das jovens acerca do impacto da gravidez na sua vida e a sua satisfação com o apoio social recebido). A opção pelo desenvolvimento do primeiro grupo de fichas deveu-se à necessidade de avaliar de forma simples e rápida um conjunto alargado de variáveis objetivas nos domínios referidos. No caso do segundo grupo de fichas, o seu desenvolvimento prendeu-se com diferentes fatores, consoante a natureza da informação em causa. Relativamente aos processos de tomada de decisão e à perceção da jovem acerca do

impacto da gravidez na sua vida, salientamos a inexistência de instrumentos específicos para avaliar e o recurso de diversos autores de estudos internacionais a métodos de recolha de informação semelhantes ao usado na presente investigação (e.g., Meltzer-Brody et al., 2012; Moreau, Trussell, & Bajos, 2012; Ravert & Martin, 1997). Relativamente à avaliação da satisfação com o apoio social recebido, apesar de existirem alguns instrumentos devidamente validados para o efeito, salientamos que estes incluem habitualmente a avaliação de outras dimensões do apoio social, sendo detalhados e longos. Como tal, o seu preenchimento torna-se por vezes exigente e moroso. Tal facto pode ser particularmente problemático em amostras constituídas por adolescentes, nomeadamente se tivermos em conta as especificidades dos grupos recrutados, a extensão do protocolo de avaliação e as condições de recolha da amostra do projeto de investigação em causa; a seleção de métodos de recolha de informação breves e de fácil preenchimento constituiu, portanto, um imperativo para que a recolha da amostra fosse viável e não sobrecarregasse as respondentes.

Por seu lado, os questionários de autorresposta usados para avaliar os estilos educativos parentais a que as jovens estiveram sujeitas desde a sua infância, bem como a sua sintomatologia depressiva e QdV no momento da avaliação, foram selecionados tendo em conta dois fatores principais: 1) a existência de adaptações previamente elaboradas para português, fiáveis e válidas; e 2) o carácter breve e de fácil resposta de cada questionário. Apesar de todos os instrumentos selecionados terem sido alvo de estudos de validação para a população portuguesa, procedemos ainda à análise da sua consistência interna através do α de Cronbach em cada uma das amostras em causa. A mesma pode ser consultada em seção adequada de cada um dos estudos empíricos em que estes instrumentos foram utilizados.

Apesar de a recolha da amostra ter ocorrido em todas as regiões do país, o tratamento de todos os protocolos de avaliação foi centralizado em Coimbra, de forma a garantir a homogeneidade da codificação e da inserção de dados.

Descrição dos instrumentos de recolha de informação

Fichas de dados

As fichas de dados utilizadas nesta investigação foram compostas por questões de resposta aberta e de resposta fechada, selecionadas a partir da entrevista semiestruturada sobre as dimensões psicológicas da gravidez utilizada na avaliação e triagem das utentes da Consulta de Gravidas Adolescentes da Maternidade Daniel de Matos, dos então Hospitais da Universidade de Coimbra, atualmente Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Esta entrevista de avaliação clínica foi desenvolvida com base em exaustivas revisões de literatura internacional e de estudos portugueses focados nos contextos em que a gravidez na adolescência geralmente ocorre, bem como no impacto que a gravidez pode ter na

vida das jovens e nas suas relações com outros significativos (e.g., Canavarro & Pereira, 2001; Pereira, 2001). As questões que avaliaram a satisfação com o apoio social, em particular, assim como a respetiva escala de resposta, foram ainda construídas tendo por base o item da versão portuguesa do *Convoy Model* (Kahn & Antonucci, 1980; versão portuguesa: Araújo & Canavarro, 1997; Gameiro, Soares, Moura Ramos, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2008) que avalia a satisfação global com o apoio social recebido por parte de várias fontes.

A versão final da entrevista resultou de um estudo piloto com 52 adolescentes grávidas recrutadas na Maternidade Daniel de Matos (Canavarro, 2001b); desde então, tem sido adaptada para vários estudos utilizando diferentes amostras de adolescentes grávidas (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro 2009a; Carvalho, 2012; Pinho, 2006; Pires, 2009). Na presente investigação, utilizámos diferentes versões destas fichas de dados, de modo a adequá-las à recolha de dados dos diferentes grupos recrutados.

Questionários de autorresposta

Estilos educativos parentais. Com vista à avaliação da frequência de determinadas práticas educativas – do pai e da mãe, separadamente – durante a infância e adolescência das jovens, recorreremos à versão portuguesa abreviada da escala *Egna Minnen av Barndoms Uppfostram* (EMBU; Arrindell et al., 1994; Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorris, & Perris, 1980; versão Portuguesa: Canavarro, 1996, 1999). Esta versão adota o nome de *Memórias de Infância*, embora a sigla EMBU continue a ser utilizada por ser a mais corrente na literatura.

Trata-se de um questionário constituído por 23 itens, com uma escala de resposta de quatro pontos, que vai de 1 (*Não, nunca*) até 4 (*Sim, a maior parte do tempo*). Os itens da escala organizam-se em três fatores independentes para cada progenitor – suporte emocional, rejeição e sobreproteção –, sendo que pontuações mais elevadas refletem maior frequência das respetivas práticas parentais. O *Suporte emocional* define-se operacionalmente como os comportamentos dos pais, tais como aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho, em relação aos filhos, isto é, engloba as práticas dos pais que fazem com que o filho se sinta seguro, aceite como pessoa e confortável na presença daqueles. A *Rejeição* foi definida como os comportamentos dos pais que procuram modificar a vontade dos filhos e são sentidos por estes como uma pressão para se comportarem em consonância com a vontade dos progenitores; operacionalmente, esta variável resulta da frequência de práticas como castigos físicos, privação de objetos ou privilégios, ou aplicação direta da força com o objetivo de influenciar o comportamento do filho. Finalmente, a *Sobreproteção* reflete os comportamentos parentais caracterizados por proteção excessiva relativamente a experiências indutoras de stresse e adversidades, elevado grau de intrusão nas atividades dos filhos, padrões muito elevados de realização em determinadas áreas (desempenho escolar, por exemplo) e imposição de regras rígidas. À semelhança do que se verificou na versão original (Arrindell et al., 1994; Perris et al., 1980), a versão portuguesa revelou boas qualidades psicométricas (Canavarro, 1996, 1999).

Sintomatologia depressiva. Para avaliar a sintomatologia depressiva das AG, seleccionámos a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). Esta escala é constituída por 10 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos durante os sete dias anteriores ao preenchimento, numa escala de resposta de quatro pontos, que vai desde 0 (e.g., *Não, nunca*) a 3 (e.g., *Sim, quase sempre*). A pontuação total é obtida a partir da soma de todos os itens, sendo que a valores mais elevado correspondem maiores níveis de sintomatologia depressiva. Segundo os resultados de Figueiredo (1997), pontuações iguais ou superiores a 9 permitem discriminar mulheres com diagnóstico de depressão.

Como o próprio nome indica, esta escala foi originalmente desenvolvida com vista à deteção de sintomas depressivos no período pós-parto. No entanto, uma vez que não contém itens específicos acerca de questões relativas à maternidade ou ao bebé, esta escala tem sido igualmente utilizada durante a gravidez (Cox & Holden, 2003; Li et al., 2012), inclusivamente em Portugal (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Figueiredo, Bifulco et al., 2006; Figueiredo et al., 2007; Pires, 2009). À semelhança do que se verificou nos estudos com a versão original (Cox et al. 1987) e noutros de validação da escala durante a gravidez (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005; Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson, & Sydsjö, 2011), a versão portuguesa deste instrumento revelou boas características psicométricas (Augusto et al., 1996; Figueiredo, 1997).

Qualidade de vida. Para avaliar a QdV das AG, seleccionámos o EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; Schmidt, Mühlán, & Power, 2006; versão portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Trata-se de um questionário desenvolvido a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2009; WHOQOL Group, 1994) e WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1998), que constituem medidas de avaliação subjetivas e multidimensionais da QdV dos indivíduos da autoria da OMS. À semelhança do que já havia acontecido com o WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, & O’Connel, 2004), o EUROHIS-QOL-8 surgiu da necessidade de criar um instrumento mais breve para avaliar a QdV, que revelasse igualmente boas características psicométricas. Também a utilidade de uma pontuação global de QdV, derivada dos seus diversos domínios, foi considerada na construção deste instrumento (Power, 2003).

Do ponto de vista conceptual, cada um dos domínios da QdV (i.e., físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado no EUROHIS-QOL-8 por dois itens, num total de 8. O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório de todos os itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção da QdV. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, que vai desde 1 (e.g., *Muito má*) a 5 (e.g., *Muito boa*). Seguindo as recomendações originais, os resultados dos domínios e da faceta geral foram transformados numa escala de 0 a 100. Este instrumento revelou boas características psicométricas

tanto no estudo piloto (Power, 2003) e no estudo de campo transcultural (Schmidt et al., 2006), como num estudo psicométrico da versão em português europeu (Pereira et al., 2011).

Cumprimento da legislação e respeito pelos princípios éticos

O planeamento e a implementação desta investigação decorreram em consonância com os requisitos da legislação portuguesa aplicável (AR, 1966; 1998; 2004b). Foram igualmente respeitadas as recomendações éticas estabelecidas pela Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000) e pela Comissão Europeia (2009; Pauwels & European Commission, 2007) para a realização de investigações científicas com seres humanos, bem como as recomendações estabelecidas pelo Código de Ética da American Psychological Association (2010; Fisher, 2012) e pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) para a realização de investigações científicas na área da Psicologia. Uma vez que a população alvo era constituída exclusivamente por adolescentes, algumas das quais envolvidas em cuidados de saúde com particularidades no que respeita à prestação de consentimento informado e à preservação do anonimato e da confidencialidade (AIVG), foram ainda consideradas algumas questões éticas adicionais, que passamos a expor.

Nos contextos de investigação, os adolescentes são considerados uma população particularmente vulnerável, à semelhança do que acontece com outras populações específicas, tais como os indivíduos com deficiência mental ou perturbações psiquiátricas graves. Esta vulnerabilidade encontra-se relacionada com a maior probabilidade que estes indivíduos apresentam de serem lesados, quer por não poderem dar ou recusar consentimento por conta própria (no caso dos adolescentes portugueses, se menores de 18 anos), quer por estarem mais suscetíveis a coerções ou influências indevidas. Como tal, as recomendações éticas para a investigação com estes grupos estabelecem a necessidade de uma proteção especial, i.e., que lhes seja especificamente dirigida (World Medical Association, 2000). No caso dos adolescentes, em particular, aspetos centrais a ter em conta no planeamento e na execução das investigações são: 1) a adaptação de toda a comunicação inerente ao processo de investigação em função da idade, do funcionamento cognitivo e do desenvolvimento moral do adolescente, bem como dos contextos familiares, sociais e culturais em que se encontra inserido; e 2) a obtenção do consentimento (se maior de 14 anos) ou do assentimento (se menor de 14 anos) informado do adolescente e do consentimento informado do seu representante legal (se menor de 18 anos) para a participação no estudo. Note-se, a este nível, que a ausência de consentimento ou assentimento do menor deve sobrepor-se ao consentimento do seu representante legal, fazendo prevalecer a vontade do primeiro (Vale, s.d.; Vale & Oliveira, s.d.).

No que diz respeito às adolescentes em processo de IVG, apesar de não serem do nosso conhecimento normas legislativas ou recomendações éticas explícitas para a sua inclusão em

investigações científicas, a legislação aplicável ao procedimento de saúde em causa (AR, 2007a, 2007b) requer algumas considerações com vista a esse fim. Em primeiro lugar, ao tratar-se de um procedimento médico passível de consentimento autónomo (e isento de notificação parental) por parte das adolescentes maiores de 16 anos, o limite etário para a obtenção do consentimento informado dos representantes legais para a participação nos estudos (cuja prática da IVG seja critério de inclusão) deve ser devidamente reajustado dos 18 para os 16 anos. Em segundo lugar, as condições especiais de anonimato e confidencialidade que enquadram a prática da IVG em estabelecimentos de saúde oficiais e oficialmente reconhecidos devem ser tidas em conta no planeamento dos procedimentos de recolha da amostra, nomeadamente no que respeita ao contacto inicial com as participantes – a efetuar, preferencialmente, por elementos internos à equipa clínica que acompanha a adolescente – e às condições de preenchimento do protocolo de avaliação – que se pretendem possibilitadoras da manutenção do anonimato e confidencialidade relativamente à prática de IVG face a técnicos de saúde externos à equipa clínica ou a pessoas externas ao serviço com quem a adolescente não deseje partilhar a sua situação clínica.

Nos próximos parágrafos debruçar-nos-emos sobre a forma como procurámos respeitar estas e outras questões na investigação que aqui apresentamos.

Planeamento da investigação

Avaliação dos potenciais riscos e benefícios

Ao planear a nossa investigação, considerámos o princípio de beneficência e não-maleficência, na medida em que tivemos o cuidado de maximizar os benefícios que o nosso projeto poderia ter para a ciência e para a sociedade, tentando minimizar os prejuízos que poderia comportar para as participantes e para o funcionamento dos serviços em que estas foram recrutadas.

Para tal, procedemos a uma reflexão cuidada acerca da relevância dos objetivos, da adequabilidade das opções metodológicas e do potencial impacto das suas consequências. Inicialmente elaborada com base numa revisão exaustiva da literatura e no debate de questões particularmente sensíveis no contexto restrito da equipa de investigação à qual pertencemos, esta reflexão foi posteriormente alargada a outros agentes do contexto clínico (i.e., profissionais de saúde que trabalham com as populações alvo), cívico (i.e., profissionais responsáveis por ações comunitárias levadas a cabo junto das populações alvo) e político (i.e., profissionais diretamente envolvidos na produção de recomendações e políticas de saúde dirigidas à promoção da saúde junto das populações alvo).

Esta reflexão teve implicações ao nível do estabelecimento do desenho da investigação e da construção/seleção dos instrumentos de avaliação – tendo-se optado pela realização de apenas um momento de avaliação, levado a cabo através da aplicação de instrumentos breves e de fácil preenchimento, de forma a sobrecarregar o menos possível as participantes. Também a definição

dos procedimentos de recolha de informação mereceu uma atenção especial a este nível. Em contexto escolar, a substituição de algum tempo letivo (seleccionado pelo diretor de cada turma, ou equiparável, como sendo o menos lesivo para o plano curricular dos alunos) pela apresentação do estudo e pelo preenchimento do protocolo de avaliação em sala de aula, sem a presença de outros alunos que não se encontrassem a participar, foi considerado o procedimento mais adequado com vista à menor interferência possível nas rotinas das participantes e à garantia da privacidade do preenchimento e da confidencialidade dos dados reportados. O tempo decorrido entre a apresentação do estudo e o preenchimento do protocolo de avaliação foi estabelecido com vista a proporcionar às jovens um período de reflexão sobre a sua participação. Nos serviços de saúde, ao fomentar a decisão das participantes acerca do momento e local mais adequados para o preenchimento do protocolo de avaliação foi nossa intenção salvaguardar os mesmos princípios. No caso particular das AIVG, a apresentação do estudo por parte de um elemento da equipa clínica, bem como a instrução para o preenchimento do protocolo de avaliação apenas na semana para a qual ficasse marcada a terceira consulta protocolada (de forma a que a participação no estudo não constituísse um fator de stresse adicional no momento imediatamente após a realização do procedimento médico de IVG, dada a reatividade emocional que o pode caracterizar) visaram minimizar a partilha de informações sobre a situação clínica das participantes com elementos externos à equipa clínica e proteger o bem-estar e a privacidade das mesmas.

Aprovação da recolha de informação pelas entidades competentes

A recolha de informação prevista no projeto de investigação foi submetida à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, tendo sido devidamente autorizada pelas mesmas. Posteriormente, submetemos o projeto de investigação às Comissões de Ética (e/ou aos respetivos Conselhos de Administração ou entidades equiparáveis) de todos os estabelecimentos de saúde e aos órgãos diretivos de todas as escolas seleccionadas. A forma como se processou o pedido de autorização para a realização do estudo nas diferentes instituições obedeceu às diretrizes traçadas para o efeito pelas entidades competentes.

Implementação da investigação

Mediante a aprovação do projeto de investigação por parte das entidades competentes, procedemos à sua implementação em cada uma das instituições seleccionadas. Durante a mesma, tivemos em consideração diferentes recomendações éticas, com vista ao respeito pelos direitos fundamentais e pela dignidade das participantes. Passamos a descrever sucintamente aquelas que ultrapassam as previamente referidas no âmbito do desenvolvimento do projeto de investigação.

Promoção de uma tomada de decisão informada e voluntária acerca da participação

No contacto destinado à apresentação do estudo, foi fornecida às participantes informação desenvolvimentalmente adaptada ao seu nível de compreensão no que respeita aos objetivos da investigação, às entidades responsáveis, aos procedimentos necessários à participação e aos potenciais riscos e benefícios para si e para outros indivíduos, para que pudessem tomar uma decisão informada quanto a sua participação. As participantes foram também informadas quanto à natureza confidencial da informação recolhida e ao carácter voluntário da participação (no caso das adolescentes recrutadas nas instituições de saúde foi dado especial destaque à ausência de implicações da sua recusa/desistência de participação no seu processo de acompanhamento clínico). Foram disponibilizados os contactos de dois investigadores do projeto, com vista ao esclarecimento de potenciais dúvidas quer relacionadas com aspetos gerais da participação no estudo (e.g., direitos enquanto participante), quer com aspetos específicos (e.g., dúvidas sobre questões do protocolo de avaliação, se preenchido fora da instituição). Toda a informação foi transmitida oralmente, sendo igualmente disponibilizada em formato escrito. A linguagem utilizada pretendeu-se clara, honesta, direta, facilmente legível e de rápida apreensão.

Obtenção do consentimento informado

A todas as adolescentes que aceitaram participar na investigação foi pedido o preenchimento de um formulário de consentimento informado (na sua versão original e duplicada, sendo a segunda destinada ao autoarquivo da participante, se esta assim o desejasse). No caso das jovens menores de 18 anos – menores de 16 no caso das AIVG – foi igualmente solicitado o preenchimento do formulário de consentimento por parte dos seus representantes legais. Neste documento, descreviam-se os objetivos gerais e procedimentos da investigação, os papéis dos participantes e dos investigadores (incluindo a garantia de confidencialidade sobre os dados fornecidos e a sua utilização apenas para fins de investigação; e a garantia de participação voluntária). A informação disponibilizada no documento de consentimento informado foi também explicada oralmente, para possibilitar o esclarecimento de dúvidas. A recusa da jovem em participar (manifestada por ausência de consentimento – se maior de 14 anos – ou de assentimento – se menor de 14 anos) foi sempre respeitada, independentemente do consentimento do representante legal para a participação no estudo, com vista ao respeito pela sua autonomia.

Garantia do anonimato e da confidencialidade

Uma vez aceite o pedido de colaboração e assinado o formulário de consentimento informado, era entregue a cada participante um protocolo de avaliação, tendo sido adotadas algumas medidas específicas com o objetivo de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e, assim, preservar a sua privacidade. Entre elas, salientamos: 1) a recolha exclusiva dos dados estritamente necessários à realização da investigação; 2) a ausência de qualquer informação (clínica

ou pessoal) nos protocolos de avaliação que permitisse a identificação das participantes; 3) a entrega do protocolo de avaliação e o pedido da sua devolução em envelope fechado, sem qualquer tipo de identificação; e 4) a inserção dos dados numa base de dados e a sua análise exclusivamente coletiva.

Produção e divulgação rigorosa, honesta e verdadeira dos resultados da investigação

De acordo com o princípio da *responsabilidade social*, ao longo da implementação da nossa investigação procedemos à produção de conhecimento científico válido e suscetível de melhorar o bem-estar das pessoas. A nossa preocupação com o respeito pelas recomendações éticas estendeu-se a esta etapa, bem como à divulgação dos resultados alcançados junto da comunidade científica (através de publicações e comunicações em congressos) e do público em geral (através de vários órgãos de comunicação social e da página web da linha de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde, na área destinada ao projeto de investigação mais lato em que esta investigação se insere: www.fpce.uc.pt/saude/grav1.htm).

Assim, o princípio da *integridade científica* foi integralmente respeitado aquando da análise e posterior divulgação dos nossos resultados. Em primeiro lugar, as respostas dos participantes foram inteiramente respeitadas e os resultados obtidos derivaram de análises estatísticas rigorosas, sem que tenha sido inventada, manipulada ou apresentada seletivamente qualquer tipo de informação. Em segundo lugar, quaisquer ideias ou palavras de terceiros por nós citadas foram devidamente atribuídas aos respetivos autores e apenas assumimos crédito autoral por trabalhos realizados por nós e para os quais contribuímos substancialmente (e.g., na formulação de hipóteses, no desenvolvimento do desenho de investigação, na seleção das análises estatísticas, na interpretação dos resultados e na redação das publicações). O contributo de cada autor constituiu o critério para definir a ordem dos autores em todas as publicações produzidas. Em terceiro lugar, sempre que apresentámos resultados da nossa investigação, procurámos reportá-los de forma objetiva e precisa, adequando o estilo de comunicação ao público-alvo (comunidade científica vs. população geral), com o objetivo de minimizar a possibilidade de interpretações erradas dos resultados obtidos.

Análises estatísticas

As análises estatísticas utilizadas nesta investigação encontram-se detalhadamente descritas em seção apropriada de cada um dos estudos empíricos realizados. Nesta seção serão assim referidos apenas alguns aspetos gerais sobre este tópico.

Seleção das análises estatísticas adequadas aos objetivos da investigação

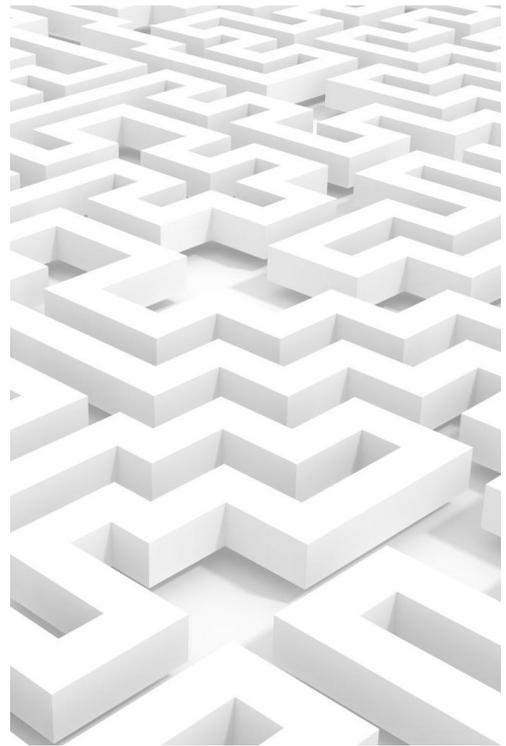
A presente investigação assenta em dois objetivos gerais, que implicam a utilização de diferentes abordagens estatísticas. O primeiro deles diz respeito ao conhecimento global das trajetórias individuais conducentes à maternidade adolescente em Portugal. Para dar resposta aos objetivos específicos de caracterização e compreensão que lhe correspondem, nos *Estudos Empíricos I e II* recorreremos a estatísticas descritivas (frequências relativas, médias e desvios-padrão) e a testes de comparação de variáveis categoriais (teste do qui-quadrado) e contínuas (testes não paramétricos como o Kruskal-Wallis e o U de Mann-Whitney, uma vez que não estavam garantidos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos). Com estas análises pretendemos, respetivamente, descrever as realidades e trajetórias relacionais e reprodutivas que conduzem as adolescentes à gravidez, bem como as circunstâncias subjacentes ao prosseguimento da mesma, e comparar as realidades e trajetórias identificadas em função de cada uma das regiões do país.

O segundo objetivo geral desta investigação visou uma análise mais focada em cada uma das decisões/comportamentos e nos níveis de ajustamento socioemocional que podem conduzir as jovens à maternidade, centrando-se na identificação de fatores e processos explicativos das mesmas. Para dar resposta aos respetivos objetivos específicos, além de utilizarmos testes de comparação de variáveis categoriais (teste do qui-quadrado) e contínuas (t de student) e medidas da associação entre diferentes variáveis (correlações de Pearson) com propósitos de caracterização, recorreremos ainda: 1) a técnicas de regressão linear múltipla e logística, com vista a averiguar os efeitos diretos e moderados de variáveis de diferentes níveis de influência na idade de iniciação sexual (*Estudo Empírico III*) e na decisão reprodutiva face à ocorrência de uma gravidez não planeada (*Estudo Empírico VI*); 2) à construção de uma árvore de decisão, com vista a criar uma classificação que permitisse identificar mais facilmente as adolescentes em risco de adotar comportamentos contraceptivos ineficazes na prevenção de uma gravidez não planeada e compreender a relação entre variáveis de diferentes níveis de influência na determinação desse risco (*Estudo Empírico V*); e 3) a análises de mediação (simples e múltipla) e de mediação moderada, com vista a averiguar os efeitos diretos, indiretos e indiretos condicionados de variáveis de diferentes níveis de influência na (in)eficácia do comportamento contraceptivo das jovens na prevenção de uma gravidez não planeada (*Estudo Empírico V*) e nos níveis de ajustamento socioemocional experienciados durante a gravidez (*Estudo Empírico VII*).

Cálculo do tamanho dos efeitos encontrados

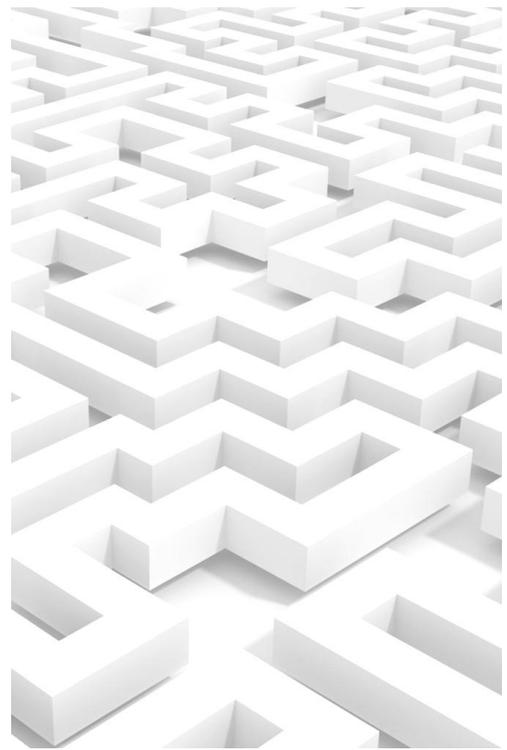
Em todos os estudos empíricos procedemos ainda, tal como recomendado pela American Psychological Association (2010), à estimação do tamanho dos efeitos encontrados. Para tal, recorreremos ao cálculo das estatísticas d de Cohen, V de Cramer, r de Pearson, R^2 e f^2 . Esta informação complementa a informação da significância estatística de um determinado teste, ao

indicar-nos a relevância prática do resultado, i.e., se os efeitos encontrados são pequenos, médios ou grandes (pequenos: $d \geq .20$, V e $r \geq .10$, $R^2 \geq .02$, $f^2 \geq .02$; médios: $d \geq .50$, V e $r \geq .30$, $R^2 \geq .13$, $f^2 \geq .15$; grandes: $d \geq .80$, V e $r \geq .50$, $R^2 \geq .26$, $f^2 \geq .35$; Cohen, 1992; Ellis, 2010; Field, 2009).



Capítulo 3 |

Estudios empíricos



Estudo Empírico I |

Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa | Relational and reproductive trajectories leading to adolescent pregnancy in Portugal: A national and regional characterization

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, TERESA BOMBAS, DUARTE VILAR, LISA VICENTE, & MARIA CRISTINA CANAVARRO

No prelo

Acta Médica Portuguesa

Resumo

Introdução: Este estudo pretendeu caracterizar as trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência em Portugal, explorando a existência de especificidades regionais. **Materiais & Métodos:** O estudo decorreu entre 2008 e 2013 em 42 serviços de saúde públicos. A amostra, nacionalmente representativa, incluiu 459 grávidas com idades entre os 12 e os 19 anos. Os dados foram obtidos por autorrelato, através de uma ficha de caracterização construída para o efeito. **Resultados:** Independentemente de terem tido um (59,91%) ou múltiplos parceiros sexuais (40,09%), as adolescentes engravidaram de forma mais frequente numa relação de namoro, utilizando contraceção à data da conceção e tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez (39,22%). A nível regional, outras trajetórias surgiram com elevada prevalência, refletindo opções como a decisão de engravidar (Alentejo/Açores), a não utilização de contraceção (Centro/Madeira) ou a sua utilização sem identificação da falha contracetiva (Madeira). As relações de namoro revelaram-se maioritariamente duradouras (duração média >19 meses), com homens mais velhos (>4 anos) e fora do sistema de ensino (75,16%); estes resultados foram particularmente expressivos quando a gravidez foi planeada. **Discussão:** O conhecimento gerado por este estudo reflete a necessidade de investir em abordagens preventivas que atendam às necessidades específicas das jovens de cada região e integrem a população masculina de maior risco. **Conclusão:** Os nossos resultados podem contribuir para o delineamento de políticas de saúde mais eficazes e para uma atuação multidisciplinar mais informada ao nível da educação sexual e do planeamento familiar nas diferentes regiões do país.

Palavras-chave: adolescentes, contraceção, educação sexual, gravidez na adolescência, planeamento familiar.

Abstract

Introduction: The current study aimed to describe the relational and reproductive trajectories leading to adolescent pregnancy in Portugal, and to explore whether there were differences in this process according to adolescents' place of residence. **Materials & Methods:** Data were collected between 2008 and 2013 in 42 public health services using a self-report questionnaire developed by the researchers. The sample consisted of a nationally representative group of pregnant adolescents ($N = 459$). **Results:** Regardless of having had one (59.91%) or multiple sexual partners (40.09%), most adolescents became pregnant in a romantic relationship, using contraception at the time of the conception and knowing the contraceptive failure which led to pregnancy (39.22%). In some regions other trajectories were highly prevalent, reflecting options such as planning the pregnancy (Alentejo Region/Azores Islands), not using contraception (Centro Region/Madeira Islands) or using it without identifying the contraceptive failure (Madeira Islands). On average, romantic relationships were longer than 19 months and adolescents' partners were older than themselves (>4 years) and no longer in school (75.16%); these results were particularly significant when the pregnancy was planned. **Discussion:** The knowledge gained in this study shows that prevention efforts must be targeted according to the adolescents' needs in each region and should include high-risk male groups. **Conclusion:** Our results may enable more efficient health policies to prevent adolescent pregnancy in different country regions and support educators and health care providers on sexual education and family planning efforts.

Keywords: adolescents, adolescent pregnancy, contraception, family planning, sex education.

Introdução

A gravidez na adolescência não é um fenómeno inevitavelmente adverso do ponto de vista físico ou mental (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2014; Silva, 1992). No entanto, muitas vezes como resultado das desfavoráveis condições socioeconómicas em que ocorre (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001), a gravidez na adolescência tem sido associada a um maior risco de parto pré-termo (Derme, Leoncini, Vetrano, Carlomagno, & Aleandri, 2013; Kashan, Baker, & Kenny, 2010; Leppälahti, Gissler, Mentula & Heikinheimo, 2013; Santos, 1997), nascimento de bebés de baixo peso (Derme et al., 2013; Kashan et al., 2010; Santos, 1997) e depressão materna (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007). Acresce que, nas últimas décadas, mudanças sociais contribuíram para uma visão da gravidez na adolescência como cada vez mais inoportuna e indesejável, colocando crescentes desafios no âmbito do planeamento familiar com adolescentes em diversos países desenvolvidos (Canavarro & Pereira, 2001; Santos, 1997; Silva et al., 2011; United Nations Population Fund [UNPF], 2012). Em Portugal, a taxa de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos sofreu um decréscimo acentuado e consistente ao longo das últimas décadas. No ano de 1981, estes nascimentos perfaziam 11,1% do total de nascimentos do país; em 2001, esta taxa encontrava-se reduzida para 6,1%. Desde então, verificou-se um decréscimo médio anual entre os 0,2% e os 0,3%, que se manteve constante mesmo após a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, por opção da mulher, quando realizada nas 10 primeiras semanas de gravidez (IVG; PORDATA, 2013). Desde 2009, verificou-se, aliás, uma tendência igualmente decrescente da taxa de IVG entre adolescentes (Direção-Geral da Saúde, 2011, 2012, 2013a, 2013b). No entanto, os últimos dados oficiais, referentes ao ano de 2012, situam a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes nos 3,7% (PORDATA, 2013), valor ainda preocupante, quer por se situar acima da média da União Europeia (Silva et al., 2011; UNPF, 2012), quer por refletir uma evolução heterogénea nas diferentes regiões do país (PORDATA, 2013).

A literatura tem salientado a diversidade de acontecimentos e decisões que podem conduzir as adolescentes à gravidez. Além da iniciação sexual – transição normativa na adolescência (Rafaelli & Crockett, 2003) – tais acontecimentos e decisões passam por opções relativas ao planeamento da gravidez, à decisão contraceptiva e ao comportamento contraceptivo implementado (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Hawes, Wellings, & Stephenson, 2010; Pires, Araújo Pedrosa, Carvalho, Pereira, & Canavarro, 2012; Pires, Pereira, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2013). No entanto, o risco de gravidez parece residir, não apenas em cada um destes acontecimentos e decisões separadamente – como têm sido abordados pela maioria dos estudos –, mas igualmente nas diferentes combinações entre eles e nos contextos relacionais que lhes estão subjacentes. Tal facto sugere a existência de uma multiplicidade de trajetórias possíveis (Abma, Chandra, Mosher,

Peterson, & Piccinino, 1997; Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Hawes et al., 2010; Jones, Darroch, & Henshaw, 2002; Pires et al., 2012).

O planeamento da gravidez, em particular, tem sido pouco explorado na compreensão do comportamento contraceutivo das adolescentes, nomeadamente por ser nesta faixa etária que ocorre um maior número de gravidezes não planeadas (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2005; Tavares & Barros, 1997) e por estas se encontrarem habitualmente associadas na população geral a um maior risco obstétrico do que as gravidezes planeadas (Tavares & Barros, 1997). No entanto, diversos autores têm chamado a atenção para a necessidade de avaliar a decisão de engravidar nas investigações com adolescentes (Abma, Martinez, Mosher, & Dawson, 2004; Davies et al., 2006; Pires et al., 2013; Sheeder, Tocce, & Stevens-Simon, 2009b). Segundo Sheeder et al. (2009b), por exemplo, contrariamente ao que se verifica em mulheres adultas, o planeamento da gravidez em adolescentes não se associa a melhores cuidados pré-natais nem a melhores resultados obstétricos, devendo constituir motivo de preocupação. Em Portugal, apesar da escassez de dados nacionais posteriores a 1997 (Tavares & Barros, 1997), investigações regionalmente circunscritas revelam que 30% das grávidas adolescentes estudadas nos Açores (Araújo Pedrosa, 2009) e 15% e 27% das inquiridas no Norte e no Sul do país planearam a gravidez (Carvalho, 2012). Num trabalho recente, baseado numa amostra nacionalmente representativa de grávidas adolescentes, verificou-se que cerca de 22% das gravidezes foram planeadas (Pires et al., 2013). No entanto, o mesmo estudo revela que a proporção de gravidezes planeadas no Alentejo ultrapassou os 38%. Estudos internacionais concluem ainda que a repetição da gravidez nesta fase do ciclo de vida se encontra muitas vezes associada ao planeamento de gravidezes consecutivas (Agurcia, Tickert, Bereson, Volk, & Wiemann, 2001).

Quanto à decisão contracetiva, entre todas as mulheres dos 15 aos 49 anos com possibilidade de engravidar, são as adolescentes que apresentam taxas mais baixas de utilização de métodos contraceptivos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009a). Nos Açores, a não utilização de contraceção parece relacionar-se maioritariamente com o facto de as adolescentes não gostarem dos métodos disponíveis ou considerarem que a sua utilização prejudica a relação, com o desejo de engravidar e com a ausência de informação sobre contraceção (Araújo Pedrosa, 2009). Não são do nosso conhecimento, no entanto, dados relativos às restantes regiões do país. Pires et al. (2013) referem ainda que 71% das grávidas adolescentes da sua amostra que não planearam a gravidez reportam o uso de contraceção à data da conceção, sugerindo, de forma congruente com outros estudos, que a ocorrência de falhas contraceptivas (e.g., uso inadequado/descontinuado dos métodos disponíveis) pode também estar na origem destas gravidezes (Abma et al., 1997; Jones et al., 2002; Klerman, 2000; Pires et al., 2012; Sampaio, Chaves, & Dias, 2000; Tripp & Viner, 2005). Os autores não disponibilizam, no entanto, informação sobre o tipo de falhas. Acresce que Carvalho (2012) e Pires et al. (2013) sugerem a existência de especificidades regionais ao nível dos comportamentos contraceptivos que conduzem as adolescentes à gravidez. Segundo o mais recente destes estudos, a ausência de contraceção foi mais frequente no Centro, nos Açores e no Algarve e

foi em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e no Alentejo que as jovens menos identificaram a falha contraceptiva que esteve na origem da gravidez (Pires et al., 2013).

Relativamente aos contextos relacionais subjacentes a estes acontecimentos e decisões, o envolvimento com múltiplos parceiros sexuais tem sido considerado de risco para comportamentos contraceptivos desadequados (Davies et al., 2006), assim como as relações ocasionais, quando comparadas com as relações de namoro (Ford, Sohn, & Lepkowski, 2001). No entanto, estudos nacionais revelam a inexistência de diferenças no número de parceiros entre adolescentes grávidas e sem história de gravidez residentes em Portugal Continental (Carvalho, 2012) e concluem que apenas 2% das gravidezes ocorreram numa relação ocasional (Pires et al., 2013). As relações de namoro mais duradouras (Manning, Flanigan, Giordano, & Longmore, 2009) e com homens mais velhos parecem ser as que maioritariamente conduzem as adolescentes à gravidez (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Pires et al., 2013; Sheeder, Tocce, & Stevens-Simon, 2009a). Estes parceiros são habitualmente adultos com baixas habilitações literárias, ou adolescentes mais velhos que abandonaram o sistema de ensino (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Lindberg, Sonenstein, Ku, & Martinez, 1997; Sheeder et al., 2009a; Taylor, Chavez, Adams, Chabra, & Shah, 1999). Segundo alguns autores, o envolvimento das adolescentes com tais parceiros parece associar-se particularmente ao planeamento da gravidez (Agurcia et al., 2001). William (1993), no entanto, refere que parceiros com estas características têm um menor conhecimento sobre contraceção, o que poderá contribuir para a ineficácia da prevenção de gravidezes não planeadas. Não obstante, os autores concordam com a propensão destes homens para se envolverem em relações de elevada proximidade, apresentarem visões tradicionais dos papéis de género e percecionarem o nascimento de um filho como tendo um impacto reduzido na sua vida (Agurcia et al., 2001; Lindberg et al., 1997; William, 1993).

Com base nestas evidências, e uma vez que não são do nosso conhecimento investigações que incorporem a compreensão das diferentes sequências de acontecimentos e decisões que podem conduzir as adolescentes à gravidez e dos contextos relacionais a eles subjacentes, o objetivo do presente estudo foi caracterizar as trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência em Portugal, averiguando a existência de especificidades regionais.

Materiais & método

Os dados foram recolhidos entre 2008 e 2013 em 42 serviços de saúde públicos, mediante aprovação das respetivas Comissões de Ética. A amostra, nacionalmente representativa, foi constituída por 459 grávidas adolescentes, com idades entre os 12 e os 19 anos (Organização Mundial de Saúde, 1975), residentes em todas as regiões de Portugal (NUTS II; Assembleia da

República [AR], 2002) e com compreensão da língua portuguesa adequada ao preenchimento do protocolo de avaliação.

As adolescentes foram convidadas a participar durante o seu seguimento obstétrico; as que acederam colaborar assinaram um formulário de consentimento informado e responderam a uma ficha de caracterização construída para o efeito, sob a supervisão de um assistente de investigação. Quando as participantes tinham menos de 18 anos, os seus representantes legais assinaram igualmente o formulário de consentimento.

A ficha de caracterização foi construída a partir da entrevista semiestruturada utilizada na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos para triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003) e incluiu perguntas de resposta aberta e fechada. As variáveis incluídas nas trajetórias relacionais e reprodutivas que conduziram à gravidez foram avaliadas através das perguntas “Com quantos parceiros já teve relações sexuais?” (um vs. múltiplos parceiros sexuais), “Tem uma relação de namoro [com o pai do bebé]? [Se relação inexistente] por favor indique [se] foi uma relação ocasional (relação de namoro vs. relação ocasional), “A gravidez foi planeada para o momento atual?” (gravidez planeada vs. gravidez não planeada), “Utilizava algum método contraceutivo?” (utilizava contraceção vs. não utilizava contraceção), “[Se utilizava,] o que falhou?” (identifica falha vs. não identifica falha). Quando as jovens não identificaram a falha contracetiva, a sua resposta à pergunta “Quais [os métodos contraceuticos utilizados]?” foi utilizada para codificar a ausência de identificação da falha de acordo com o método que estava a ser utilizado (e.g., Não identifica falha no uso do preservativo).

A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS, v. 17. Com propósitos de caracterização, calculámos estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). Para calcular diferenças regionais relativamente às variáveis categoriais e contínuas, recorremos a testes de Qui-Quadrado (com correção de Monte Carlo quando a frequência esperada em alguma célula fosse menor que cinco) e a testes de Kruskal-Wallis (com testes post hoc U de Mann-Whitney e respetiva correção de Bonferroni), respetivamente; foi ainda estimada a magnitude dos efeitos significativos observados, através do cálculo das estatísticas V de Cramer e r (efeitos pequenos $\geq 0,10$; efeitos médios $\geq 0,30$; efeitos grandes $\geq 0,50$; Cohen, 1992; Field, 2009). As variáveis dicotómicas relativas a acontecimentos e decisões que pudessem estar na origem da gravidez e aos contextos relacionais que lhes estavam subjacentes foram incluídas nas trajetórias de acordo com o critério da sequência temporal entre as mesmas. As variáveis categoriais com mais de duas categorias ou contínuas referentes a características dos namorados e da relação que conduziu à gravidez foram posteriormente analisadas de acordo com a sua distribuição por trajetória identificada.

Resultados

Como se pode observar no Quadro 1, as participantes eram na sua maioria caucasianas, pertenciam a níveis socioeconómicos baixos e residiam em localidades urbanas; maioritariamente solteiras, encontravam-se de forma frequente fora do sistema de ensino e desempregadas, reportaram uma escolaridade média de 8 anos, vivenciaram a menarca com uma idade média de 12 anos e iniciaram a vida sexual em média 3 anos depois. A idade gestacional variou entre as 5 e as 40 semanas, tratando-se da primeira gravidez para a maioria das adolescentes. Apenas numa minoria das situações a gravidez era múltipla ou foram reportadas complicações obstétricas. Contrariamente às restantes regiões do país, no Alentejo e nos Açores as adolescentes residiam maioritariamente em localidades semiurbanas/rurais e encontravam-se, juntamente com as jovens do Algarve, maioritariamente casadas/unidas de facto. Nos Açores e na Madeira todas as adolescentes eram caucasianas, enquanto nas restantes regiões 3,57% a 35,29% das jovens pertenciam a minorias étnicas. As adolescentes dos Açores eram mais velhas do que as do Centro ($U = 2091,00$; $p = 0,011$) e de LVT ($U = 3638,00$; $p = 0,002$) e possuíam menores habilitações literárias do que as do Norte ($U = 2745,00$; $p = 0,001$), Centro ($U = 1869,50$; $p = 0,005$) e LVT ($U = 3228,50$; $p = 0,004$). A história prévia de gravidez foi mais frequente no Alentejo e apenas na Madeira todas as jovens se encontravam a vivenciar a primeira gravidez. A história prévia de parto foi mais frequente no Alentejo e nos Açores. As adolescentes de LVT ($U = 5800,00$; $p = 0,014$), do Alentejo ($U = 533,00$; $p = 0,004$) e dos Açores ($U = 2902,50$; $p = 0,003$) reportaram idades gestacionais mais avançadas do que as adolescentes do Norte.

Tal como representado na Figura 1, verificámos um total de doze trajetórias conducentes à gravidez. A primeira e segunda trajetórias mais frequentes incluíram adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual (trajetória 3) ou após múltiplos parceiros (trajetória 10), numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção à data da conceção e tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez. A terceira trajetória mais frequente incluiu adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez (trajetória 1). A quarta e quinta trajetórias incluíram adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro (trajetória 2) ou após múltiplos parceiros (trajetória 11), numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando contraceção. A sexta e sétima trajetórias incluíram adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro (trajetória 4) ou após múltiplos parceiros (trajetória 9), numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção, mas não tendo identificado a falha contracetiva. A oitava trajetória mais frequente incluiu adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez (trajetória 12). As restantes trajetórias, com frequências apenas residuais, e as justificações mais frequentes no que se refere a cada acontecimento ou decisão em causa encontram-se igualmente representadas na Figura 1.

Quadro 1 | Caracterização da amostra em estudo: Variáveis sociodemográficas e clínicas

	Nacional (N = 459)	Norte (n = 112)	Centro (n = 76)	LVT (n = 135)	Alentejo (n = 17)	Algarve (n = 34)	Açores (n = 72)	Madeira (n = 13)	χ^2 (V)/ H (r)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade									
M (DP)	16,43 (1,26)	16,48 (1,19)	16,21 (1,41)	16,28 (1,11)	16,76 (1,56)	16,32 (1,20)	16,75 (1,33)	16,77 (1,54)	12,95*
amplitude	12-19	13-19	12-19	13-19	14-19	14-18	12-19	14-19	Açores>Centro (-0,21); Açores>LVT (-0,21)
Etnia									
Caucasianas	384 (83,66)	108 (96,43)	61 (80,26)	96 (71,11)	12 (70,59)	22 (64,71)	72 (100,00)	13 (100,00)	57,21 (0,35)***
Minorias étnicas	75 (16,34)	4 (3,57)	15 (19,74)	39 (28,89)	5 (29,41)	12 (35,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	
NSE ^a									
Baixo	425 (92,56)	106 (94,64)	69 (90,79)	121 (89,63)	16 (94,12)	30 (88,24)	69 (95,83)	12 (92,30)	4,51
Médio/Alto	34 (7,44)	6 (5,36)	7 (9,21)	14 (10,37)	1 (5,88)	4 (11,74)	3 (4,17)	1 (7,70)	
Residência ^b									
Urbana	331 (72,11)	89 (79,46)	38 (50,00)	133 (98,52)	8 (47,06)	28 (82,35)	24 (33,33)	11 (84,62)	130,33 (0,43)***
Semiurbana/Rural	128 (27,89)	23 (20,54)	38 (50,00)	2 (1,48)	9 (52,94)	6 (17,65)	48 (66,67)	2 (15,38)	
Estado civil									
Solteira	266 (57,95)	92 (82,14)	38 (50,00)	88 (65,19)	5 (29,41)	12 (35,29)	23 (31,94)	8 (61,54)	64,67 (0,38)***
Unidas de facto/Casadas	193 (42,05)	20 (17,86)	38 (50,00)	47 (34,81)	12 (70,59)	22 (64,71)	49 (68,06)	5 (38,46)	
Situação profissional									
Estudante	175 (38,13)	41 (36,61)	28 (36,84)	61 (45,19)	4 (23,53)	13 (38,24)	22 (30,56)	6 (46,15)	13,07
Empregada	37 (8,06)	13 (11,61)	9 (11,84)	8 (5,93)	1 (5,88)	1 (2,94)	4 (5,56)	1 (7,70)	
Desempregada	247 (53,81)	58 (51,78)	39 (51,32)	66 (48,88)	12 (70,59)	20 (58,82)	46 (63,88)	6 (46,15)	
Escolaridade									
M (DP)	7,89 (2,20)	8,26 (2,1)	7,99 (2,49)	8,06 (1,96)	7,19 (2,71)	7,13 (2,47)	7,25 (2,1)	8,54 (2,7)	17,51**
amplitude	0-12	2-12	0-12	3-12	1-11	1-11	3-12	5-12	Norte>Açores (-0,24); Centro>Açores (-0,23); LVT>Açores (-0,21)

Idade da menarca									
<i>M (DP)</i>	11,86 (1,47)	11,83 (1,34)	11,49 (1,39)	11,87 (1,44)	12,59 (1,84)	11,88 (1,54)	12,11 (1,58)	11,62 (1,45)	10,43
amplitude	8-16	8-15	9-15	8-15	9-16	9-16	9-16	10-15	
Idade de iniciação sexual									
<i>M (DP)</i>	14,76 (1,25)	14,79 (1,15)	14,54 (1,25)	14,75 (1,12)	14,88 (1,15)	14,65 (1,20)	14,92 (1,49)	15,15 (1,77)	4,28
amplitude	11-19	12-17	12-17	11-19	13-17	12-17	11-17	13-18	
Gravidez prévia									
Não	402 (87,58)	103 (91,96)	65 (85,53)	115 (85,19)	11 (64,71)	33 (97,06)	62 (86,11)	13 (100,00)	13,16 (0,17) [*]
Sim	56 (12,20)	9 (8,04)	11 (14,47)	20 (14,81)	5 (29,41)	1 (2,94)	10 (13,89)	0 (0,00)	
<i>Missings</i>	1 (0,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
IVG prévia									
Não	435 (94,77)	109 (97,32)	73 (96,05)	124 (91,85)	13 (76,47)	33 (97,06)	70 (97,22)	-	12,32
Sim	23 (5,01)	3 (2,68)	3 (3,95)	11 (8,15)	3 (17,65)	1 (2,94)	2 (2,78)		
<i>Missings</i>	1 (0,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,88)	0 (0,00)	0 (0,00)		
Parto prévio									
Não	436 (94,98)	111 (99,11)	69 (90,79)	131 (97,04)	14 (82,36)	33 (97,06)	65 (90,28)	-	16,83 (0,19) [*]
Sim	21 (4,58)	1 (0,89)	7 (9,21)	4 (2,96)	2 (11,76)	1 (2,94)	7 (9,72)		
<i>Missings</i>	2 (0,44)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,88)	0 (0,00)	0 (0,00)		
Idade gestacional									
<i>M (DP)</i>	24,13 (9,4)	21,49 (9,67)	24,11 (9,11)	24,48 (9,03)	29,06 (8,96)	24,12 (10,19)	25,92 (9,11)	27,31 (8,25)	17,25 ^{**}
amplitude	5-40	7-40	8-39	5-40	7-38	6-40	8-40	15-40	Açores>Norte (-0,22); Alentejo>Norte (-0,26); LVT>Norte (-0,16)
Gravidez múltipla									
Não	426 (92,81)	112 (100,00)	72 (94,74)	121 (89,63)	12 (70,59)	30 (88,24)	68 (94,44)	11 (84,62)	4,89
Sim	3 (0,65)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,74)	0 (0,00)	1 (2,94)	1 (1,39)	0 (0,00)	
<i>Missings</i>	30 (6,54)	0 (0,00)	4 (5,26)	13 (9,63)	5 (29,41)	3 (8,82)	3 (4,17)	2 (15,38)	
Complicações obstétricas									
Não	424 (92,37)	108 (96,43)	70 (92,11)	125 (92,59)	17 (100,00)	32 (94,12)	60 (83,33)	12 (92,32)	12,54
Sim	35 (7,63)	4 (3,57)	6 (7,89)	10 (7,41)	0 (0,00)	2 (5,88)	12 (16,67)	1 (7,68)	

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo. NSE = Nível socioeconómico. IVG = Interrupção voluntária da gravidez.

^a Variável codificada de acordo com os procedimentos estabelecidos por Simões (1994). ^b Variável codificada de acordo com a categorização do INE (2009b).

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

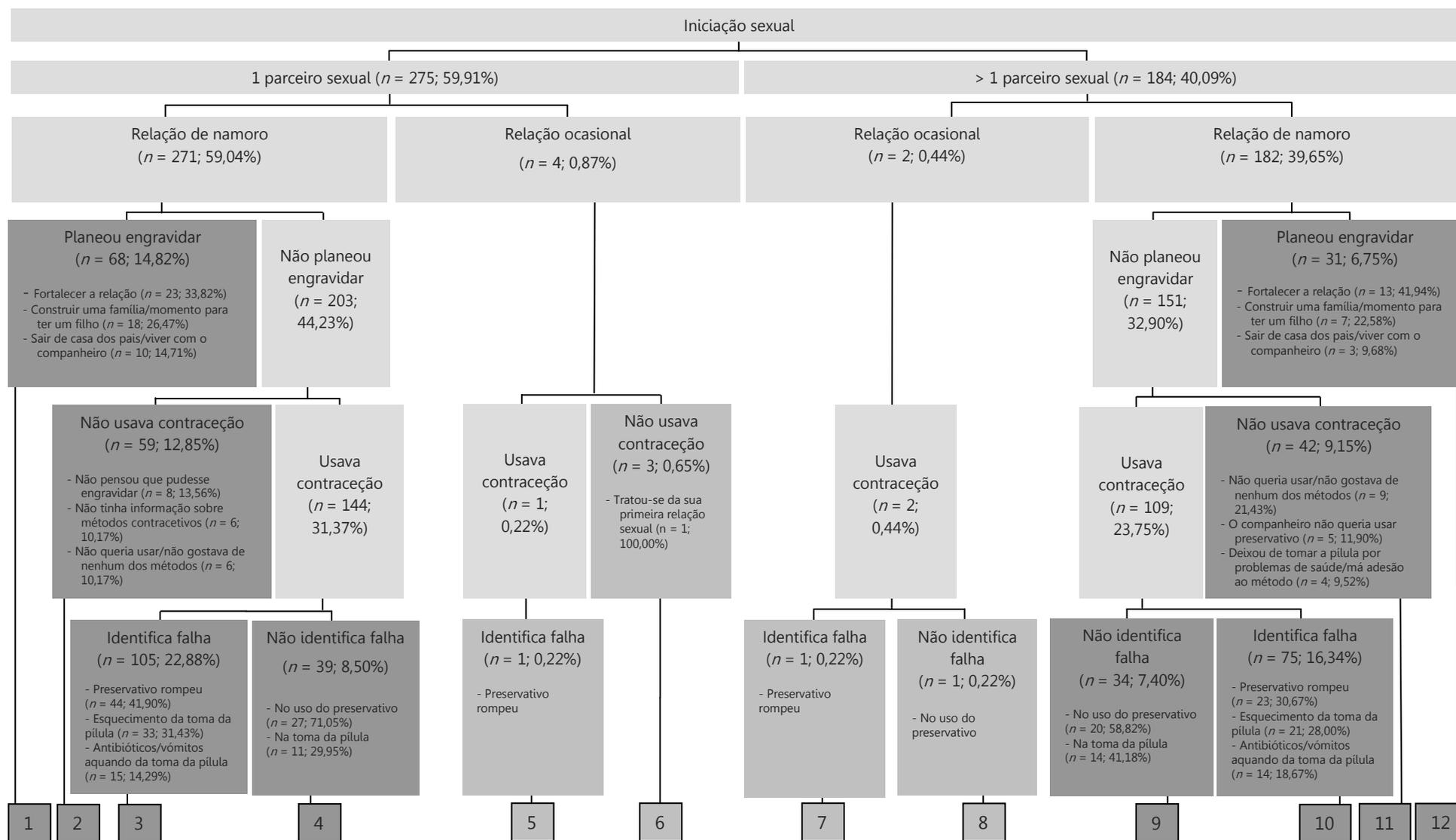


Figura 1 | Trajetórias relacionais e reprodutivas na origem da gravidez na adolescência.

Como é possível observar no Quadro 2, os parceiros das adolescentes que engravidaram de forma planeada (trajetórias 1 e 12) foram aqueles que de forma mais frequente detinham habilitações literárias correspondentes ao ensino básico e se encontravam fora do sistema de ensino. Verificámos ainda uma maior diferença de idades entre o casal nestas trajetórias do que nas restantes. Foi nas trajetórias em que as adolescentes engravidaram no contexto de utilização de contraceção sem que tivessem identificado a falha contracetiva (trajetórias 4 e 9) que detetámos com maior frequência parceiros integrados no sistema de ensino. Verificámos ainda que as relações de namoro das jovens que engravidaram do seu primeiro parceiro (trajetórias 1, 2, 3 e 4) se caracterizavam por menores diferenças de idade entre o casal e eram tendencialmente mais duradouras e do que as relações de namoro das jovens que engravidaram após múltiplos parceiros (trajetórias 9, 10, 11 e 12). No entanto, não foram detetadas diferenças significativas nestas variáveis quando comparadas as trajetórias equivalentes entre os dois grupos.

Por fim, detetámos oscilações quanto às trajetórias mais frequentes em cada região (Quadro 3). No Norte, em LVT e no Algarve, as jovens engravidaram de forma mais frequente do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva (trajetória 3). As adolescentes do Centro e dos Açores engravidaram de forma mais frequente não só no contexto dessa mesma trajetória, como ainda do seu primeiro parceiro, numa relação de namoro, sem planeamento da gravidez e não usando contraceção (trajetória 2) ou tendo planeado a gravidez (trajetória 1), respetivamente. Na região do Alentejo as adolescentes engravidaram de forma mais frequente do seu primeiro parceiro, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez (trajetória 1). Na Madeira verificou-se a existência de quatro trajetórias com igual frequência, três das quais menos prevalentes nas restantes regiões: adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção e não tendo identificado a falha contracetiva (trajetória 4) e adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva (trajetória 10) ou não usando contraceção (trajetória 11).

Discussão

Pretendeu-se caracterizar as trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência em Portugal, explorando a existência de especificidades regionais neste processo. Foram identificadas doze trajetórias; as mais frequentes no Norte, Centro, LVT, Algarve, Açores e Madeira incluíram adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva. Em determinadas regiões verificou-se, no entanto, uma prevalência igualmente elevada de trajetórias que incluíram o

Quadro 2 | Características dos parceiros e da relação em que ocorreu a gravidez, por trajetória identificada

	Trajetórias												
	Total (N = 459)	1 (n = 68)	2 (n = 59)	3 (n = 105)	4 (n = 39)	5 (n = 1)	6 (n = 3)	7 (n = 1)	8 (n = 1)	9 (n = 34)	10 (n = 75)	11 (n = 42)	12 (n = 31)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Habilitações literárias do parceiro													
Analfabeto	1 (0,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Ensino Básico	39 (8,50)	14 (20,59)	8 (13,56)	4 (3,81)	3 (7,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,94)	1 (1,33)	3 (7,14)	5 (16,12)
2º Ciclo	105 (22,88)	19 (27,94)	14 (23,73)	21 (20,00)	7 (17,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (11,76)	17 (22,67)	14 (33,33)	9 (29,03)
3º Ciclo	195 (42,48)	20 (29,41)	16 (27,12)	53 (50,48)	18 (46,15)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	16 (47,06)	37 (49,33)	16 (38,10)	11 (35,48)
Ens. Secundário	57 (12,42)	5 (7,35)	10 (16,95)	14 (13,33)	6 (15,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (17,65)	10 (13,33)	4 (9,52)	2 (6,45)
Ens. Superior	2 (0,44)	0 (0,00)	1 (1,69)	1 (0,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Não sabe/ <i>Missing</i>	60 (13,07)	10 (14,71)	10 (16,95)	5 (4,76)	5 (12,82)	0 (0,00)	3 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	7 (20,59)	10 (13,33)	7 (16,67)	4 (12,90)
Situação profissional do parceiro													
Estudante	84 (18,30)	8 (11,76)	9 (15,25)	22 (20,95)	10 (25,64)	1 (100,00)	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (100,00)	10 (29,41)	11 (14,67)	7 (16,67)	4 (12,90)
Empregado	248 (54,03)	41 (60,29)	32 (54,24)	67 (63,81)	15 (38,46)	0 (0,00)	1 (33,33)	1 (100,00)	0 (0,00)	15 (44,12)	36 (48,00)	21 (50,00)	19 (61,29)
Desempregado	97 (21,13)	17 (25,00)	13 (22,03)	13 (12,38)	10 (25,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (20,59)	20 (26,67)	11 (26,19)	6 (19,35)
Não sabe/ <i>Missing</i>	30 (6,54)	2 (2,94)	5 (8,47)	3 (2,86)	4 (12,26)	0 (0,00)	1 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (5,88)	8 (10,67)	3 (7,14)	2 (6,45)
Diferença de idade do casal^a													
<i>M(DP)</i>	4,25 (3,53)	4,81 (3,91)	4,00 (4,17)	3,74 (2,78)	3,76 (3,81)	-1,00	3,33 (2,31)	7,00	2,00	4,59 (4,19)	3,83 (2,77)	4,80 (3,27)	5,90 (4,15)
amplitude	-2-23	-2-19	-1-23	0-16	-1-20	-	2-6	-	-	0-18	-1-13	-1-13	0-18
Duração da relação^b													
<i>M(DP)</i>	19,66 (12,57)	23,11 (14,55)	21,40 (14,88)	20,59 (12,00)	21,17 (12,95)	-	-	-	-	13,61 (8,07)	17,56 (9,84)	15,53 (9,46)	20,48 (14,73)
amplitude	2-84	4-72	2-67	5-84	4-60					5-36	3-48	2-36	2-60

Nota. 1 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez; 2 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando contraceção; 3 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, utilizando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 4 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, utilizando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 5 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação ocasional, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 6 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação ocasional, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 7 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação ocasional, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 8 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação ocasional, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 9 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 10 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, utilizando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 11 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando contraceção; 12 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez.

^a Medida em anos e calculada através da subtração da idade da adolescentes à idade do seu parceiro sexual. ^b Medida em meses.

Quadro 3 | Distribuição das trajetórias relacionais e reprodutivas, por região

Trajetória	Norte (n = 112)	Centro (n = 76)	LVT (n = 135)	Alentejo (n = 17)	Algarve (n = 34)	Açores (n = 72)	Madeira (n = 13)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	11 (9,82)	11 (14,47)	19 (14,07)	5 (29,41)	6 (17,65)	15 (20,83)	1 (7,69)
2	5 (4,46)	15 (19,73)	15 (11,11)	1 (5,88)	8 (23,53)	14 (19,44)	1 (7,69)
3	39 (34,82)	15 (19,73)	23 (17,04)	1 (5,88)	10 (29,41)	15 (20,83)	2 (15,38)
4	6 (5,36)	4 (5,26)	20 (14,81)	0 (0,00)	3 (8,82)	4 (5,56)	2 (15,38)
5	0 (0,00)	1 (1,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
6	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,74)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,39)	1 (7,69)
7	0 (0,00)	1 (1,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
8	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,74)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
9	9 (8,04)	5 (6,58)	13 (9,63)	4 (23,53)	1 (2,94)	1 (1,39)	1 (7,69)
10	31 (27,68)	8 (10,53)	19 (14,07)	3 (17,65)	3 (8,82)	9 (12,50)	2 (15,38)
11	5 (4,46)	11 (14,47)	15 (11,11)	2 (11,77)	2 (5,89)	5 (6,94)	2 (15,38)
12	6 (5,36)	5 (6,58)	9 (6,67)	1 (5,88)	1 (2,94)	8 (11,11)	1 (7,69)

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo.

1 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez; 2 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando contraceção; 3 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, utilizando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 4 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação de namoro, utilizando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 5 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação ocasional, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 6 = Adolescentes que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual, numa relação ocasional, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 7 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação ocasional, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 8 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação ocasional, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 9 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, usando contraceção mas não tendo identificado a falha contracetiva; 10 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, utilizando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva; 11 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro, não tendo planeado a gravidez, mas não usando contraceção; 12 = Adolescentes que engravidaram após múltiplos parceiros sexuais, numa relação de namoro e tendo planeado a gravidez.

planeamento da gravidez (Alentejo/Açores), a ausência de contraceção (Centro/Madeira) ou a sua utilização sem identificação da falha contracetiva que esteve na origem da gravidez (Madeira). Sobressaíram ainda particularidades ao nível dos contextos relacionais inerentes à ocorrência destas gravidezes, que impõem cuidados adicionais na generalização dos resultados internacionais para a realidade portuguesa.

Os nossos resultados foram congruentes com a literatura que sugere a importância das falhas contracetivas na ocorrência da gravidez adolescente (Abma et al., 1997; Jones et al., 2002; Klerman, 2000; Pires et al., 2013; Sampaio et al., 2000; Tripp & Viner, 2005). As falhas identificadas disseram maioritariamente respeito a situações detetáveis – como o rompimento do preservativo ou o esquecimento da toma da pílula –, o que, no entanto, não parece ter levado as adolescentes a comportamentos alternativos, como o recurso à contraceção de emergência. Apesar de não conhecermos as justificações das jovens para este facto, consideramos possível hipotetizar que este se possa ter devido a uma perceção inadequada do risco de gravidez (Johnson, Nshom, Nye, & Cohall, 2010) ou à ausência de informação e/ou competências que lhes permitissem mobilizar adequadamente esta estratégia. Segundo diversos estudos, o conhecimento das adolescentes sobre a ação da contraceção de emergência, as situações nas quais deve ser usada e a forma como podem aceder-lhe é reduzido (Johnson et al., 2010; Lindberg, 2003; Mollen et al., 2008; Nunes,

2005). Carvalho (2012) refere, no mesmo sentido, que quando questionadas acerca dos métodos contraceptivos capazes de evitar uma gravidez apenas 1,4% a 3,6% das grávidas adolescentes da sua amostra mencionaram a contraceção de emergência; esta percentagem foi nula no Sul do país. Acresce que a identificação da falha contraceptiva ocorreu em relações de namoro caracterizadas por menores diferenças de idades com o parceiro, o que pode ser indicativo da maior inexperiência do casal, e não apenas da adolescente, a estes níveis. Segundo Castro e Rodrigues (2009), entre adolescentes de idades semelhantes, os rapazes detêm um menor conhecimento efetivo sobre contraceção. Também perceções negativas sobre os efeitos secundários (Mollen et al., 2008), custo (Johnson et al., 2010) e disponibilização confidencial da contraceção de emergência poderão ter constituído barreiras à sua utilização (Johnson et al., 2010; Mollen et al., 2008).

Apesar da necessidade de investigações futuras que clarifiquem estas hipóteses, os resultados disponíveis indicam que a educação das adolescentes e dos seus parceiros sobre possíveis falhas na utilização de métodos contraceptivos, o risco de gravidez a elas inerente e a ação da contraceção de emergência, assim como a identificação e remoção das barreiras percebidas no acesso à mesma, deverão ser áreas a priorizar nas políticas de saúde do nosso país com vista a uma redução efetiva da gravidez precoce. Para além da introdução destes temas nos currículos escolares, maximizada pela aplicação da Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril (AR, 2010), que regulamenta a Lei 60/2009 de 6 de agosto (AR, 2009), será particularmente relevante a ação eficaz dos serviços de saúde. Para além das Consultas de Planeamento Familiar nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares e dos Centros de Atendimento a Jovens, as consultas de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente pelo contacto mais próximo e regular que proporcionam com a população, podem constituir importantes oportunidades para ações desse âmbito (Nunes, 2005).

Os nossos resultados reforçam, igualmente, a importância atribuída pela literatura à decisão de engravidar (Abma et al., 2004; Davies et al., 2006; Pires et al., 2013; Sheeder et al., 2009b). A terceira trajetória nacionalmente mais frequente incluiu jovens que engravidaram numa relação de namoro com o seu primeiro parceiro sexual e que planearam a gravidez. Esta trajetória, dominante no Alentejo e nos Açores, parece ser mais frequente entre adolescentes mais velhas, de meios semiurbanos/rurais e menos escolarizadas e associar-se a situações de casamento/união de facto e partos prévios. Estes resultados sugerem que a recorrência da gravidez na adolescência pode encontrar-se associada a projetos de vida voltados para a conjugalidade e maternidade, nomeadamente em regiões habitualmente caracterizadas por um menor leque de oportunidades de desenvolvimento/crescimento pessoal e de projetos de vida escolarizados/profissionalizantes (INE, 2014). Neste sentido, a avaliação das representações e expectativas das jovens acerca do seu percurso académico/profissional, da sua realização pessoal e da relação com o parceiro e a promoção de projetos de vida alternativos à maternidade podem ser estratégias de particular relevância nestas regiões.

O envolvimento dos parceiros das adolescentes de maior risco na prevenção da gravidez parece igualmente útil no âmbito desta trajetória. Os nossos resultados são congruentes com estudos

prévios, ao sugerirem que, quando enquadrada numa relação de namoro, a gravidez adolescente ocorre em relações duradouras (Manning et al., 2009) e com homens mais velhos (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Pires et al., 2013; Sheeder et al., 2009a), com baixas habilitações literárias e excluídos do sistema de ensino (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Lindberg et al., 1997; Sheeder et al., 2009a; Taylor et al., 1999), tendo sido estes resultados particularmente expressivos quando a gravidez foi planeada (Agurcia et al., 2001). Diversos autores consideram que estas características determinam em larga medida a ineficácia de alguns programas de prevenção. Estes são habitualmente pouco integradores da população masculina descrita, quer por ocorrerem em contexto escolar, quer por ocorrerem em contextos de saúde e/ou comunitários sendo dirigidos apenas a adolescentes (Males & Chew, 1996). Os nossos resultados apontam, então, para a necessidade de repensar as políticas de educação e de saúde de forma a incluir a população masculina de maior risco nas ações delineadas e a promover uma sexualidade segura na comunidade, entre pares e fora do contexto escolar. As consultas de planeamento familiar podem constituir-se, a este nível, como contextos privilegiados para envolver os parceiros de maior risco na prevenção da gravidez. Seria desejável, porém, que investigações futuras esclarecessem o impacto destes parceiros nas decisões reprodutivas das jovens. Alguns autores referem que este pode dever-se ao desejo que esses parceiros têm, ou que as adolescentes lhes atribuem, de serem pais naquele momento das suas vidas e ao elevado poder que assumem nas relações de namoro (Osorio et al., 2012; Wang & Chiou, 2008).

Por seu lado, as trajetórias associadas à ausência de contraceção estiveram particularmente envolvidas na ocorrência de gravidez no Centro e na Madeira. Tal facto espelha a necessidade de não desinvestir das políticas de saúde que visam a promoção da utilização de contraceção, sendo, no entanto, necessário avaliar as razões pelas quais os resultados alcançados nestas regiões não são totalmente satisfatórios. De acordo com os nossos dados, as jovens do Centro parecem necessitar de mais informação sobre métodos contraceptivos e respetiva acessibilidade, e de um maior suporte na ponderação do risco envolvido em relações desprotegidas, enquanto as adolescentes da Madeira parecem poder beneficiar da promoção de competências de negociação da contraceção de barreira com os seus parceiros e de um aconselhamento contraceptivo especialmente atento à sua má adesão a métodos contraceptivos hormonais, como a pílula. Em ambas as situações, parece ser importante desmistificar desvantagens percebidas na sua utilização, esclarecer os benefícios não contraceptivos de que poderiam advir da mesma e envolver ativamente as adolescentes na escolha do método que melhor se adapte à sua situação (Sampaio et al., 2000).

Na região da Madeira as trajetórias associadas à ausência de identificação da falha contraceptiva estiveram igualmente entre as que de forma mais frequente conduziram à gravidez. Uma dessas trajetórias revelou-se ainda a segunda mais frequente em LVT, região onde a gravidez na adolescência é particularmente frequente (PORDATA, 2013). A promoção e o treino de competências ao nível da identificação das possíveis falhas contraceptivas parecem, assim, iniciativas a priorizar nestas regiões. A par da prevenção em contexto de saúde e/ou comunitário, programas

de âmbito escolar poderão desempenhar um papel mais revelante nestas situações do que nas anteriormente discutidas, uma vez que nestas trajetórias foi detetado um maior número de parceiros incluídos no sistema de ensino.

Por fim, e contrariamente à literatura internacional (Davies et al., 2006; Ford et al., 2001; Lindberg et al., 1997), apenas uma minoria residual das adolescentes engravidou numa relação ocasional e apenas na Madeira as trajetórias que incluíram o envolvimento com múltiplos parceiros estiveram entre as mais frequentes. Acresce que a única discrepância encontrada entre as jovens que reportaram um e múltiplos parceiros prendeu-se com o planeamento da gravidez, mais frequente entre as primeiras. As restantes trajetórias revelaram-se equivalentes. A integração deste conhecimento na prática de educadores e profissionais de saúde poderá aumentar a adequabilidade da sua atuação às necessidades das jovens portuguesas, contribuindo para uma maior adesão às medidas implementadas. No entanto, a elevada amplitude detetada nas diferenças de idades entre o casal levanta importantes questões, nomeadamente legais, ao nível destes relacionamentos. O investimento na compreensão das circunstâncias em que os mesmos se estabelecem e perduram parece-nos, assim, de elevada pertinência.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas: a sua metodologia transversal exige prudência na generalização dos resultados, pois apesar da sequência temporal dos acontecimentos ter sido assegurada no estudo das trajetórias, investigações futuras deverão privilegiar uma metodologia longitudinal; o carácter retrospectivo das respostas pode ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse tipo de avaliação (Logan, Holcombe, Manlove, & Ryan, 2007) e a natureza sensível das questões incrementado a probabilidade de respostas socialmente desejáveis (Palen et al., 2008; Rose et al., 2009). Avaliar simultaneamente os parceiros das jovens, explorando incongruências entre as fontes, poderá ser uma estratégia válida em investigações futuras.

Não obstante, os nossos resultados constituem conhecimento específico sobre os contextos relacionais e reprodutivos em que a gravidez na adolescência ocorre, tendo importantes implicações. A multiplicidade de trajetórias identificadas e a sua variação regional refletem a necessidade de evitar visões globais e/ou estereotipadas das adolescentes que engravidam e, em alternativa, investir em políticas de saúde simultaneamente abrangentes e diversificadas, que atendam às necessidades particulares das jovens de cada região. Uma vez que proporcionar um aconselhamento contraceptivo eficaz exige a compreensão das necessidades da população específica a que este se dirige (Sampaio et al., 2000), os nossos resultados poderão ser igualmente relevantes ao nível da atuação dos profissionais que prestam cuidados de saúde à população adolescente. De facto, as consultas de planeamento familiar são locais privilegiados para uma educação sexual adequada e antecipada (Nobre & Tomé, 2011). Na adolescência, em particular, a população de maior risco encontra-se habitualmente fora do sistema de ensino ou retida em anos escolares não normativos (Araújo Pedrosa et al., 2011; Carvalho, 2012), o que restringe o seu acesso a uma educação sexual formal adequada ao seu nível de desenvolvimento em contexto escolar, pelo que a ação dos profissionais de saúde poderá ser determinante.

Conclusão

Os nossos resultados salientam a importância de atender à diversidade regional portuguesa ao nível do planeamento do(a): 1) difusão de informação sobre métodos contraceptivos, 2) desenvolvimento de projetos de vida alternativos à maternidade, 3) promoção da utilização de contraceção, 4) educação ao nível da identificação de possíveis falhas contraceptivas e do risco de gravidez a elas inerente e 5) promoção e treino de competências para lidar com essas falhas. O conhecimento que deles emerge fornece-nos, assim, importantes orientações para a prevenção nacional da ocorrência de gravidez na adolescência, fundamentando a importância de investir na prevenção das decisões e dos comportamentos de risco de acordo com as especificidades regionais identificadas.

Referências

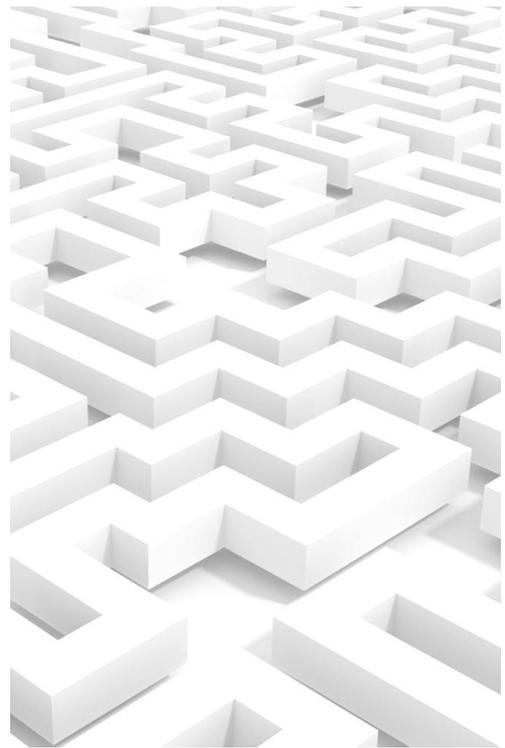
- Abma, J. C., Chandra, A., Mosher, W. D., Peterson, L. S., & Piccinino, L. J. (1997). Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital and Health Statistics*, 23(19), 1-114. Retirado de <http://goo.gl/q5vSCh>
- Abma, J. C., Martinez, G. M., Mosher, W. D., & Dawson, B. S. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. *Vital and Health Statistics*, 23(24), 1-48. Retirado de http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_024.pdf
- Agurcia, C. A., Tickert, V. I., Bereson, A. B., Volk, R. J., & Wiemann, C. M. (2001). The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 822-830. doi:10.1001/archpedi.155.7.822
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 255, 7101-7103. Retirado de <http://goo.gl/filBfD>

- Assembleia da República. (2009, agosto, 6). Lei 60/2009 de 6 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I, 151*, 5097-5098. Retirado de <http://goo.gl/3P8EGW>
- Assembleia da República. (2010, abril, 9). Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 69*, 1170(2)-1170(4). Retirado de <http://goo.gl/am8fE7>
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, P. L. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Castro, J. F., & Rodrigues, V. M. C. P. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*, 889-894. doi:10.1590/S0080-62342009000400021
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist, 53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington K., ... Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health, 39*, 43-49. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.011
- Derme, M., Leoncini, E., Vetrano, G., Carlomagno, L., & Aleandri, V. (2013). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnant women: A retrospective study. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health, 10*(4), 1-8. doi:10.2427/8641
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/JE7jGr>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/i4Cnaa>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/WisdoZ>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/7zCQ2a>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage.

- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa, 18*, 97-105. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1017/685>
- Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives, 33*, 100-132. doi:10.2307/2673765
- Hawes, Z. C., Wellings, K., & Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research, 47*, 137-152. doi:10.1080/00224490903509399
- Instituto Nacional de Estatística. (2009a). *Inquérito nacional de saúde: 2005/2006*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/UFEL6R>
- Instituto Nacional de Estatística. (2009b). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/mdsOJG>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Índice sintético de desenvolvimento regional: 2011*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/QazWGX>
- Johnson, R., Nshom, M., Nye, A. M., & Cohall, A. T. (2010). There's always plan B: Adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception, 81*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.005
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U. S. women having abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*, 294-303. doi:10.2307/3097748
- Kashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: A register-based cohort study. *British Medical Journal of Pregnancy and Childbirth, 10*, 36-44. doi:10.1186/1471-2393-10-36
- Klerman, L. V. (2000). The intendedness of pregnancy: A concept in transition. *Maternal and Child Health Journal, 4*, 155-162. doi:10.1023/A:1009534612388
- Leppälahti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2006). Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open, 3*, 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2013-003225
- Lindberg, C. E. (2003). Emergency contraception for prevention of adolescent pregnancy. *American Journal of Maternal/Child Nursing, 28*, 199-204. doi:10.1097/00005721-200305000-00012
- Lindberg, L. D., Sonenstein, F. L., Ku, L., & Martinez, G. (1997). Age differences between minors who give birth and their adult partners. *Family Planning Perspectives, 29*, 61-66. doi:10.2307/2953363
- Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing: A white paper*. Washington, DC: Child Trends. Retirado de <http://goo.gl/hyn0H5>

- Males, M., & Chew, K. S. Y. (1996). The age of fathers in California adolescent births, 1993. *American Journal of Public Health, 86*, 565-568. doi:10.2105/AJPH.86.4.565
- Manning, W. D., Flanigan, C. M., Giordano, P. C., & Longmore, M. A. (2009). Relationship dynamics and consistency of condom use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*, 181-190. doi:10.1363/4118109
- Mollen, C. J., Barg, F. K., Hayes, K. L., Gotcsik, M., Blades, N. M., & Schwarz, D. F. (2008). Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minor, adolescent girls: An in-depth interview study. *Pediatrics, 122*, 329-401. doi:10.1542/peds.2008-0009
- Nobre, S., & Tomé, M. T. (2011). As citologias na promoção da saúde sexual das adolescentes utentes do Centro de Atendimento a Jovens de Coimbra. *Acta Médica Portuguesa, 24*, 413-418. Retirado de <http://goo.gl/tGwHaX>
- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contraceção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21*, 247-256. Retirado de <http://goo.gl/G4WYaV>
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- Osorio, A., López-del Burgo, C., Carlos, S., Ruiz-Canela, M., Delgado, M., & Irala, J. de (2012). First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. *Journal of Adolescent Health, 50*, 271-278. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.012
- Palen, L.-A., Smith, E., Caldwell, L. L., Plisher, A. J., Wegner, L., & Vergani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health, 42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Carvalho, P., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (2012). Why do adolescents keep getting pregnant: Is this due to intention to get pregnant, non-use of contraceptives, contraceptive failure or incorrect use? [Resumo]. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*, S132-S133. doi:10.1007/s12529-012-9247-0
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 339-347. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36227023011.pdf>
- PORDATA. (2013). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: Total e por grupo etário da mãe – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/g5BAld>
- Rafaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology, 39*, 1036-1046. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1036

- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Sampaio, M. G. L., Chaves, I., & Dias, A. (2000). Contraceção hormonal oral. *Acta Médica Portuguesa*, *13*, 231-236. Retirado de <http://goo.gl/i4V1DE>
- Santos, R. S. (1997). Gravidez em mães adolescentes: Estudo no distrito de Beja 1986-1991. *Acta Médica Portuguesa*, *10*, 681-688. Retirado de <http://goo.gl/Va9DyU>
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009a). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 1: An indicator of gaps in family planning services. *Maternal and Child Health Journal*, *13*, 295-305. doi:10.1007/s10995-008-0360-2
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009b). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 2: A proxy for childbearing intentions. *Maternal and Child Health Journal*, *13*, 306-317. doi:10.1007/s10995-008-0368-7
- Silva, M. O. da (1992). *A gravidez na adolescência: Relevância clínica da intervenção pré-natal* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *16*(Sup. 1), S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tavares, M., & Barros, H. (1997). Gravidez não planeada em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *10*, 351-356. Retirado de <http://goo.gl/Cmwjxi>
- Taylor, D. J., Chavez, G. F., Adams, E. J., Chabra, A., & Shah, R. S. (1999). Demographic characteristics in adult paternity for first births to adolescents under 15 years of age. *Journal of Adolescent Health*, *24*, 251-258. doi:10.1016/S1054-139X(98)00122-0
- Tripp, J., & Viner, R. (2005). Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, *330*, 590-593. doi:10.1136/bmj.330.7491.590
- United Nations Population Fund. (2012). *The state of World Population 2012: By choice, not by chance – Family planning, human rights and development*. Nova Iorque: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/SU42Tq>
- Wang, R.-H., & Chiou, C.-J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behavior among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- William, M. (1993). Adolescent males' orientation toward paternity and contraception. *Family Planning Perspectives*, *25*, 22-31. doi:10.2307/2135989



Estudo Empírico II |

Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? | Adolescent
motherhood: Choice, acceptance or resignation?

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA,
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

2013

Psicologia, Saúde & Doenças

Volume 14

Número 2

Páginas: 339-347

Resumo

O presente estudo pretendeu caracterizar os contextos relacionais e reprodutivos em que a gravidez adolescente ocorre e o processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao seu prosseguimento, averiguando a existência de especificidades regionais. A amostra foi recolhida em 42 serviços de saúde portugueses e consistiu num grupo nacionalmente representativo de grávidas adolescentes ($N = 475$). Os resultados revelaram diferenças regionais nos contextos de ocorrência da gravidez, nomeadamente ao nível da idade dos companheiros, da duração da relação, da história prévia de gravidez/interrupção, da utilização de contraceção à data da conceção e da identificação da falha contracetiva. Verificou-se ainda uma relevante heterogeneidade individual e regional no processo de tomada de decisão reprodutiva ao nível das circunstâncias, decisões e motivos que conduziram à maternidade. Estes resultados podem contribuir para uma prevenção mais eficaz da gravidez e para a especialização do apoio proporcionado às decisões reprodutivas nesta fase do ciclo de vida.

Palavras-chave: decisão reprodutiva, diversidade individual e regional, maternidade adolescente.

Abstract

The current study aimed to describe the relational and reproductive contexts in which adolescent pregnancy occurs and the decisional process underlying its continuation; we also aimed to explore whether there were significant differences in these processes according to adolescents' place of residence. The sample was collected at 42 Portuguese health services and consisted of a national representative group of pregnant adolescents ($N = 475$). Our results showed several differences between country areas regarding the contexts in which pregnancy occurred. Specifically, significant differences were found regarding partners' age, relationship length, pregnancy/abortion history, and contraceptive behaviors that lead to pregnancy. Individual and regional differences were also found regarding the decision-making process; different circumstances, decisions and motivations lead to motherhood among the adolescents of our sample, namely according to their place of residence. These results may enable us to prevent adolescent pregnancy more effectively and to better support adolescents in their reproductive decisions.

Keywords: adolescent motherhood, individual and regional differences, reproductive decisions.

Introdução

A maternidade adolescente continua a ser um problema premente em diversos países desenvolvidos (Oliveira, Moura, Pinheiro, & Eduardo, 2008; Silva et al., 2011). Portugal, em particular, situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais altas de nascimentos em adolescentes (Silva et al., 2011). Acresce que, ao longo das últimas décadas, mudanças sociais ao nível do desenvolvimento preconizado para a população adolescente, dos papéis de género e do lugar da mulher na sociedade têm contribuído para uma visão da gravidez na adolescência como cada vez mais inoportuna e indesejável, colocando crescentes desafios no âmbito da sua prevenção (Canavaro & Pereira, 2001; Neiverth & Alves, 2003; Peres & Heilborn, 2006; Pires, 2009). Por outro lado, a crescente acessibilidade legal e prática à interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher (IVG) em Portugal tem proporcionado cada vez mais às adolescentes que engravidam a possibilidade legal e segura de interromper a gravidez; no entanto, cerca de 65% prosseguem a gravidez, tornando-se mães (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Sendo Portugal um país cujas especificidades regionais têm impacto ao nível da reprodução (Carvalho, 2012; Dias, 1985) – nomeadamente no que respeita à evolução das taxas de gravidez adolescente e da decisão reprodutiva subsequente (DGS, 2010, 2012; INE, 2011) –, o presente estudo pretendeu caracterizar o contexto relacional e reprodutivo em que a gravidez adolescente ocorre, bem como o processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao seu prosseguimento, averiguando a existência de especificidades regionais.

A literatura tem privilegiado a conceptualização da gravidez na adolescência enquanto cadeia de acontecimentos e decisões, que parte da iniciação sexual, passando pela existência ou não de desejo de gravidez (e seu planeamento), pela decisão contraceptiva e pelo comportamento contraceptivo implementado (Canavaro & Pereira, 2001; Hawes, Wellings, & Stephenson, 2010; Pires, Araújo Pedrosa, Carvalho, Pereira, & Canavaro, 2012). No entanto, estaremos a captar uma realidade incompleta sobre a maternidade adolescente se não considerarmos também a decisão reprodutiva da jovem sobre o prosseguimento/interrupção da gravidez (Canavaro & Pereira, 2001; Peres & Heilborn, 2006; Pires, Araújo Pedrosa, Pereira, & Canavaro, no prelo; Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

Apesar de serem escassos os estudos que abordam a problemática da tomada de decisão reprodutiva em Portugal, de acordo com a literatura internacional, a complexidade deste processo pode ser ampliada por características próprias da adolescência. Referimo-nos, nomeadamente, à limitada janela temporal disponível para a decisão – em função da deteção habitualmente mais tardia da gravidez entre adolescentes e da sua maior necessidade de tempo para tomadas de decisão complexas, quando comparados com adultos (Bailey et al., 2001; Leal, 2006; Needle & Walker, 2008) –, aos motivos subjacentes à decisão e ao papel assumido por outros significativos (Evans, 2001; Guedes, 2008; Pires et al., no prelo). No entanto, a literatura que o comprova foca-se

essencialmente nas jovens que se decidem pela interrupção, não sendo do nosso conhecimento estudos que adotem a perspetiva das jovens que prosseguem a gravidez.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por um grupo nacionalmente representativo (NUTS II; Assembleia da República, 2002) de grávidas adolescentes ($N = 475$), com idades entre os 12 e os 19 anos ($M = 16,44$; $DP = 1,27$). As jovens eram na sua maioria de origem europeia (398, 83,79% vs. 45, 9,47%, cigana, 18, 3,79%, africana, 12, 2,53%, latina e 2, 0,42%, asiática), pertenciam a níveis socioeconómicos baixos (437, 92,39%; Simões, 1994) e residiam maioritariamente em zonas urbanas (346, 72,84%; INE, 2009). Apenas 192 (40,42%) se encontravam a estudar, sendo a escolaridade média de 8 anos ($M = 7,91$; $DP = 2,20$). A idade gestacional variou entre as 6 e as 40 semanas ($M = 24,10$; $DP = 9,49$).

Material

A recolha de informação foi feita através de uma ficha de caracterização construída a partir da entrevista semiestruturada utilizada na triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Daniel de Matos (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Esta ficha foi sujeita a um estudo piloto, e devidamente adaptada de forma a assegurar a sua clareza, compreensibilidade e adequação às condições de recolha de amostra.

Procedimento

A recolha da amostra ocorreu entre 2008 e 2013 em 42 serviços de saúde, mediante aprovação das suas Comissões de Ética. As adolescentes foram convidadas a participar durante o seu acompanhamento obstétrico e encaminhadas para uma sessão de avaliação com um assistente de investigação devidamente treinado. A participação foi aceite mediante assinatura de um consentimento informado. Quando as participantes eram menores de 18 anos, o consentimento foi igualmente assinado pelos seus representantes legais. Cumpriam critérios de inclusão para o referido estudo adolescentes grávidas, em qualquer momento da gestação, com menos de 20 anos (Organização Mundial de Saúde, 1975), e com compreensão adequada da língua portuguesa.

Tratamento estatístico dos dados

Para caracterizar as adolescentes da nossa amostra recorremos a estatísticas descritivas (frequências relativas, médias, desvios-padrão). As diferenças regionais foram analisadas recorrendo a testes de Qui-Quadrado (com correção de Monte Carlo quando a frequência esperada em alguma célula fosse menor que cinco), de Kruskal-Wallis e a subsequentes testes *U* de Mann-Whitney (com respetiva correção de Bonferroni). Todas as análises foram realizadas no software SPSS, v. 17.

Resultados

À data da conceção, as adolescentes relataram na sua maioria estar envolvidas numa relação de namoro ($n = 459$, 98,27%) com duração média de 20 meses ($M = 19,73$; $DP = 12,67$; amplitude: 1-84) e, em média, com homens adultos ($M = 20,63$; $DP = 3,81$; amplitude: 14-40). Para 59 (12,45%) adolescentes esta não foi a primeira gravidez; 26 (5,47%) tinham já realizado pelo menos uma IVG. A maioria não planeou a gravidez ($n = 373$; 78,53%); destas, 263 (70,70%) reportaram o uso de contraceção à data da conceção e 173 (67,87%) identificaram a falha contracetiva ocorrida.

Conforme apresentado no Quadro 1, foram detetadas diferenças entre regiões ao nível da duração da relação de namoro, da idade dos namorados e da história prévia de gravidez e IVG. A ausência de contraceção revelou-se mais frequente no Centro e nos Açores do que nas restantes regiões do país. Foi em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e no Alentejo que as jovens menos identificaram a falha contracetiva (Quadro 1).

Quando explorado o processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento da gravidez, verificámos um total de sete trajetórias (Figura 1). A maioria das adolescentes encontrava-se a prosseguir uma gravidez não planeada, vigiada após as 10 semanas de gravidez e, portanto, sem enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto com o respetivo serviço de saúde (trajetória 4). A segunda trajetória mais frequente incluiu adolescentes que não planearam a gravidez, tinham enquadramento legal para a IVG, mas não ponderaram essa possibilidade (trajetória 5). A terceira trajetória mais frequente incluiu adolescentes que planearam a gravidez com os seus companheiros (trajetória 2) e apenas uma minoria das adolescentes não planeou a gravidez, tinha enquadramento legal para a IVG, ponderou essa possibilidade, mas prosseguiu a gravidez por decisão própria (trajetória 6) ou por imposição/influência de outros (trajetória 7). As trajetórias número 1 e 3, com frequências apenas residuais, encontram-se igualmente representadas na Figura 1, assim como os motivos para o planeamento da gravidez, para o seu prosseguimento e as fontes de pressão para o prosseguimento.

Quadro 1 | Contexto reprodutivo de ocorrência da gravidez

	Norte (<i>n</i> = 112)	Centro (<i>n</i> = 78)	LVT (<i>n</i> = 146)	Alentejo (<i>n</i> = 18)	Algarve (<i>n</i> = 34)	Açores (<i>n</i> = 72)	Madeira (<i>n</i> = 15)	$\chi^2(V) / H(\hat{\rho})$
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Tipo de relação								
Casual	0 (0,00)	2 (2,60)	4 (2,80)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,41)	1 (7,14)	6,67 (0,12)
Namoro	110 (100,00)	75 (97,40)	139 (97,20)	18 (100,00)	34 (100,00)	70 (98,59)	13 (92,86)	
Duração namoro (meses); Média (<i>DP</i>)	18,24 (10,26)	19,03 (12,98)	20,32 (13,98)	21,35 (12,81)	16,24 (8,48)	23,74 (14,80)	15,67 (8,66)	12,37 [*] Açores > Norte (0,21); Açores > Centro (0,16); Açores > Algarve (0,30)
Pai do bebé (idade) Média (<i>DP</i>)	20,63 (3,53)	20,53 (3,90)	19,55 (3,10)	22,11 (4,73)	21,06 (4,63)	22,21 (4,11)	21,40 (4,07)	30,53 ^{***} Açores > Norte (0,20); Açores > Centro (0,21); Açores > LVT (0,34); Alentejo > LVT (0,31)
Gravidez prévia								
Não	103 (91,96)	66 (84,62)	124 (84,93)	12 (70,59)	33 (97,06)	62 (86,11)	15 (100,00)	13,12 (0,17) [*]
Sim	9 (8,04)	12 (15,38)	22 (15,07)	5 (29,41)	1 (2,94)	10 (13,89)	0 (0,00)	
Interrupção prévia								
Não	109 (97,32)	75 (96,15)	133 (91,10)	14 (77,78)	33 (97,06)	70 (97,22)	15 (100,00)	17,47 (0,19) ^{**}
Sim	3 (2,68)	3 (3,85)	13 (8,90)	4 (22,22)	1 (2,94)	2 (2,78)	0 (0,00)	
Planeou gravidez								
Não	95 (84,82)	62 (79,49)	117 (80,14)	11 (61,11)	27 (79,41)	49 (68,06)	12 (80,00)	10,85 (0,15)
Sim	17 (15,18)	16 (20,51)	29 (19,86)	7 (38,89)	7 (20,69)	23 (31,94)	3 (20,00)	
Uso de contraceção ^a								
Não	10 (10,53)	27 (43,54)	36 (30,77)	2 (20,00)	10 (37,03)	20 (40,82)	4 (33,33)	26,79 (0,27) ^{***}
Sim	85 (89,47)	35 (56,45)	81 (69,23)	8 (80,00)	17 (62,97)	29 (59,18)	8 (66,67)	
Falha contraceptiva ^a								
Identificada	68 (81,92)	23 (71,88)	41 (52,56)	4 (50,00)	13 (76,47)	20 (80,00)	4 (66,67)	19,83 (0,22) ^{**}
Desconhecida	15 (18,07)	9 (28,12)	37 (47,44)	4 (50,00)	4 (23,53)	5 (20,00)	2 (33,63)	

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo.

^a Adolescentes que não planearam a gravidez.^{*} $p < 0,05$. ^{**} $p < 0,01$. ^{***} $p < 0,001$.

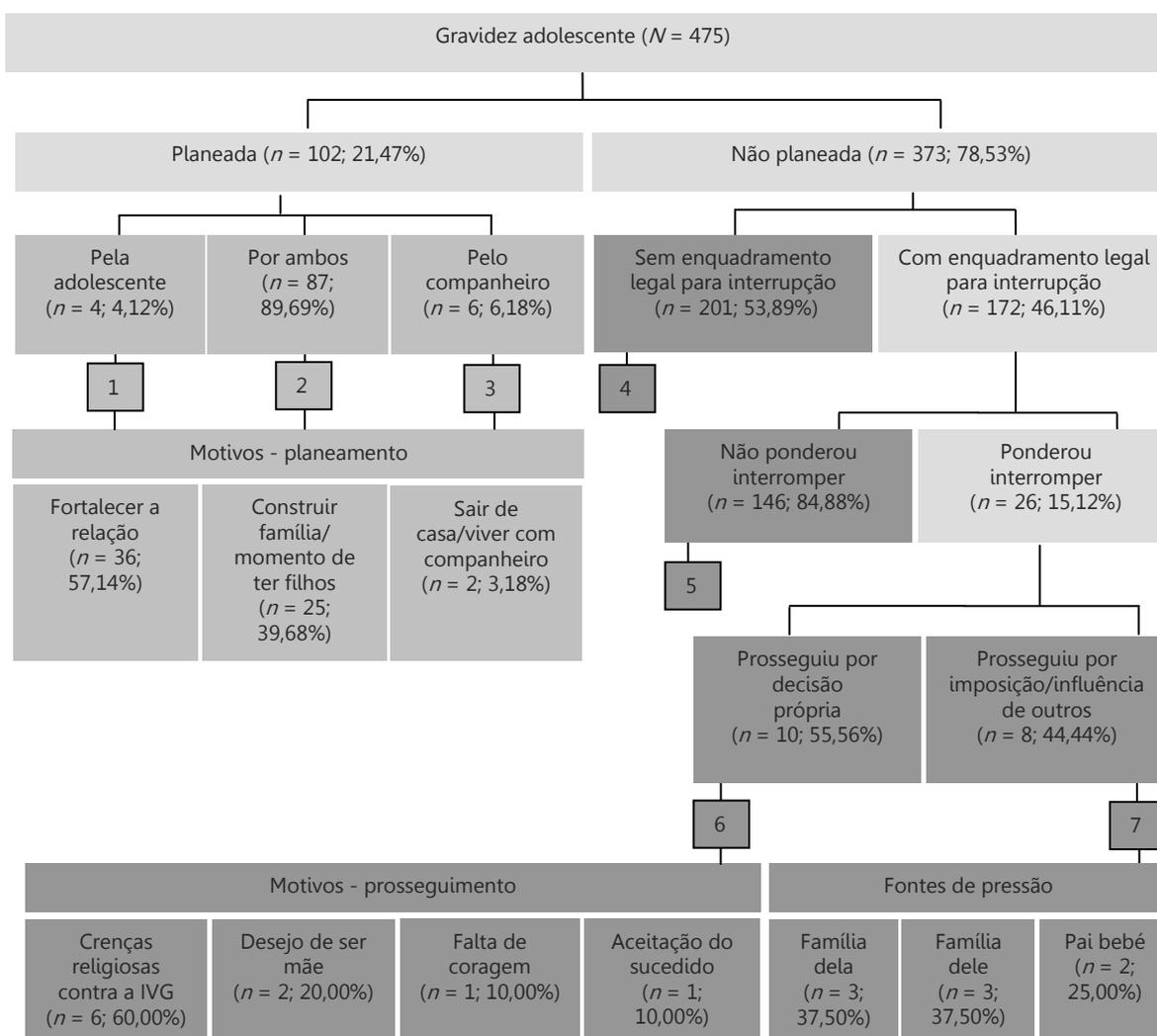


Figura 1 | Processo de tomada de decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento da gravidez.

A distribuição das trajetórias foi distinta em função da região de pertença ($\chi^2_{(36)} = 107,15$; $p < 0,001$; $V = 0,20$) e encontra-se descrita no Quadro 2. Verificou-se que no Norte e nos Açores a trajetória 5 foi a mais frequente, contrariamente às restantes regiões do país, onde a trajetória 4 sobressaiu. As regiões do Alentejo, Açores e Madeira destacaram-se por ter a trajetória 2 como a segunda mais frequente; nas restantes regiões do país esta trajetória foi a terceira mais frequente. Verificou-se ainda que a região do Alentejo foi a única onde a trajetória 3 foi a terceira mais frequente e que a trajetória 6 apenas ocorreu no Norte e em LVT.

Quadro 2 | Distribuição das trajetórias associadas ao prosseguimento da gravidez, por região

	Norte (n = 112)	Centro (n = 78)	LVT (n = 146)	Alentejo (n = 18)	Algarve (n = 34)	Açores (n = 72)	Madeira (n = 15)
Trajectoria	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	1 (0,91)	1 (1,30)	2 (1,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
2	15 (13,64)	14 (18,18)	23 (16,43)	3 (18,75)	6 (17,65)	23 (31,94)	3 (23,08)
3	0 (0,00)	1 (1,30)	1 (0,71)	3 (18,75)	1 (2,94)	0 (0,00)	0 (0,00)
4	36 (32,73)	39 (50,65)	77 (55,00)	7 (43,75)	15 (44,12)	17 (23,61)	10 (76,92)
5	53 (48,18)	21 (27,27)	29 (20,71)	2 (12,50)	12 (35,29)	29 (40,28)	0 (0,00)
6	4 (3,63)	0 (0,00)	6 (4,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
7	1 (0,91)	1 (1,30)	2 (1,43)	1 (6,25)	0 (0,00)	3 (4,17)	0 (0,00)

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo.

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram que a gravidez ocorreu maioritariamente no contexto de uma relação de namoro, com duração média de 20 meses e com homens adultos. A maioria das adolescentes reportou o uso de contraceção à data da conceção e identificou a falha contracetiva. No entanto, foram detetadas diferenças regionais ao nível de algumas destas variáveis. Verificou-se, ainda, uma relevante heterogeneidade individual e regional no processo de tomada de decisão subjacente ao prosseguimento da gravidez. A multiplicidade de trajetórias que sobressaem dos nossos resultados traduz-se, assim, na necessidade de abandonar visões globais e/ou estereotipadas das adolescentes que se tornam mães e, em alternativa, integrar a heterogeneidade das circunstâncias, decisões e motivações que podem conduzir à maternidade adolescente na prevenção da gravidez e no suporte à decisão reprodutiva. Para tal, é necessário investir em abordagens simultaneamente abrangentes e diversificadas, que estejam de acordo com as necessidades particulares das jovens de cada região.

Os nossos resultados reforçam particularmente a sugestão de Davies et al. (2006), Neto, Dias, Rocha e Cunha (2007) e Pires et al. (2012) sobre a importância de integrar o desejo de engravidar na compreensão dos comportamentos contracetivos das adolescentes. De facto, a terceira trajetória mais frequente incluiu jovens que planearam a gravidez. Esta foi, aliás, a segunda trajetória mais frequente no Alentejo, Açores e Madeira. Os motivos apontados para esse planeamento foram o fortalecimento da relação e o desejo de constituir família/viver com o companheiro. A segunda trajetória mais frequente a nível nacional incluiu adolescentes que tinham enquadramento legal para a IVG, mas não ponderaram essa possibilidade. Seria importante averiguar futuramente se estas situações ocorrem, por um lado, num contexto totalmente informado e esclarecido sobre o procedimento de IVG e/ou, por outro, associadas a perceções

positivas da maternidade com base em sentimentos de felicidade e/ou realização pessoal (Canavarro, 2009; Neto et al., 2007; Oliveira et al., 2008). Por fim, a maioria das adolescentes não teve enquadramento para a IVG por início da vigilância após as 10 semanas de gravidez, o que chama a atenção para a necessidade de as sensibilizar para o despiste precoce de uma eventual gravidez, aumentando as suas oportunidades de decisão e de envolvimento atempado em processos de tomada de decisão de qualidade.

Algumas limitações devem ser tidas em conta na generalização dos nossos resultados, tais como o carácter retrospectivo das respostas e o facto de a única fonte de informação ser o autorrelato, o que faz com que os resultados possam ter sido contaminados com enviesamentos e/ou respostas socialmente desejáveis. A avaliação simultânea dos companheiros poderá ser uma estratégia alternativa em investigações futuras, uma vez que permitiria detetar incongruências entre fontes.

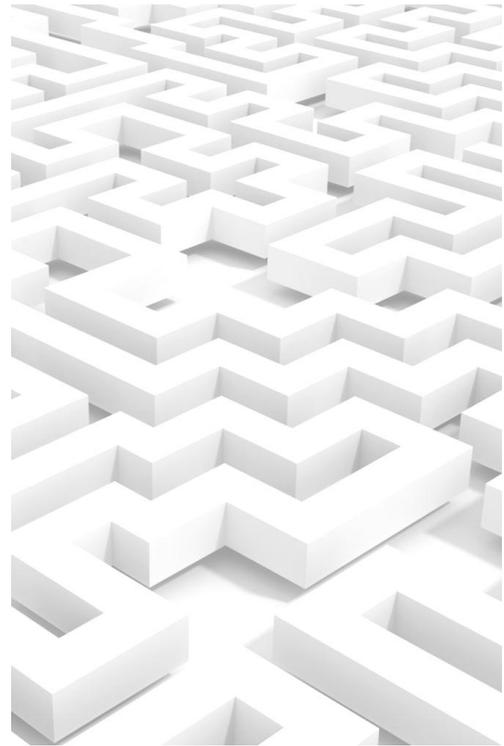
Apesar destas limitações, os nossos resultados constituem conhecimento detalhado sobre a maternidade adolescente em Portugal, podendo contribuir para a especialização da educação sexual/planeamento familiar no âmbito da sua prevenção, bem como do apoio proporcionado às decisões reprodutivas na adolescência. O conhecimento gerado permite fundamentar um investimento diferencial na prevenção dos comportamentos de risco para a ocorrência da gravidez de acordo com a natureza específica dos mesmos e um acompanhamento das decisões reprodutivas devidamente ajustado à heterogeneidade individual desta população; chama ainda a atenção para a importância de atender à diversidade regional ao nível do planeamento da difusão de informação sobre contraceção/deteção precoce da gravidez/procedimentos de IVG, do desenvolvimento de projetos de vida alternativos à maternidade, da avaliação da forma como é usada a contraceção e da promoção da sua utilização e de estratégias alternativas de lidar face a falhas.

Referências

- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 255, 7101-7103*. Retirado de <http://goo.gl/fILBfD>
- Bailey, P. E., Bruno, Z. V., Bezerra, M. F., Queiroz, I., Oliveira, C. M., & Chen-Mok, M. (2001). Adolescent pregnancy 1 year later: The effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health, 29, 223-232*. doi:10.1016/S1054-139X(01)00215-4

- Canavarro, M. C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, P. L. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington K., ... Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health, 39*, 43-49. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.011
- Dias, J. (1985). *Os elementos fundamentais da cultura portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Elementos estatísticos: Informação geral, saúde/2008*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/iMuTUv>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/i4Cnaa>
- Eurostat. (2004). *Demographic statistics*. Bruxelas: Edição do autor.
- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nacional da Austrália, Camberra, Austrália.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspectos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Hawes, Z. C., Wellings, K., & Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research, 47*, 137-152. doi:10.1080/00224490903509399
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/mdsOJG>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Indicadores sociais 2010*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/MZW3uG>
- Leal, D. M. M. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no distrito da Guarda* (Tese de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Needle, R., & Walker, L. (2008). *Abortion counseling*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Neiverth, I. S., & Alves, G. B. (2003). Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. *Paidéia, 12*, 229-240. doi:10.1590/S0103-863X2002000300011

- Neto, F. R. G. X., Dias, M. S. A., Rocha, J., & Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: Motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*, 279-285. doi:10.1590/S0034-71672007000300006
- Oliveira, E. M. A. de, Moura, E. R. F., Pinheiro, P. N. C., & Eduardo, K. G. T. (2008). Histórico contraceptivo de adolescentes grávidas e seus sentimentos quanto a gravidez e ao futuro profissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *10*, 484-490. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a19.htm>
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*, 1411-1420. doi:10.1590/S0102-311X2006000700006
- Pires, R. S. A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Carvalho, P., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (2012). Why do adolescents keep getting pregnant: Is this due to intention to get pregnant, non-use of contraceptives, contraceptive failure or incorrect use? [Resumo]. *International Journal of Behavioral Medicine*, *19*, S132-S133. doi:10.1007/s12529-012-9247-0
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (no prelo). Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher: Um novo olhar sobre as questões reprodutivas na adolescência. In M. R. Xavier (Coord.), *Interrupção voluntária da gravidez*. Porto: Universidade Católica Editora.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *10*, 193-204. Retirado de <http://goo.gl/5PvU22>
- Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *16*(Sup. 1), S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.



Estudo Empírico III |

Preventing adolescent pregnancy: Biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse

RAQUEL PIRES, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, JOANA PEREIRA,
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

2014

Journal of Primary Prevention

Volume 35

Número 4

Páginas: 239-254

doi: 10.1007/s10935-014-0344-5

Abstract

Age at first sexual intercourse (AFSI) is the initial factor related to adolescents' sexual life that may increase the risk of adolescent pregnancy. We explored the biological, social, cultural, and political predictors of AFSI addressing several gaps that prevent us from generalizing the results of past research to adolescent pregnancy prevention. We also explored the moderating effects of cultural variables on the links between social and political predictors and AFSI. Our sample consisted of 889 Portuguese female adolescents aged 12-19. Earlier age at menarche, non-intact family structure, maternal history of adolescent pregnancy, lower maternal emotional warmth, absence of religious involvement, and living in Portugal's mainland and in a legal context penalizing abortion predicted earlier AFSI. School attendance predicted earlier AFSI among adolescents of European ethnic origin; adolescents of non-European ethnic origin presented the opposite, but non-significant, pattern. These findings suggest that, in addition to isolated characteristics, factors from different ecological contexts should be considered when planning interventions designed to foster healthy and informed transitions to sexual initiation and prevent the related risks of unwanted outcomes. We discuss implications for future research and practice.

Keywords: adolescent pregnancy, age at first sexual intercourse, ecological contexts, prevention, risk identification.

Introduction

Adolescent pregnancy remains a major concern in many developed countries (Santelli, Lindberg, Finer, & Singh, 2007; United Nations Population Fund, 2013). In the European Union, the Portuguese adolescent pregnancy rate was, until very recently, surpassed only by that of the United Kingdom (Eurostat, 2004). The latest statistics show that, on average, 4% of Portuguese live births are from adolescent mothers. However, in some Portuguese areas such as the Azores Islands, this rate is higher than 7% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011a).

Early AFSI has been consistently identified as the initial factor related to adolescents' sexual life that places adolescents, particularly females, at elevated risk of unintended pregnancy (Hawes, Wellings, & Stephenson, 2010; O'Donnell, O'Donnell, & Stueve, 2001; Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, & Macdowall, 1999). Accordingly, several authors stress the need for information on the etiology of AFSI, which would allow interventions to be tailored to those adolescents who are at elevated risk for engaging in early sexual intercourse and, thus, to prevent pregnancy at the beginning of adolescents' sexual lives (O'Donnell et al., 2001; Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005; Wellings et al., 1999).

A large body of research has portrayed AFSI as an outcome that is influenced by individual, relational, and contextual variables (Jordahl & Lohman, 2009; Pearson, Kholodkov, Henson, & Impett, 2012; Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007). However, research on AFSI has usually either examined the roles of isolated factors or limited its scope to specific life domains (Zimmer-Gembeck & Helfand 2007). To our knowledge, few recent studies (Jordahl & Lohman, 2009; Pearson et al., 2012; Ramirez-Valles, Zimmerman, & Juarez, 2002) have examined a large number of potential predictors of AFSI, considering factors from different life domains and identifying which are the strongest predictors. The cultural conditions under which the associations between identified predictors and AFSI occur have also been less explored (Zimmer-Gembeck & Helfand 2007). Furthermore, several conceptual options (e.g., inconsistent "early/normative" dichotomizations of AFSI) and methodological decisions (e.g., the inclusion of both females and males without regard for the role of adolescents' biological sex, samples with small age ranges, and participant recruitment limited to school settings) prevent us from generalizing the results of past research to the particular context of adolescent pregnancy prevention.

Based on an ecological approach (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) and with goals of addressing these issues, we examined the contributions of several biological, social, cultural, and political variables to the AFSI using a sample of adolescent females recruited from multiple educational and health settings. We also explored the possible moderating effects of cultural variables on the links between social and political predictors and AFSI.

AFSI as a risk factor for adolescent pregnancy

Engaging in first sexual intercourse is a developmental transition that is occurring at increasingly early ages in most developed countries (Ferreira, Cabral, Aboim, Vilar, & Maia, 2010; Rafaelli & Crockett, 2003; Santelli, Lindberg, Abma, McNeely, & Resnick, 2000). In Portugal, during the last three decades, women's mean AFSI decreased from 21.2 to 17.2 years old (Ferreira et al., 2010). Furthermore, the latest statistics show that, at the age of 15, 18% of Portuguese female adolescents have already engaged in sexual intercourse (World Health Organization [WHO], 2012).

Past research robustly demonstrates a higher risk of adolescent pregnancy as AFSI decreases (Hawes et al., 2010; Wellings et al., 1999), for two main reasons. First, early AFSI increases the period over which adolescents can become pregnant. Second, early AFSI has been associated with other sexual behaviors related to the risk of adolescent pregnancy, such as high frequency of sexual activity, high number of sexual partners (Moore, Miller, Gleib, & Morrison, 1995; O'Donnell et al., 2001), unprotected sexual intercourse (Brookmeyer & Henrich, 2009; Felton & Bartoces, 2002), and inconsistent contraceptive use (More et al., 1995; Mosher & McNally, 1991). Based on these findings, some authors have stated that a greater understanding of the predictors of AFSI may be useful in developing preventive programs for adolescent pregnancy; these could be delivered prior to the beginning of adolescents' sexual lives. Specifically, this knowledge enables us to intervene and to attempt to delay sexual initiation and prevent other sexual behaviors that increase the risk of unwanted pregnancies among those adolescents at elevated risk of engaging in early sexual intercourse (O'Donnell et al., 2001; Valle et al., 2005; Wellings et al., 1999). According to Brookmeyer and Henrich (2009), initiatives designed to prevent sexual risk behaviors are more likely to be successful if they start before adolescents become sexually active.

Ecological analysis of AFSI

The bioecological model of human development (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), which has been increasingly used to understand factors related to adolescent sexual behaviors (Chase-Lansdale, Brooks-Gunn, & Paikoff, 1991; Jordahl & Lohman, 2009), constitutes the framework of the present study. This model emphasizes the vastly different contextual influences on human development and the importance of valuing their reciprocal interactions to fully understand human development. As such, it is important to take into account the characteristics of institutions such as the family, school and church, which are the principal social contexts in which human development takes place, as well as the interactions of individuals with these institutions. More distal contextual factors, such cultural and political environments in which those social

institutions are nested, must also be considered (Bronfenbrenner 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Biological, social, cultural, and political influences on AFSI

Specific factors from various ecological domains have been found to predict AFSI. At the individual level, most studies have highlighted the importance of biological factors. In this field, earlier age at menarche has been associated with earlier AFSI (Jamieson & Wade, 2011; Rowe, 2002).

Regarding the principal social contexts in which human development takes place, several studies have found that family characteristics and processes are also predictors of AFSI. Concerning family characteristics, research has shown associations between early AFSI and non-nuclear, single-parent, or reconstructed family structure (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Valle et al., 2005), lower socioeconomic status (Paul, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000; Valle et al., 2005), and maternal history of adolescent pregnancy (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Johnson & Tyler, 2007; Paul et al., 2000). Regarding family processes, Zimmer-Gembeck and Helfand (2007) concluded that constructs associated with early AFSI were related to family attachment (e.g., lower emotional warmth, involvement, closeness, and connectedness). This conclusion particularly emerged from studies that focused on mother-child relationships (Miller et al., 1997; Ramirez-Valles et al., 2002). According to Zimmer-Gembeck and Helfand (2007), associations between mother rejection or withdrawal of love and AFSI were not significant; parental controlling or coercive behaviors (e.g., punishment, hostility, depreciation) were significant risk factors for early AFSI only among males.

The impact that the interactions between adolescents and other social contexts, such as school and church, may have on AFSI has also been addressed. Regarding school, lower educational level, cognitive ability, and academic performance have been associated with early AFSI. As these associations have been explained by low attachment to conventional institutions, values, and goals, such as those related to school and career (Halpern, Joyner, Udry, & Suchindran, 2000; Schvaneveldt, Miller, Berry, & Lee; Wellings et al., 2001; Wheeler, 2010), school dropout is expected to have a significant impact on AFSI. Accordingly, Dorius et al. (1993) and Paul et al. (2000), for example, found that adolescents who drop out of school are more likely to engage in first sexual intercourse than their peers. Regarding religious involvement, the results are not as clear. While some studies found associations between lower religious involvement and early AFSI (Fatusi & Blum, 2008; Miller et al., 1997; Ramirez-Valles et al., 2002), others did not (Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001).

At the cultural level, race and ethnicity have been the most analyzed variables in AFSI research. However, the results are again unclear. While some Norwegian (Valle et al., 2005) and American studies (Jordahl & Lohman, 2009) have shown significant racial/ethnic differences in AFSI among female adolescents, other American studies have found no differences (Felton & Bartoces,

2002). Additionally, the direction of significant differences varies across studies according to the groups considered. In Portugal, the majority of the population is of European ethnic origin. Other prevalent ethnic minority groups in the context of adolescent pregnancy include African and Romani populations (Pires, Araújo Pedrosa, Carvalho, & Canavarro, 2011). Adolescents of both non-European ethnic origins tend to engage in sexual intercourse earlier than those of European ethnic origin (Allen, 2012; Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006).

As sexual activity tends to be influenced by context-specific norms (Boislard & Poulin 2011), cultural differences between regional areas and their influences on AFSI have also been explored in several studies (Fatusi & Blum, 2008; Uthman, 2008). According to those studies, regional differences on AFSI may result from disparities regarding cultural beliefs about gender roles, family structures and religious norms, which may also vary between Portugal's islands and the mainland. In fact, women who live in the Azores Islands tend to be less educated and more frequently unemployed, and they marry and have children earlier than women living in Portugal's mainland. Religious marriages also are more common in the Azores Islands than in Portugal's mainland (INE, 2011a, 2011b, 2012). As such, the Azores Islands have been consistently associated with a lower valuation of female education, whereas traditional feminine roles, such as motherhood, family, and housekeeping, are more highly valued. According to several authors, this may decrease the perceived costs of an adolescent pregnancy (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Uthman, 2008; Wellings et al., 1999), leading to early AFSI (Uthman, 2008). However, it also seems reasonable to hypothesize that the more traditional gender roles, family structures and religious norms of the Azores Islands compared to Portugal's mainland may lead to delays in sexual intercourse outside of the contexts of lasting relationships or of plans to have a family and/or children (Canavarro, 2009; Fatusi & Blum, 2008).

Political conditions have been less explored in previous studies, given the methodological challenges inherent in their measurement. Considering the Portuguese context, we find that the recent change in abortion law may constitute a potential predictor of AFSI. Since 2007, the Portuguese legislation has allowed abortions on women's demand, which are offered by public health services at no cost, during the tenth gestational week. According to some authors (Adamczyk, 2008; Medoft, 2010), the proximity and accessibility of public abortion services, in conjunction with the social acceptance of abortion, may play an important role in female reproductive decisions during adolescence. Klick and Stratmann (2003), for example, concluded that legalizing abortion in the United States of America led to an increase in sexual activity and provided incentives for engaging in risky sexual activity, due to a reduction in the perceived cost of an unwanted pregnancy.

Cultural influences on AFSI: Beyond the direct influences

Despite the relevance of the results we reviewed above, there is a lack of studies addressing the cultural conditions under which the associations between identified predictors and AFSI occur.

Recent comprehensive reviews in this field (e.g., Zimmer-Gembeck & Helfand 2007) show that there may be several differences between the contexts that predict AFSI among different cultural groups.

Race and ethnicity, for example, have been consistently suggested as important cultural moderators of the relationship between social institutions and AFSI (Brenda & Corwyn, 1998; Dorius et al., 1993; Zimmer-Gembeck & Helfand 2007). Concerning family processes, Brenda and Corwyn (1998) and Lauritsen (1994) found lower family attachment to be related to a greater probability of early sexual initiation among White, but not among Black, adolescents. Also, the effect of socioeconomic status on AFSI has been found only in samples limited to racial majority groups (Costa, Jesson, Donovan, & Fortenberry, 1995) or containing mostly ethnic majority adolescents (Paul et al., 2000; Valle et al., 2005). According to Dorius et al. (1993) and Zimmer-Gembeck and Helfand (2007), associations between AFSI and school dropout, lower academic goals, and school related behavior problems were also found to depend on ethnicity. While some studies have shown strong associations between those variables among ethnic majority adolescents, others concluded that these associations did not exist among ethnic minority groups (Costa et al., 1995; Dorius et al., 1993; Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007). However, the evidence in this area is weak, and more research is needed to test the moderating effects of ethnicity. Despite the reported differences, ethnicity has rarely been examined as a moderator.

Concerning the Portuguese context, place of residence also seems to have an effect on the link between abortion legalization and AFSI. First, abortion stigma is more persistent among subcultures in which religious norms are present and traditional family structures persist (Adamczyk, 2008), such as is the case of Azores Islands (INE, 2011a, 2011b, 2012). Second, Portuguese public abortion services are provided only in central health services. In the Azores Islands, there is only one public service providing abortion services, whereas all areas of Portugal's mainland have multiple health services providing this procedure (Direção-Geral da Saúde, 2012). As such, it seems reasonable to expect that Azores Islands present subcultural patterns characterized by lower social acceptance of abortion, less availability of reliable abortion services, and lower levels of information about this procedure than Portugal's mainland, buffering the impact of abortion legalization on AFSI.

Conceptual and methodological issues

Despite the growing body of research that focuses on the predictors of AFSI, some conceptual and methodological limitations of previous research should be considered before these findings can be generalized, namely to the context of adolescent pregnancy prevention. The first of these limitations concerns the variety of indicators used to assess AFSI. Such indicators are usually based on "early/normative" dichotomizations of AFSI, assuming that the risks associated with engaging in

first sexual intercourse before or after a certain age or school grade are different. However, the cut-off points chosen are not consistent across studies. Definitions of early first sexual intercourse include having engaged in sexual activity for the first time prior to age 12 (Boyce, Gallupe, & Fergus, 2008), 13 (Rafaelli & Crockett, 2003), 14 (Mott, Fondell, Hu, Kowaleski-Jones & Menaghan, 1996), 15 (Uthman, 2008), or 16 (Boislard & Poulin, 2011; Fatusi & Blum, 2008; Felton & Bartoces, 2002; Valle et al., 2005; Wellings et al., 2001), or 17 (Longmore, Manning, Giordano, & Rudolph, 2004). Some authors consider any sexual activity prior to high school graduation an early sexual initiation (Pearson et al., 2012). The authors state that first sexual intercourse after these cut-off points is a normative (and, thus, less risky) behavior. However, considering AFSI as a continuous variable (e.g. Jamieson & Wade, 2011; Ramirez-Valles et al., 2002) would allow direct comparisons across groups of different cultures and societies, as it does not depend on developmental, statistical, or legal criteria that could vary across countries.

Second, some of the previous studies on the predictors of AFSI have been conducted using samples of both males and females, without accounting for the adolescents' biological sex (Boislard & Poulin, 2011; Jonhson & Tyler, 2007). However, according to several studies, AFSI follows different patterns for males and females (Fatusi & Blum, 2008; Jordahl & Lohman, 2009; Ramirez-Valles et al., 2002; Valle et al., 2005; Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007). As such, examining the factors that lead to an increased risk for early AFSI by conducting analyses separately for males and females is indispensable to allow the generalization of results to the context of adolescent pregnancy prevention.

Finally, the majority of studies have been conducted with adolescents in high school and beyond (Pearson et al., 2012; Ramirez-Valles et al., 2002). In such cases the early-late dichotomization of AFSI tells us little about sexual initiation at non-normative young ages. Considering the predictive roles of low educational levels and early school dropout on early AFSI, as well as the bidirectional effect of earlier sexual initiation on school dropout (Schvaneveldt et al., 2001), it also may be reasonable to hypothesize that most adolescents who engage in first sexual intercourse at very young ages are out of the range of these investigations. Furthermore, given the fact that the adolescents who become pregnant tend to initiate sexual activity and to drop out of school at earlier ages (see Araújo Pedrosa et al., 2011, for a review), conducting studies only with adolescents in high school and beyond may be unproductive for the prevention of adolescent pregnancy. Including a large range of ages and settings during sample recruitment, and recruitment outside of school contexts, could avoid these limitations.

To address these gaps, we analyzed the predictors of AFSI by considering it a continuous variable, using a national sample comprising early to late adolescent females recruited at multiple Portuguese elementary and high schools and health settings. Our first goal was to analyze the contribution of specific biological, social, cultural, and political variables to the AFSI. Our second goal was to explore the moderating effects of cultural variables on the links between social and political variables and AFSI. Figure 1 illustrates how the various predictors of AFSI fit into the

ecological model adopted in the present study. Specifically, we hypothesized that earlier age at menarche, non-intact family structure, lower socioeconomic status, maternal history of adolescent pregnancy, lower maternal emotional warmth, school dropout, absence of religious involvement, belonging to ethnic minority groups, living in Azores Islands, and abortion legalization would lead to an earlier AFSI. Finally, we expected that lower socioeconomic status, lower maternal emotional warmth, and school dropout to be negatively associated with AFSI among Portuguese adolescents of European ethnic origin but not among those of non-European ethnic origin; and that the association between abortion legalization and AFSI would be stronger for adolescents living in Portugal's mainland than for those living in the Azores Islands. In Figure 1, the solid and dotted arrows represent our first and second main hypothesis, respectively.

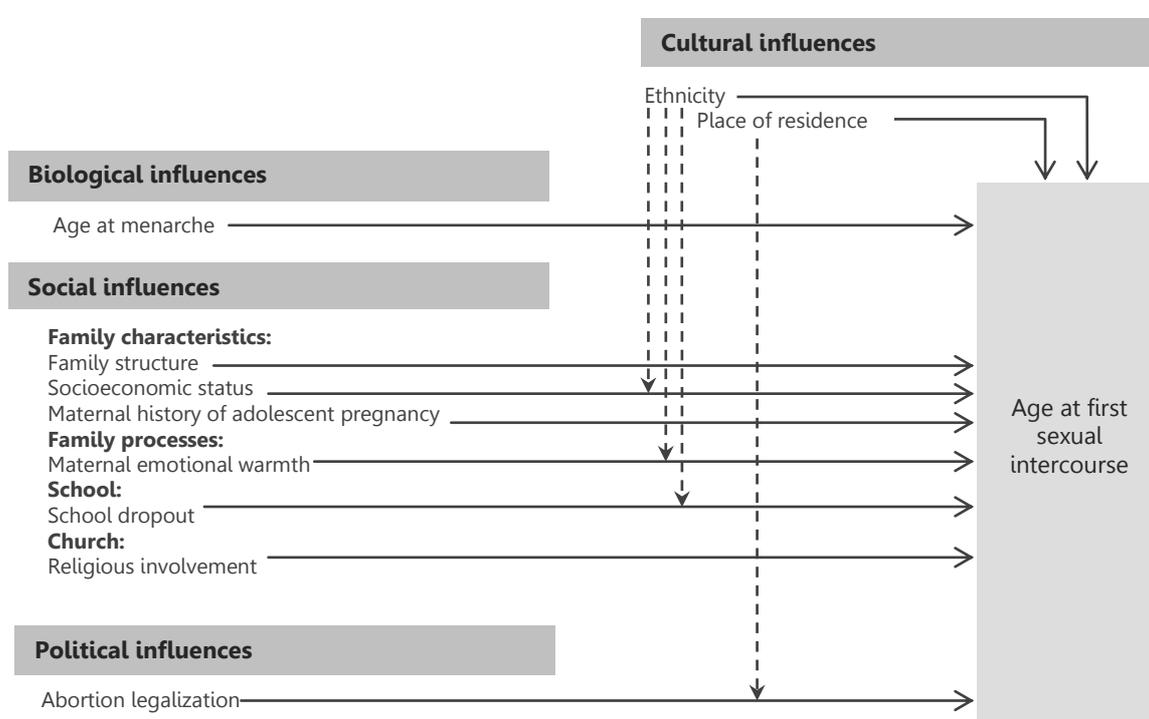


Figure 1 | Hypothesized ecological model of the contributions of biological, social, cultural, and political variables to the age at first sexual intercourse.

Method

Participants and procedures

Study participants were 889 female adolescents who had sexual intercourse from all of the regional areas of Portugal's mainland ($n = 618$, 69.5%) and the Azores Islands ($n = 271$, 30.5%), with a mean age of 16.9 years (range: 12-19; $SD = 1.3$). The adolescents were predominantly single ($n =$

630, 70.9%), of European ethnic origin ($n = 839$, 94.4%; Romani: $n = 28$, 3.1%; African: $n = 22$, 2.4%), and of low socioeconomic status ($n = 738$, 83.0%; medium: $n = 129$, 14.5%; high: $n = 18$, 2.0%). Five hundred and eighty-six adolescents (69.0%) were in school at the time of their first sexual intercourse. For those who had dropped out of school before first sexual intercourse, the mean grade level at the time of dropout was the 7th grade (range: 1-10; $SD = 2.0$). The global mean years of education was 9.8 (range: 0-12; $SD = 2.1$).

The present cross-sectional study is part of a wider project, entitled "Adolescent pregnancy in Portugal: Etiology, reproductive decision, and adjustment". The sample was surveyed between May 2008 and November 2011 at 39 public healthcare centers and 22 public schools. The institutions where the sample was collected were selected in order to reach a representative sample of the adolescent population living in each region of Portugal's mainland and Azores Islands. Specifically, the healthcare centers chosen provide central health services in its respective region. In Portugal, this means that adolescents from the whole region are usually treated and/or routinely followed in these centers. On the other hand, schools were randomly selected from the total of elementary and high schools of each region and the sample collection took place in those in which we secured permission to conduct our study. The sample collection was approved and carried out in compliance with ethical standards from all of the health and educational services research Ethics Committees where the adolescents were recruited. The eligibility criteria for inclusion were (1) being female, (2) being aged between 10 and 19 years, in congruence with the World Health Organization's definition of adolescence (1975), and (3) having the ability to understand the research questionnaires. Adolescents recruited through public health services were invited to participate during their medical appointments. Those who agreed to participate were administered an assessment during a session with a research assistant. Adolescents recruited from public educational services completed the assessment protocols in class, in the presence of a research assistant. All participants were informed about the study and provided written informed consent. When participants were under 18 years old, the consent form was also signed by their legal guardian. We used a convenience sample consisting of 1260 female adolescents who agreed to participate. From this group, we excluded 346 (27.5%) adolescents who had never engaged in sexual activity and 3 (0.2%) who did not report this information. Participants with missing values in the AFSI variable were also excluded ($n = 22$, 2.4%).

Measures

Outcome variable

The AFSI, which is the dependent variable in this study, was assessed with the self-report question "How old were you when you first engaged in sexual intercourse?".

Biological Variables

Age at menarche. Age at menarche was assessed with the self-report question "How old were you when you had your first menstrual period?".

Social variables

Family structure. Regarding family structure, respondents were asked to identify whom they had lived with during childhood via the self-report question "With whom did you live until you were 10 years old?". Answers were dummy coded so that 0 = intact family (families where both biological parents lived with the child) and 1 = non-intact family (mother only; father only; other configuration).

Maternal history of adolescent pregnancy. One dichotomous item assessed adolescent self-report of family history of adolescent pregnancy ("Has any women in your family had a child before the age of 20?"). Those who answered "yes" were further prompted to identify the degree of relatedness with that person. For the current study, only answers concerning the mother were considered and dummy coded so that 0 = no and 1 = yes.

Socioeconomic status. Socioeconomic status was assessed by considering the family's main provider (educational level and occupation) and coded according to Portuguese standard procedures (Simões, 1994); 0 = low (e.g., non-specialized workers), 1 = medium (e.g., small business owners, high school teachers), and 2 = high (e.g., governmental or private companies' administrators, lawyers). Because the high SES category only contained 18 (2.0%) adolescents, this variable was dummy coded so that 0 = low and 1 = medium/high.

Maternal emotional warmth. Maternal emotional warmth was measured with the Emotional Warmth domain of the Portuguese version of the Eigna Minnen av Barndoms Uppfostran Scale (EMBU, Arrindell et al., 1994; Portuguese short version by Canavarro, 1996). The EMBU is a 23-item instrument in which participants are asked to rate, separately for their mothers and their fathers, the frequency of several parental behaviors during their childhood and adolescence. Responses are given on a 5-point scale that ranges from 1 "no/never" to 4 "yes/most of the time". Paternal and maternal behaviors are retrospectively assessed in terms of three independent factors. Emotional Warmth relates to parental behaviors of approval, encouragement, assistance, compensation, verbal and physical expressions of love, affection, and attention. In our study, the Cronbach's alpha for Emotional Warmth (mother) was .87.

School dropout. One dichotomous item assessed adolescent school dropout ("Did you drop out of school?"). Those who answered "yes" were further prompted to indicate when this had occurred. According to whether or not the adolescent had dropped out of school prior to their sexual initiation, school dropout was dummy coded as 0 = no and 1 = yes.

Religious involvement. One dichotomous item assessed adolescents' religious involvement ("Are you actively involved in any religion?"). Answers were dummy coded so that 0 = no, 1 = yes.

Cultural variables

Ethnicity. Ethnic background was assessed using self-reports and further dummy coded so that 0 = European ethnic origin and 1 = Non-European ethnic origin (African and Romani).

Place of residence. Place of residence was assessed using self-reports (with the question "where do you live (location)?"). Answers were dummy coded dummy coded so that 0 = Portugal's mainland and 1 = Azores Islands.

Political variables

Abortion legalization. Abortion legalization was determined according to whether or not abortion was legal at the time of adolescents' first engagements in sexual intercourse, and this was dummy coded so that 0 = no, 1 = yes. The reference year was previously computed based on the subtraction of AFSI from age at the time of the assessment, based on the year in which the data were collected.

Data analyses

We used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 17.0, to carry out all data analyses. For characterization purposes, we used descriptive statistics. Missing data on all variables were random and none of the items had more than 5% missing values. We handle missing data on maternal emotional warmth by case mean substitution (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005). In order to test associations between study variables and AFSI, we performed comparison analyses (*t* tests) and Pearson's correlations.

To address our research questions, we used hierarchical regression models. The *main effects model* tested the main effects of variables from different ecological domains on AFSI. We included the hypothesized predictors in each step of the regression model according to their biological (step 1), social (step 2), cultural (step 3), or political (step 4) natures. To test whether ethnicity moderated the links between socioeconomic status, maternal emotional warmth, school dropout and AFSI, as well as whether place of residence moderated the link between abortion legalization and AFSI, we considered four 2-way interactions that corresponded to the hypotheses (step 5, *final model*). We followed the procedures outlined by Aiken and West (1991); specifically, the continuous variable (i.e., maternal emotional warmth) was centered to reduce multicollinearity between the predictor and the interaction term, and the independent and moderating variables were introduced

into the equation before the respective interaction terms. Consistent with the guidelines for testing multiple moderating effects (Frazier, Tix, & Barron, 2004), we introduced interaction terms together in the same step of the hierarchical regression model. To determine the nature of the significant interaction effects, we used post-hoc simple slope analyses.

We presented effect-size measures for all analyses (small: $d \geq .20$, $r \geq .10$, $R^2 \geq .02$, $f^2 \geq .02$; medium: $d \geq .50$, $r \geq .30$, $R^2 \geq .13$, $f^2 \geq .15$; large: $d \geq .80$, $r \geq .50$, $R^2 \geq .26$, $f^2 \geq .35$; Cohen, 1992, Ellis, 2010), and we also performed post hoc power calculations to assess the statistical power of the regression models (G*Power, Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009).

Results

Testing associations between study variables and AFSI

The adolescents in our sample engaged in sexual intercourse for the first time between the ages of 11 to 19. The mean age of initiation was 15.2 ($SD = 1.3$). T tests revealed significantly younger AFSI among adolescents with non-intact family structures ($M = 14.9$, $SD = 1.3$; $t = -3.16$, $p = .002$, $d = .30$), maternal histories of adolescent pregnancy ($M = 14.9$, $SD = 1.4$; $t = 3.43$, $p = .001$, $d = .30$), absence of religious involvement ($M = 14.9$, $SD = 1.4$; $t = -4.03$, $p < .001$, $d = .35$), non-European ethnic origins ($M = 14.7$, $SD = 1.4$; $t = 3.09$, $p = .002$, $d = .44$), and living in legal contexts penalizing abortion ($M = 14.5$, $SD = 1.3$; $t = -9.90$, $p < .001$, $d = .72$). No significant differences in AFSI were found relating to socioeconomic status, school dropout, or place of residence. AFSI was positively associated with age at menarche ($r = .25$, $p < .001$) and maternal emotional warmth ($r = .15$, $p < .001$).

Testing biological, social, cultural, and political influences on AFSI:

Main effects model

As Table 1 shows, the main effects model was significant ($F_{10, 704} = 21.57$, $p < .001$), explaining 23% of the variance in AFSI. Earlier age at menarche ($p < .001$), non-intact family structure ($p = .034$), maternal history of adolescent pregnancy ($p = .014$), lower maternal emotional warmth ($p = .001$), absence of religious involvement ($p = .007$), belonging to non-European ethnic groups ($p = .019$), and living in Portugal's mainland ($p < .001$) and in legal contexts penalizing abortion ($p < .001$), all significantly predicted earlier AFSI.

Table 1 | Hierarchical regression models predicting age at first sexual intercourse: Main and interaction effects

Variables	Step 1: biological effects, $\Delta R^2 = .06$		Step 2: social effects, $\Delta R^2 = .05$		Step 3: cultural effects, $\Delta R^2 = .01$		Step 4: political effects, $\Delta R^2 = .11$		Step 5: interaction effects, $\Delta R^2 = .02$	
	$F_{(1, 713)} = 43.61^{***}$ $R^2 = .06$		$F_{(7, 707)} = 12.74^{***}$ $R^2 = .11$		$F_{(9, 705)} = 10.48^{***}$ $R^2 = .12$		Main effects model $F_{(10, 704)} = 21.57^{***}$ $R^2 = .23$		Final model $F_{(14, 700)} = 16.36^{***}$ $R^2 = .25$	
	<i>b</i> (β)	<i>t</i>	<i>b</i> (β)	<i>t</i>	<i>b</i> (β)	<i>t</i>	<i>b</i> (β)	<i>t</i>	<i>b</i> (β)	<i>t</i>
Constant	12.62	32.18 ^{***}	12.46	30.55 ^{***}	12.05	30.62 ^{***}	12.02	31.33 ^{***}	11.80	29.92 ^{***}
Age at menarche	0.22 (.24)	6.60 ^{***}	0.21 (.24)	6.61 ^{***}	0.21 (.23)	6.52 ^{***}	0.17 (.19)	5.56 ^{***}	0.17 (.19)	5.60 ^{***}
Family structure ^a			-0.27 (-.08)	-2.26 [*]	-0.28 (-.08)	-2.30 [*]	-0.24 (-.07)	-2.12 [*]	-0.25 (-.07)	-2.20 [*]
SES ^b			-0.07 (-.02)	-0.53	-0.07 (.02)	-0.54	-0.08 (-.02)	-0.69	-0.07 (-.02)	-0.55
Maternal HAP ^c			-0.31 (-.09)	-2.44 ^{**}	-0.27 (-.08)	-2.10 [*]	-0.29 (-.08)	-2.47 ^{**}	-0.29 (-.09)	-2.48 ^{**}
MEW			-0.03 (.13)	3.59 ^{***}	0.04 (.13)	3.62 ^{***}	0.03 (.12)	3.40 ^{**}	0.03 (.11)	3.17 ^{**d}
School dropout ^c			0.06 (.02)	0.58	0.10 (.03)	0.87	0.20 (.07)	1.90	0.22 (.08)	2.11 [*]
Religious involvement ^c			0.38 (.11)	3.06 ^{**}	0.37 (.11)	2.92 ^{**}	0.32 (.10)	2.69 ^{**}	0.27 (.08)	2.25 [*]
Ethnicity ^e					-0.48 (-.08)	-2.17 [*]	-0.48 (-.08)	-2.35 [*]	0.24 (.04)	0.65
Place of residence ^f					-0.02 (-.01)	-0.17	0.49 (.18)	4.39 ^{***}	0.84 (.31)	4.58 ^{***}
Ab. Leg. ^c							1.14 (.40)	0.35 ^{***}	1.42 (.49)	8.98 ^{***}
Ethnicity x SES									-1.09 (-.06)	-1.57
Ethnicity x MEW									0.01 (.01)	0.27
Ethnicity x School dropout									-0.98 (-.13)	-2.05 [*]
Place of residency x Ab. Leg.									-0.52 (-.14)	-2.38 ^{**}

Note. *n* = 714; *df* = 713.

SES = Socioeconomic Status. HAP = history of adolescent pregnancy. MEW = Maternal emotional warmth. Ab. Leg. = Abortion legalization.

^a Reference group: 0 = Intact. ^b Reference group: 0 = Low. ^c Reference group: 0 = No. ^d Centered variable. ^e Reference group: 0 = European ethnic origin. ^f Reference group: 0 = Portugal's mainland.

* *p* < .05. ** *p* < .01. *** *p* < .001.

Post hoc power calculations demonstrated that in testing the main effects model, the achieved sample size allowed for the detection of small effects (number of predictors = 10, $f^2 = .03$, $p \leq .05$, power = .91, G*Power, Faul et al., 2009).

Testing the moderating effects of ethnicity and place of residence: Final model

The final model, which includes main and interaction effects, significantly predicted AFSI ($F_{14, 700} = 16.36$, $p < .001$), explaining 25% of its variance. As Table 1 shows, no moderating effects of ethnicity were found regarding the influence of socioeconomic status and maternal emotional warmth on AFSI. However, the interactions between ethnicity and school dropout, as well as between place of residence and abortion legalization, were significant. All of the significant predictors in the main effects model remain significant in the current model, except for ethnicity. Post hoc power calculations demonstrated that in testing the main and interaction effects model, the achieved sample size allowed for the detection of small effects (number of predictors = 14, $f^2 = .03$, $p \leq .05$, power = .86, G*Power, Faul et al., 2009).

Post-hoc simple slope analyses revealed that school dropout was positively related to AFSI when adolescents were of European ethnic origin ($b = 0.22$, $p = .036$), and negatively, but not significantly, related to AFSI when the adolescents belonging to non-European ethnic groups ($b = -0.76$, $\beta = -.27$, $t = -1.62$, $p = .105$). In turn, abortion legalization was positively related to AFSI for adolescents in both Portugal's mainland and the Azores Islands; however, this association significantly decreased when place of residence went from Portugal's mainland ($b = 1.42$, $p < .001$) to the Azores Islands ($b = 0.90$, $\beta = .31$, $t = 5.98$, $p < .001$). Conditional effects for both variables are graphically represented in Figures 2 and 3.

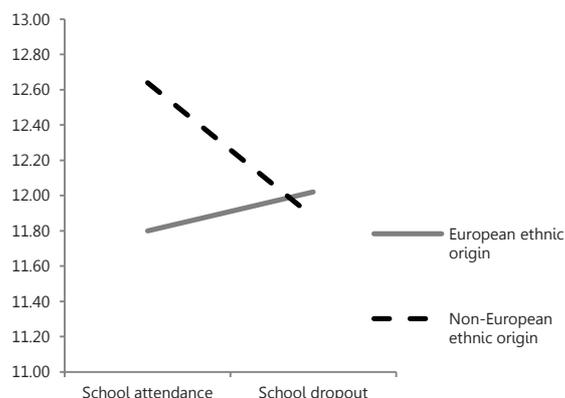


Figure 2 | The moderating effect of ethnicity on the association between school dropout and age at first sexual intercourse.



Figure 3 | The moderating effect of place of residence on the association between abortion legalization and age at first sexual intercourse.

Discussion

Overall, our results supported our two main hypotheses; all the proposed biological, social, cultural, and political variables, with the exception of socioeconomic status, had a significant influence on AFSI, and the inclusion of interaction effects that tested the moderating effects of ethnicity and place of residence on the links between social and political variables and AFSI increased the explained variance in AFSI. However, we found several unexpected results regarding the directions of predictors' influences on AFSI, which we discuss below. In short, earlier age at menarche, non-intact family structure, maternal history of adolescent pregnancy, lower maternal emotional warmth, absence of religious involvement, and living in Portugal's mainland predicted earlier AFSI. However, school dropout was found to be positively associated with AFSI among adolescents of European ethnic origin, whereas adolescents of non-European origin showed an opposite, but non-significant, pattern. A positive association between abortion legalization and AFSI was also found; this association was stronger for those adolescents living in Portugal's mainland than for those living in Azores Islands. These findings help clarify some inconsistent results of previous research on AFSI, suggesting several directions for future research and practice.

Main biological, social, and cultural influences

Our findings were consistent with previous research implications regarding earlier age at menarche (Jamieson & Wade, 2011; Rowe, 2002), maternal history of adolescent pregnancy (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Johnson & Tyler, 2007; Paul et al., 2000), non-intact family structure (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Valle et al., 2005), lower maternal emotional warmth (Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007), and absence of religious involvement (Fatusi & Blum, 2008; Miller et al., 1997), in that these were found to predict earlier AFSI.

Regarding earlier age at menarche, Zimmer-Gembeck and Helfand (2007) noted that physical maturation seems to prompt certain responses from the social environment, resulting in increased opportunities for romantic and sexual involvement, which may explain early sexual initiation. On the other hand, several authors concluded that menarche and sexual initiation share several physiological pathways that are genetically determined (e.g. Rowe, 2002).

The attitudes of adolescents and their parents about sexual behavior, such as the acceptability of sex during adolescence or before marriage, have also been associated with AFSI (Kapinus & Gorman, 2004; Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007). Some studies suggest that younger and single or unmarried parents, namely those who cohabit with new partners, may expose their children to and teach them more favorable attitudes toward early sex and parenthood out of wedlock (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Wildsmith, Manlove, Jekielek, Moore, & Mincieli, 2012). These findings

may explain the influence of maternal history of adolescent pregnancy and non-intact family structures on AFSI among the adolescents of our sample. However, the effect of family structure on AFSI may also be explained through mechanisms of social support, as previously hypothesized by Ramirez-Valles et al. (2002). Concerning maternal emotional warmth and religious involvement, our findings are consistent with the social development model (Catalano & Hawkins, 1995), which postulates that attachment to others and a commitment to socially approved institutions prevent adolescents from engaging in risky behaviors.

Contrary to our hypothesis, socioeconomic status was not found to be a predictor of AFSI, even when we considered the possible moderating effect of ethnicity. As noted by several authors, socioeconomic status tends to be a less significant predictor of AFSI than females' educational level (Wellings et al., 2001), family structure (Zimmer-Gembeck & Helfand, 2007), or family function (Valle et al., 2005). As such, our results may be a consequence of controlling for school involvement, family characteristics and processes, which may play important predictive roles on AFSI; they highlight the importance of valuing the interactions of different contextual influences in order to fully understand the etiology of AFSI.

Also contrary to our expectation, belonging to non-European ethnic groups did not predict earlier AFSI. Specifically, there was no main effect of ethnicity on AFSI after considering its moderating effects. According to these findings, and as previously suggested by Zimmer-Gembeck and Helfand (2007), future studies should not only investigate ethnic differences in sexual behavior, but also examine ethnicity as moderator of the associations between other potential predictors and AFSI.

Finally, our study also shows that living in Portugal's mainland was a risk factor for earlier AFSI. This finding may suggest that, although living in the Azores Islands may be a risk factor for adolescent pregnancy (Araújo Pedrosa et al., 2011; INE, 2011a, 2011b, 2012; Wellings et al., 1999), this risk may be unrelated to the effect that living in those areas may have on the AFSI. As noted by Hawes et al. (2010), AFSI is only a partial indicator of the appropriateness of sexual intercourse. The concept of sexual competence has emerged in this field; it has been operationalized using variables such as motivation, planning, intention, autonomy of decision, agreement of both partners, and contraceptive use. Accordingly, future investigations should address the full circumstances under which sexual initiation occurs, as well as the subsequent sequence of decisions and behaviors that could lead to an adolescent pregnancy. This sequence includes pregnancy intentness, contraceptive decision, and contraceptive behavior. The risk for adolescent pregnancy can reside in each of these steps and in different combinations of them, determining a multiplicity of risk trajectories that should be considered in future research on adolescent pregnancy prevention (Abma, Chandra, Mosher, Peterson, & Piccinino, 1997; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Jones, Darroch, & Henshaw, 2002; Santelli et al., 2003). Regarding the Azores Islands relative to mainland Portugal, as hypothesized the more traditional gender roles, family structures and religiosity that characterize the islands may lead to delays in sexual intercourse outside of the contexts of lasting relationships,

although, simultaneously, females' lower educational levels may compromise informed contraceptive decisions or correct contraceptive behaviors when initiations do occur and pregnancy is not intended (Commendador, 2007; Ryan, Franzetta, & Manlove, 2007). Adolescent pregnancy may also be an alternative life project to school and career for Azorean adolescents (Canavarro, 2009). These hypotheses should be considered and further investigated.

Moderated influences of school dropout and abortion legalization

Our findings showed that adolescents of European ethnic origin who were out of school engaged in their first sexual intercourse later than those who remained in the educational system, while adolescents of non-European ethnic origin presented the opposite pattern. Although school environment should be addressed to clarify this effect (Hawes et al., 2010), it seems reasonable to hypothesize that, for adolescents of European ethnic origin, school dropout may represent a decrease in dating opportunities and thus a lower risk of engaging in sexual intercourse earlier compared to those who are in school. According to Zimmer-Gembeck and Helfand (2007), dating relationships provide the context and opportunity for sexual intercourse. These authors concluded that, depending on the measure of dating, the risk of having a history of sexual intercourse is increased between two and five times when adolescents have higher frequency of dating opportunities and behaviors. Guilamo-Ramos et al. (2009) also found that adolescents who were involved in a romantic relationship were more likely to intend to have sexual intercourse in the near future than those who were not so involved. On the other hand, adolescents of non-European ethnic origin who were out of school engaged in their first sexual intercourse earlier than those who remained in the educational system. This association, while not significant, is congruent with the greater likelihood of Portuguese African and Romani people to be living in community, compared to families of European ethnic origin (Casa-Nova, 2005; Ismael, 2008). Leaving school may not represent a significant decrease in dating opportunities and romantic involvement for adolescents of these non-European ethnic origins, which, together with the absence of academic aspirations, may lead to a decrease in the perceived cost of becoming pregnant during adolescence, increasing the probability of engaging in sexual intercourse earlier. However, future research is needed to clarify these hypotheses about the different mechanisms that may operate within different ethnic groups.

Finally, our findings also suggest a positive association between abortion legalization and AFSI, particularly among those adolescents living in Portugal's mainland. Abortion legalization in Portugal involved two national referendums and a broad discussion of arguments for and against this procedure, which were publicly disseminated at the national level and locally discussed in schools and other social institutions. This may have contributed to a greater awareness among adolescents of the risk and consequences of unwanted pregnancies, and the familial and social

impacts of abortions. As such, it seems reasonable to hypothesize that the diffusion of this information may have contributed to the contradiction of the preponderance of the concrete thought (present-centered, unable to predict probabilities, and belief in immunity to natural phenomena) that characterizes this developmental stage, thus postponing sexual initiation among many. Furthermore, place of residence had a moderating effect on the link between abortion legalization and AFSI in our sample. This finding may be due to the lower social acceptance of abortion and to the lower availability of reliable abortion services in the Azores Islands than in Portugal's mainland, and, thus, to the probably lower levels of information and open reflection about this procedure in Azores Islands. Although future investigations should assess the effect of abortion legalization on AFSI more thoroughly, our findings stress the importance of including information and fostering reflection about the possible outcomes of unwanted pregnancy in sexual education programs. In the U.S., for example, both sex educators (Darroch, Landry, & Singh, 2000) and parents (National Public Radio, Kaiser Family Foundation, & Kennedy School of Government, 2004) argue that the majority of adolescents would benefit from concrete information about abortion as well as from neutral approaches to the ethical issues involved in this procedure to prevent risky sexual behaviors.

According to these findings, in addition to isolated characteristics, factors from different ecological contexts should be considered when planning interventions aiming to foster healthy and informed transitions to sexual initiation and prevent the related risks of unwanted outcomes.

Limitations, strengths and implications

We acknowledge some limitations to our study. Although temporal ordering and/or temporal stability are required to include predictors in our study, we used a cross-sectional design. Longitudinal designs are necessary to establish a timeline that allows for drawing causal inferences (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988) and should be used in future research on this topic. Additionally, despite the statistical significance of the moderating effects of ethnicity and place of residence on the links between school dropout and abortion legalization and AFSI, our findings should be interpreted carefully. First, interaction effects only account for 2% of the variance in AFSI. Second, specifically in regards to ethnicity, further research is needed to analyze the moderating effects within a sample that is representative of all ethnic groups. According to Frazier et al. (2004), when categorical moderators are not manipulated (e.g., sex, race, and ethnicity), unequal groups are likely. However, unequal sample sizes across groups decrease power, which needs to be considered when generalizing results (Arguinis, 1995).

Despite these limitations, our study provides a number of unique contributions to our understanding of the factors that influence AFSI among female adolescents. This knowledge may

be useful to develop effective programs designed to prevent adolescent pregnancy prior to the beginning of adolescents' sexual lives.

Specifically, our findings enables us to fully understand the etiology of AFSI and better identify adolescents who are at elevated risk of engaging in sexual activity at earlier ages based on their biological characteristics as well as through their social, cultural, and political environments. This understanding may enable us to include them in early preventive school or community-based programs designed to delay sexual initiation and promote sexual competence, thus reducing the risk of unwanted outcomes such as adolescent pregnancy. It also allows pediatricians and other health care providers to easily identify adolescents most likely to engage in early sexual intercourse during routine appointments, in order to provide them with early education and effective family planning options. As highlighted by Miller et al. (2008), pediatricians may also be important components of sexual risk prevention efforts by providing sexual reduction risk guidance to the parents of their adolescent patients.

Finally, our study stresses the need to better understand the role that ethnicity and place of residence play on the links between social and political predictors and AFSI. It is desirable, for national preventive programs, to attend to the different patterns of risk that could lead to early AFSI among different cultural groups, tailoring preventive messages to adolescents in each one.

References

- Abma, J. C., Chandra, A., Mosher, W. D., Peterson, L. S., & Piccinino, L. J. (1997). Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital and Health Statistics*, 23(19), 1-114. Retrieved from <http://goo.gl/q5vSCh>
- Adamczyk, A. (2008). The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research*, 37, 657-672. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.09.003
- Aguinis, H. (1995). Statistical power problems with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21, 1141-1158. doi:10.1016/0149-2063(95)90026-8
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Allen, P. (2012). (Des) Encantos de ser mulher cigana: Representações da sua sexualidade [(Dis) Enchantments of being a Romany woman: Representations of their sexuality]. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 1, 45-63. Retrieved from <http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/18/pdf>
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and

- relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Ende, J., Gaszer, P., Iwawaki, S., ... Zhang, J.-E. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 145-172). Chichester: Wiley.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Boislard, P. M. A., & Poulin, F. (2011). Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *Journal of Adolescence*, 34, 289-300. doi:10.1016/j.adolescence.2010.05.002
- Boyce, W. F., Gallupe, O., & Fergus, S. (2008). Characteristics of Canadian youth reporting a very early age of first sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 97-109. Retrieved from <http://goo.gl/Nz2M5B>
- Brauner-Otto, S. R., & Axinn, W. G. (2010). Parental family experiences, the timing of first sex, and contraception. *Social Science Research*, 39, 875-893. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.06.015
- Brenda, B. B., & Corwyn, R. F. (1998). Race and gender differences in theories of sexual behavior among rural adolescents residing in AFDC families. *Youth & Society*, 30, 59-88. doi:10.1177/0044118X98030001003
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Brookmeyer, K. A., & Henrich, C. C. (2009). Disentangling adolescent pathways of sexual risk taking. *Journal of Primary Prevention*, 30, 677-696. doi:10.1007/s10935-009-0196-6
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos [The assessment of educational practices through the EMBU: Psychometric studies]. *Psicologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final* [Adolescent pregnancy and motherhood in the Azores Islands: Final report]. Unpublished manuscript.
- Casa-Nova, M. J. (2005). Etnicidade e educação familiar: O caso dos ciganos [Ethnicity and family education: The case of Romany people]. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 8, 207-214. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7887>
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1995). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. David Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.

- Chase-Lansdale, P., Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1991). Research and programs for adolescent mothers: Missing links and future promises. *Family Relations*, *40*, 1-8. doi:10.1177/0002764292035003007
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, *53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *19*, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Costa, F. M., Jesson, R., Donovan, J. E., & Fortenberry, J. D. (1995). Early initiation of sexual intercourse: The influences of psychosocial unconventionality. *Journal of Research on Adolescence*, *5*, 93-121. doi:10.1207/s15327795jra0501_5
- Dorius, G. L., Heaton, T. B., & Steffen, P. (1993). Adolescent life events and their association with the onset of sexual intercourse. *Youth & Society*, *25*, 3-23. doi:10.1177/0044118X93025001001
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eurostat. (2004). *Demographic statistics*. Brussels: Author.
- Fatusi, A. O., & Blum, R. W. (2008). Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health*, *8*, 136. doi:10.1186/1471-2458-8-136
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Felton, G. M., & Bartoces, M. (2002). Predictors of initiation of early sex in Black and White adolescent females. *Public Health Nursing*, *19*, 59-67. doi:10.1046/j.1525-1446.2002.19008.x
- Ferreira, P., Cabral, M. V., Aboim, S., Vilar, D., & Maia, M. (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos* [Sexualities in Portugal: Behaviours and risks]. Lisbon: Bizâncio.
- Fox-Wasylyshyn, S. M., & El-Masri, M. M. (2005). Handling missing data in self-report measures. *Research in Nursing & Health*, *28*, 488-495. doi:10.1002/nur.20100
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, *51*, 115-134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115
- Gaspar, T., Matos, M. G. de, Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes [Sexual behavior, knowledge and attitudes towards HIV/AIDS among migrant adolescents]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *7*, 299-316. Retrieved from <http://goo.gl/ckl2Ff>

- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Lesesne, C. A., Gonzalez, B., & Kalogerogiannis, K. (2009). Family mediators of acculturation and adolescent sexual behavior among Latino youth. *Journal of Primary Prevention, 30*, 395-419. doi:10.1007/s10935-009-0180-1
- Halpern, C. T., Joyner, K., Udry, J. R., & Suchinfran, C. (2000). Smart teens don't have sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health, 26*, 213-225. doi:10.1016/S1054-139X(99)00061-0
- Hawes, Z. C., Wellings, K., & Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research, 47*, 137-152. doi:10.1080/00224490903509399
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). *Indicadores sociais 2010* [Social indices 2010]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/8RRA59>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). *Inquérito ao emprego* [Employment survey]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/cOSla2>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *As pessoas 2012* [The people 2012]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/awjbqt>
- Jamieson, L. K., & Wade, T. J. (2011). Early age of first sexual intercourse and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Sex Research, 48*, 450-460. doi:10.1080/00224499.2010.509892
- Johnson, K. A., & Tyler, K. A. (2007). Adolescent sexual onset: An intergenerational analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 939-949. doi:10.1007/s10964-006-9165-z
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U. S. women having abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*, 294-303. doi:10.2307/3097748
- Jordahl, T., & Lohman, B. J. (2009). A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young adolescents. *Children and Youth Services Review, 31*, 1272-1282. doi:10.1016/j.childyouth.2009.05.014
- Kapinus, C. A., & Gorman, B. K. (2004). Closeness with parents and perceived consequences of pregnancy among male and female adolescents. *The Social Quarterly, 45*, 691-717. doi:10.1111/j.1533-8525.2004.tb02310.x
- Klick, J., & Stratmann, T. (2003). The effect of abortion legalization on sexual behavior: Evidence from sexually transmitted diseases. *Journal of Legal Studies, 32*, 407-433. Retrieved from <http://goo.gl/bCFWls>
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*, 493-519. doi:10.1016/S0272-7358(99)00070-7
- Lauritsen, J. L. (1994). Explaining race and gender differences in adolescent sexual behavior. *Social Forces, 72*, 859-884. doi:10.2307/2579784

- Longmore, M. A., Manning, W. D., Giordano, P. C., & Rudolph, J. L. (2004). Self-esteem, depressive symptoms, and adolescents' sexual onset. *Social Psychology Quarterly*, *67*, 279-295. doi:10.1177/019027250406700304
- Medoff, M. (2010). The impact of state abortion policies on teen pregnancy rates. *Social Indicators Research*, *97*, 177-189. doi:10.1007/s11205-009-9495-9
- Miller, B. C., Norton, M. C., Curtis, T., Hill, E. J., Schvaneveldt, P., & Young, M. H. (1997). The timing of sexual intercourse among adolescents: Family, peer, and other antecedents. *Youth & Society*, *29*, 54-83. doi:10.1177/0044118X97029001003
- Miller, K. S., Wyckoff, S. C., Lin, C. Y., Whitaker, D. J., Sukalac, T., & Fowler, M. C. (2008). Pediatricians' role and practices regarding provision of guidance about sexual risk reduction to parents. *Journal of Primary Prevention*, *29*, 279-291. doi:10.1007/s10935-008-0137-9
- Moore, K. A., Miller, B. C., Gleit, D., & Morrison, D. R. (1995). *Adolescent sex, contraception, and childbearing: A review of recent research*. Washington, DC: Child Trends.
- Mosher, W. D., & McNally, J. W. (1991). Contraceptive use at first premarital intercourse: United States, 1965-1988. *Family Planning Perspectives*, *23*, 108-116. doi:10.2307/2135822
- Mott, F. L., Fondell, M. M., Hu, P. N., Kowaleski-Jones, L., & Menaghan, E. G. (1996). The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Family Planning Perspectives*, *28*, 13-18. doi:10.2307/2135957
- National Public Radio, Kaiser Family Foundation, & Kennedy School of Government. (2004). *Sex education in America*. Retrieved from <http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr012904oth.cfm>
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives*, *33*, 268-276. doi:10.2307/3030194
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, *27*, 136-147. doi:10.1016/S1054-139X(99)00095-6
- Pearson, M. R., Kholodkov, T., Henson, J. M., & Impett, E. A. (2012). Pathways to early coital debut for adolescent girls: A recursive partitioning analysis. *Journal of Sex Research*, *49*, 13-26. doi:10.1080/00334499.2011.565428
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Carvalho, P., & Canavarro, M. C. (2011, September). *Emotional adjustment during pregnancy: Predictive factors for depression in a Portuguese sample of pregnant adolescents*. Poster session presented at the 25th European Health Psychology Conference, Crete, Greece.
- Rafaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, *39*, 1036-1046. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1036
- Ramirez-Valles, J., Zimmerman, M. A., & Juarez, L. (2002). Gender differences of neighborhood and social control processes: A study of the timing of first intercourse among low-achieving, urban, African American youth. *Youth & Society*, *33*, 418-441. doi:10.1177/0044118X02033003004

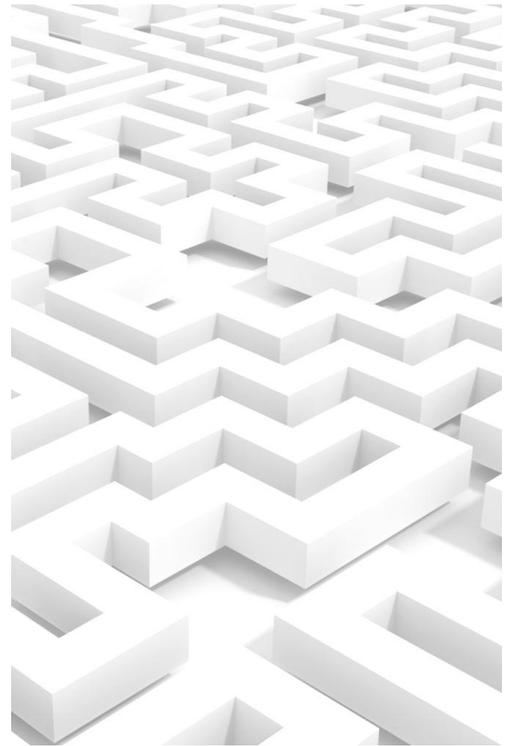
- Rowe, D. C. (2002). On genetic variation in menarche and age at first sexual intercourse: A critique of the Belsky–Draper hypothesis. *Evolution and Human Behavior, 23*, 365-372. doi:10.1016/S1090-5138(02)00102-2
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teen's contraceptive consistency. *Youth & Society, 39*, 182-208. doi:10.1177/0044118X06296907
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Abma, J., McNeely, C. S., & Resnick, M. (2000). Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives, 32*, 156-165. doi:10.2307/2648232
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Finer, L. B., & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health, 97*, 150-156. doi:10.2105/AJPH.2006.089169
- Santelli, J. S., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., ... Schieve, L. (2003). Unintended pregnancy working group: The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*, 94-101. doi:10.1363/3509403
- Schvaneveldt, P. L., Miller, B. C., Berry, E. H., & Lee, T. R. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence, 36*, 767-787.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies] (Unpublished doctoral dissertation). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- United Nations Population Fund. (2013). *The state of world population 2013: Motherhood in childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: Author.
- Uthman, O. A. (2008). Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: A multilevel and spatial analysis. *International Journal of Health Geographics, 7*, 27. doi:10.1186/1476-072X-7-27
- Valle, A. K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K. I., & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health, 15*, 185-194. doi:10.1093/eurpub/cki121
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., ... Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet, 358*, 1843-1850. doi:10.1016/S0140-6736(01)06885-4
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., & Macdowall, W. (1999). Teenage fertility and life chances. *Reviews of Reproduction, 4*, 184-190. doi:10.1530/ror.0.0040184
- Wheeler, S. B. (2010). Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: An examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *Journal of Adolescent Health, 47*, 582-590. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.04.009.

Wildsmith, E., Manlove, J., Jekielek, S., Moore, K. A., & Mincieli, L. (2012). Teenage childbearing among youth born to teenage mothers. *Youth & Society, 44*, 258-283. doi:10.1177/0044118X11398366

World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf

World Health Organization. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study – International report from the 2009/2010 survey*. Geneva: Author. Retrieved from <http://goo.gl/mCbbVn>

Zimmer-Gembeck, M., & Helfand, M. (2007). Ten years of longitudinal research on U. S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review, 28*, 153-224. doi:10.1016/j.dr.2007.06.001



Estudo Empírico IV |

Why do female adolescents who engage in sexual intercourse earlier display less effectiveness in preventing pregnancy? The mediating role of education and partners' age difference

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA,
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

Manuscrito submetido para publicação

Abstract

Background: Many studies have focused on the risk factors for ineffective pregnancy prevention among female adolescents, producing important guidelines for the universal prevention of this phenomenon. However, less is known about the interplay between such factors when predicting ineffective pregnancy prevention among specific risk groups. As such, we explored the mechanisms by which an earlier age at first sexual intercourse (AFSI) leads to an increased risk of ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents involved in an intimate relationship, by examining the mediating role of the females' education and the partners' age difference. **Methods:** The sample consisted of 613 sexually experienced female adolescents who were involved in an intimate relationship and did not intend to become pregnant: 349 who were ineffective in preventing pregnancy and 264 who had been effective in preventing pregnancy until the assessment time. Data were collected between 2008 and 2013, in 48 health services and 22 schools. Mediation models were built. **Results:** Regardless of number of sexual partners (one/multiple), age, ethnicity, religious beliefs, place of residence and school dropout status before first sexual intercourse, an earlier AFSI increased the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy by increasing their likelihood of having less education. Among adolescents who had had multiple sexual partners, an earlier AFSI increased the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy also by increasing their likelihood of choosing partners older than themselves. **Conclusions:** Our findings may enable healthcare providers and educators to prevent unintended pregnancies more effectively among adolescents who engaged in sexual intercourse earlier than their peers and are involved in an intimate relationship. Interventions should prevent academic failure, foster the pursuit of educational goals, and improve adolescents' skills to negotiate pregnancy prevention with older partners. Further research is needed to assess the efficiency of such interventions.

Keywords: adolescents, adolescent pregnancy, age at first sexual intercourse, prevention.

Introduction

Adolescent pregnancy remains a public health concern in many developed countries, namely due to its medical (Buschman, Foster, & Vickers, 2001; Chen et al., 2009), psychological (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007), and social consequences (Amy & Loeber, 2007). In the European Union, the Portuguese adolescent pregnancy rate was, until very recently, surpassed only by that of the United Kingdom (Eurostat, 2004). In 2010, in some Portuguese areas, more than 7% of live births were to adolescent mothers (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Approximately 98% of these pregnancies occurred in the context of an intimate relationship – on average one to two years after first sexual intercourse – and more than 70% were not intended (Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2014; Pires, Araújo Pedrosa, Carvalho, Pereira, & Canavarro, 2012; Pires, Pereira, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2013) and could have been prevented by the consistent and correct use of an efficient contraceptive or by taking compensatory actions following contraceptive failure (Committee on Adolescence [CA], 2007; Wang & Chiou, 2008). Many studies have focused on the risk factors for ineffective pregnancy prevention among female adolescents (see Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011), producing important guidelines for the universal prevention of this phenomenon. However, lack of resources in schools and health care centers is usually a barrier to providing interventions in this field, namely in Portugal. In order to allow healthcare providers and educators to optimize resources and efficiency in adolescent pregnancy prevention, it is important to gain knowledge on the interplay between risk factors when predicting ineffective pregnancy prevention among specific risk groups (World Health Organization [WHO], 2004), a topic which has seldom been studied. As such, the current study focused on the interplay between three well-established predictors of ineffective pregnancy prevention (i.e. earlier age at first sexual intercourse (AFSI), lower education and greater partners' age difference) using a sample of sexually experienced female adolescents who were involved in an intimate relationship.

An earlier AFSI has been consistently identified as the chronologically first factor related to females' sexual lives that increases the risk of adolescent pregnancy (Cavazos-Rehg et al., 2010; O'Donnell, O'Donnell, & Stueve, 2001). Wang and Chiou (2008) found that the odds of ineffective pregnancy prevention increased by 53% for a decrease of one year in AFSI. However, to our knowledge, no study has addressed the mechanisms by which an earlier AFSI leads to an increased risk of ineffective pregnancy prevention.

Although not undertaken in Portugal, several studies have suggested associations between an earlier AFSI and two strong predictors of ineffective pregnancy prevention (i.e., lower education and greater partner's age difference). However, these associations seem to be bidirectional. First, although lower educational achievement and a lack of school connectedness have been traditionally analyzed as risk factors for earlier AFSI, several studies found that adolescents who engage in sexual intercourse earlier than their peers also report a subsequent reduced interest in

academic activities and objectives and thus demonstrate an increased likelihood of dropping out of school and are less educated (Schvaneveldt, Miller, Berry, & Lee, 2001; Spriggs & Halpern, 2008; Wheeler, 2010). Conversely, the association between less education and ineffective pregnancy prevention is well-established and has been found to be two-fold: it has been linked to a lack of knowledge (Ryan, Franzetta, & Manlove, 2007) and lower cognitive ability, which decrease one's competence in contraceptive decision-making (Commendador, 2007); it has also been traced to an absence of academic aspirations, which is, in turn, associated with a decrease in the perceived cost of becoming pregnant during adolescence (Corcoran, Franklin, & Bennet, 2000; Fergusson & Woodward, 2000).

Second, although the partners' age difference has also been traditionally analyzed as a risk factor for earlier AFSI (Miller, Clark, & Moore, 1997), adolescents who become pregnant usually report having had multiple sexual partners before pregnancy (O'Donnell et al., 2001), and become pregnant from men older than themselves (Males, 1993). These findings suggest that adolescents who become pregnant choose partners older than themselves after first sexual intercourse. Accordingly, several authors state that adolescents develop elaborate ideas concerning sexuality and their sexual roles that determine which types of sexual behaviors and partners are appropriate, and that an earlier AFSI may increase the likelihood of less normative sexual choices (Crockett, Raffaelli, & Moilamen, 2003; Kaestle, Halpern, Miller, & Ford, 2005), such as pursuing sexual relationships with older males. In turn, research has consistently showed that engaging in sexual intercourse with an older male increases the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009; Miller et al., 1997). Furthermore, the partners' age difference is a relevant link between distal predictors (e.g., perceived physical maturity) and multiple types of risky behaviors, including ineffective pregnancy prevention (Halpern, Keastle, & Hallfors, 2007; Young & d'Arcy, 2005). Because these partners are usually adults (Sheeder, Trocche, & Stevens-Simon, 2009) or older adolescents who have dropped out of school (Lindberg, Sonenstein, Ku, & Martinez, 1997), they may perceive few costs associated with having a baby (William, 1993). Additionally, female adolescents may not have the negotiation skills needed to engage in effective pregnancy prevention, particularly with older, more experienced partners (Miller et al., 1997).

As such, in addition to being cumulative risk factors for ineffective pregnancy prevention, education and partners' age difference may explain the association between adolescents' AFSI and their effectiveness in preventing pregnancy. Thus, we aimed to explore the indirect effects of AFSI on the effectiveness in preventing pregnancy among sexually experienced adolescents involved in an intimate relationship, by examining whether these effects were related to females' education and partners' age difference. We hypothesized that an earlier AFSI would increase the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy by increasing their likelihood of having less education and choosing sexual partners older than themselves.

Methods

Data collection

This cross-sectional study is part of a larger research project analyzing the etiology and consequences of adolescent pregnancy in Portugal. The sample was collected between 2008 and 2013 at 48 public health services and 22 elementary and high public schools, under the approval of the respective research ethics committees. In total, data from 1231 adolescents were collected. The eligibility criteria for inclusion were being female, being between 10 and 19 years old (WHO, 1975), and having the ability to understand the questionnaire. Adolescents were invited to participate during obstetric and family planning appointments or in class, and completed the research questionnaire in the presence of a research assistant. Participants provided written informed consent; when they were under 18 years old, the consent form was also signed by their legal guardians.

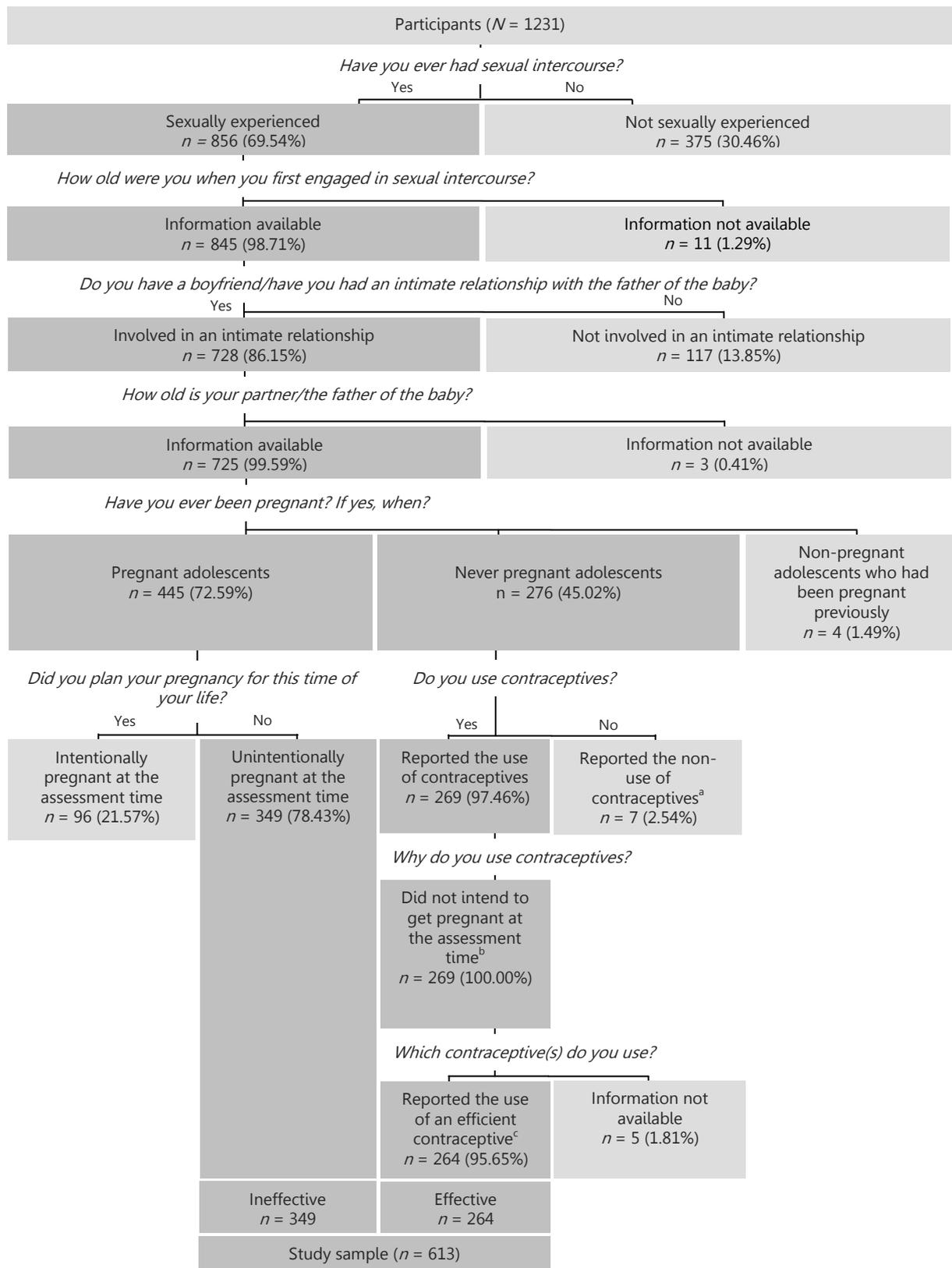
Study sample

The sample examined in the present study was selected from the previously described project (Figure 1), consisting of 613 sexually experienced female adolescents, aged 12 to 19, who were involved in an intimate relationship and who did not intend to become pregnant: 349 who had been ineffective in preventing pregnancy (target group), and 264 who had been effective (control group).

Measures

The data were obtained through a questionnaire developed by the researchers (Araujo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003) and pilot-tested and adjusted to ensure clarity, comprehension, and suitability.

The dependent variable (DV) was defined as the effectiveness in preventing pregnancy (0 = Effective, 1 = Ineffective). Adolescents who were unintentionally pregnant at the assessment time were considered ineffective. Adolescents who did not intend to become pregnant, reported the use of an efficient contraceptive (CA, 2007), and had never been pregnant were considered effective. The independent variable, AFSI, was assessed with the question "How old were you when you first engaged in sexual intercourse?". Regarding the mediators, females' education and the age of their



Note. ^a Reporting the non-use of contraceptives due to the absence of risk of becoming pregnant (i.e., not being currently sexually active, being homosexual or having an infertile partner). ^b The reasons for using contraceptives were used as proxies for pregnancy intention (e.g., "I want to avoid pregnancy," "I'm too young to be a mother," "I am not ready for children yet"). ^c Condom, pill, implant, diaphragm, and/or vaginal ring.

Figure 1 | Study sample selection.

sexual partners were assessed with the questions, "What is your educational level?" and "How old is your partner/the father of the baby?". Partners' age difference was computed by subtracting the female's age from her partner's age.

The questionnaire also included questions about sociodemographics – ethnicity (0 = European origin and 1 = non-European origin), religious beliefs (0 = None, 1 = Catholic/Other), and place of residence (0 = urban – population density >500 inhabitants/km², 1 = rural/suburban; INE, 2009) – that have been associated with an increased risk for ineffective pregnancy prevention (Araújo Pedrosa et al., 2011; Corcoran et al., 2000; Gutiérrez & Atienzo, 2011). Considering the suggested bidirectional effects between AFSI and school dropout (Schvaneveldt et al., 2001), we also assessed whether the participant dropped out of school before first sexual intercourse (0 = no and 1 = yes).

Data analyses

Analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences, v17.0. Descriptive statistics were performed for characterization purposes. Pearson's correlations were performed to test the associations between the study variables. Sociodemographic variables that showed significant associations with the DV or the proposed mediators were included as covariates in further analyses.

A computational tool for mediation analysis was used to test the indirect effects (PROCESS). Besides estimating the model coefficients using maximum likelihood logistic regression, this computational tool generated direct and indirect effects in the mediation models with single or multiple mediators (Hayes, 2012). As this was a cross-sectional study, mediation analyses were conducted separately for adolescents who had had only one sexual partner (*one sexual partner model*) and adolescents who had had more than one sexual partner (*multiple sexual partners model*). This option allowed us to include partners' age difference as a covariate when testing the association between AFSI and the DV among adolescents who chose their last/current sexual partner before their first sexual intercourse, and to test partners' age difference as a mediator of the association between AFSI and the DV among adolescents who chose their last/current sexual partner after first sexual intercourse; therefore, temporal ordering warranted the inclusion of variables in the mediation models. Bootstrapping ($N = 5000$ samples) with bias-corrected and accelerated confidence intervals was used. When the bootstrapped 95% confidence interval (CI) of the point estimate did not include zero, the effect was significant (Hayes, 2012).

Results

Testing associations between study variables

Descriptive statistics for the total sample and for each group are presented in Table 1. Adolescents were mostly of European ethnic origin, Catholic or followers of another religion, and living in urban places. They engaged in sexual intercourse for the first time between the ages of 11 and 19, had partners 2 years younger to 23 years older than themselves, and their education ranged from illiteracy to the second year of higher education. No significant differences were found between the effective and ineffective group in the number of sexual partners; 57.30% of ineffective adolescents had only had one sexual partner (data not shown).

Pearson's correlations are presented in Table 2. Regardless of number of sexual partners, all the study variables were associated. Each covariate was associated with at least one of the study variables.

Testing indirect effects

One sexual partner model

A significant indirect effect of AFSI on the DV through females' education was found (point estimate = -0.44, CI = -0.70/-0.19). Specifically, an earlier AFSI increased the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy by increasing their likelihood of having less education. There was no significant direct effect of AFSI on the DV after controlling for the mediator (point estimate = -0.19, CI = -0.54/0.16). Age ($b = 0.42$, CI = 0.25/0.60), ethnicity ($b = -0.97$, CI = -1.54/-0.40), religious beliefs ($b = 0.71$, CI = 0.32/1.09), place of residence ($b = -0.72$, CI = -1.08/-0.36), and school dropout status before first sexual intercourse ($b = -3.31$, CI = -3.77/-2.84) had significant direct effects on education but no on the DV. Partners' age difference had a significant direct effect on the DV ($b = 0.16$, CI = 0.04/0.28). This mediation model is presented in Figure 2.

Table 1 | Descriptive statistics for all variables in study: Total sample, adolescents who had had one sexual partner, and adolescents who had had multiple sexual partners

	Total sample (<i>n</i> = 613)		One sexual partner (<i>n</i> = 363)				Multiple sexual partners (<i>n</i> = 250)			
			Effective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 163)		Ineffective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 200)		Effective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 101)		Ineffective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 149)	
			M (SD)	Range	M (SD)	Range	M (SD)	Range	M (SD)	Range
<i>Sociodemographics</i>										
Age	16.77 (1.27)	12-19	17.13 (1.18)	14-19	15.02 (1.21)	12-17	17.55 (0.91)	15-19	16.67 (1.09)	14-19
Ethnicity: European origin (<i>n</i> , %)	561	91.5	154	94.5	177	88.5	96	95.0	134	89.9
Place of residence: Urban (<i>n</i> , %)	462	75.4	125	76.7	138	69.0	79	78.2	120	80.5
School dropout: No (<i>n</i> , %)	533	86.9	162	99.34	148	74.0	100	99.0	122	81.9
Religious beliefs: Yes (<i>n</i> , %)	464	75.7	145	89.0	140	70.0	85	84.2	94	63.1
<i>Study variables</i>										
AFSI	15.17 (1.37)	11-19	16.01 (1.27)	13-19	15.02 (1.21)	12-17	15.31 (1.27)	13-19	14.36 (1.19)	11-18
Partners' age difference ^b	3.24 (3.22)	-2-23	1.12 (2.3)	-1-13	3.86 (3.48)	-1-23	2.47 (2.71)	-2-12	4.19 (3.11)	-1-15
Females' education	9.41 (2.24)	0-14	11.00 (1.16)	8-14	8.01 (2.18)	0-12	11.09 (1.23)	6-13	8.40 (1.87)	4-12
Effectiveness in preventing pregnancy: Ineffective (<i>n</i> , %)	349	56.9	-	-	-	-	-	-	-	-

Note. AFSI = Age at first sexual intercourse.

^b Years.

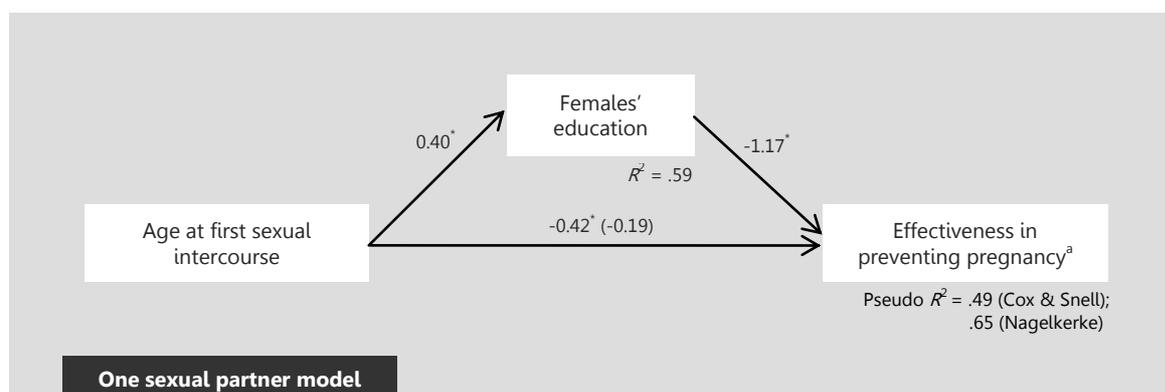
Table 2 | Pearson's correlations for all variables in study: Adolescents who had had one sexual partner and adolescents who had had multiple sexual partners

	One sexual partner (<i>n</i> = 363)			Multiple sexual partners (<i>n</i> = 250)			
	AFSI	Females' education	Effectiveness in preventing pregnancy ^a	AFSI	Partners' age difference	Females' education	Effectiveness in preventing pregnancy ^a
Demographics							
Age	.74***	.47***	-.36***	.54***	-.08	.43***	-.39***
Ethnicity ^b	-.03	-.24***	.11*	-.10	.10	-.08	.09*
Place of residence ^c	-.05	-.20***	.09	.01	.17**	-.05	-.03
School dropout ^d	-.03	-.57***	.37***	-.02	.16*	-.40***	.37***
Religious beliefs ^d	.15**	.22***	-.23***	.14*	-.03	.18**	-.23***
Study variables							
AFSI	-	.45***	-.37***	-	-.20**	.39***	-.36***
Partners' age difference	-	-.25***	.26***	-	-	-.28***	.28***
Females' education	-	-	-.64***	-	-	-	-.63***

Note. AFSI = Age at first sexual intercourse.

^aReference group: 0 = Effective in preventing pregnancy. ^bReference group: 0 = European ethnic origin. ^cReference group: 0 = Urban. ^dReference group: 0 = No.

p* < .01. *p* < .001.



Note. *N* = 363. ^aReference group: 0 = Effective in preventing pregnancy. * Significant effects.

Figure 2 | Unstandardized coefficients for the mediation model for the association between age at first sexual intercourse (AFSI) and the effectiveness in preventing pregnancy (DV) among adolescents who had had one sexual partner, while controlling for partners' age difference, females' age, ethnicity, place of residence, religious beliefs, and school dropout status before first sexual intercourse. The values inside parentheses represent the direct effects of AFSI on the DV after controlling for the mediator.

Multiple sexual partners model

Significant indirect effects of AFSI on the DV through females' education (point estimate = -0.29, CI = -0.62/-0.03) and partners' age difference (point estimate = -0.07, CI = -0.20/-0.01) were found. As depicted in Figure 3, an earlier AFSI increased the adolescent's risk of being ineffective in preventing pregnancy by increasing their likelihood of having less education and choosing partners older than themselves. There was no significant direct effect of AFSI on the DV after controlling for the mediators (point estimate = 0.26, CI = -0.61/0.09). Age ($b = 0.61$, CI = 0.38/0.83), religious beliefs ($b = 0.59$, CI = 0.12/1.06), and school dropout status before first sexual intercourse ($b = -2.59$, CI = -3.24/-1.94) had significant direct effects on education. Partners' age difference was predicted by place of residence ($b = 1.27$, CI = 0.33/2.20) and school dropout status before first sexual intercourse ($b = 1.47$, CI = 0.30/2.64). Control variables did not influence the DV.

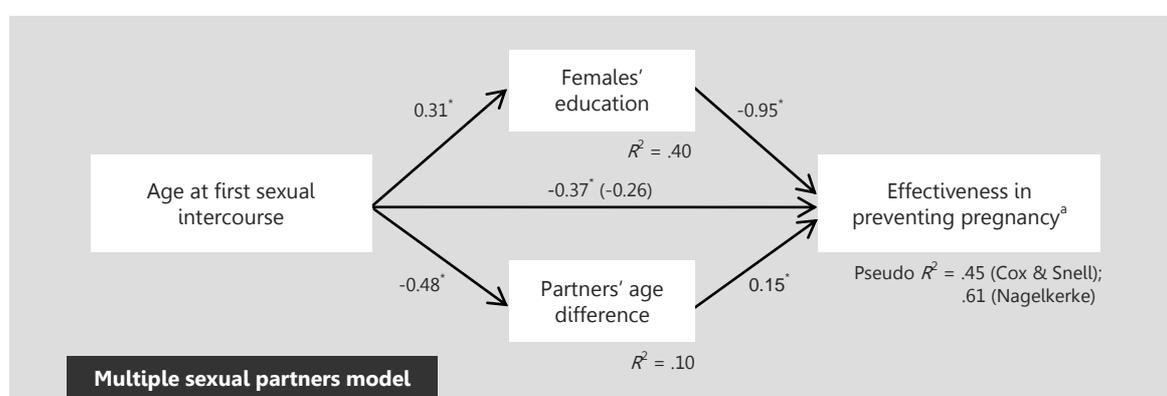


Figure 3 | Unstandardized coefficients for the mediation model for the association between age at first sexual intercourse (AFSI) and the effectiveness in preventing pregnancy (DV) among adolescents who had had multiple sexual partners, while controlling for females' age, place of residence, religious beliefs, and school dropout status before first sexual intercourse.

The values inside parentheses represent the direct effects of AFSI on the DV after controlling for the mediators.

Discussion

Our aim was to explore the indirect effects of AFSI on the effectiveness in preventing pregnancy among sexually experienced adolescents involved in an intimate relationship, by examining whether these effects were related to females' education and partners' age difference. Overall, our results support the proposed effects, as an earlier AFSI increased the adolescents' risk of being ineffective in preventing pregnancy by increasing their likelihood of having less education and choosing sexual partners older than themselves. These findings have important implications for practice and research in adolescent pregnancy prevention, as discussed below.

Our findings are consistent with previous research suggesting a negative association between females' AFSI and education (Schvaneveldt et al., 2001) and a higher risk of ineffective pregnancy prevention among adolescents with less education (Commendador, 2007; Fergusson & Woodward, 2000; Ryan et al., 2007). Moreover, the current study adds to previous research showing that, regardless of number of sexual partners, age, ethnicity, religious beliefs, place of residence, and school dropout status before first sexual intercourse, education explains the association between females' AFSI and their effectiveness in preventing pregnancy. This finding stresses that preventing academic failure and fostering the pursuit of educational goals, in conjunction with early education and effective family planning options inside and outside the school environment may be of particular importance to prevent unintended pregnancies among adolescents engaging in sexual intercourse earlier than their peers. Healthcare providers, namely in primary care, may be relevant sources of information and training in this field. These professionals may also be important agents in sexual risk prevention efforts by virtue of their ability to provide guidance on reducing sexual risk to the parents of their adolescent patients (Miller et al., 2008).

Regarding partners' age difference, our findings are consistent with our hypothesis: among adolescents who had had multiple partners, an earlier AFSI increased the likelihood of pursuing sexual relationships with older males, which, in turn, increased the risk of ineffective pregnancy prevention. However, contrary to previous research (O'Donnell et al., 2001), more than half of pregnant adolescents in our sample became pregnant from their first sexual partners. Nevertheless, among this group, a significant direct effect of partners' age difference on the effectiveness in preventing pregnancy was found. These findings highlight the need to earlier teach the at-risk adolescents communication skills that allow them to effectively negotiate pregnancy prevention with partners older than themselves. Further research that allows us to easily identify adolescents with a high probability of engaging in sexual intercourse earlier than their peers may be useful at this point. According to our findings, from the ages of 11, some adolescents should be able to engage in quality negotiation processes with these older males. Interventions should target females' perceptions on several topics, namely support from their partners regarding contraceptive use, relationship power, and partners' pregnancy intentions (Clear, Williams, & Crosby, 2012; Wang & Chiou, 2008). Involving adolescents' partners in family planning efforts before and after first sexual intercourse may also be useful. Additionally, further research on partners' characteristics is needed to efficiently identify and target risk groups of males for sexual education. According to our findings, partners' age difference ranged from -1 to 23 years in the ineffective group, indicating that some partners were adults. This may help explaining the insufficient results observed in several preventive programs provided exclusively at school and/or that focus on peer-aged couples, highlighting the need to rethink health policies in order to include the male population at greater risk of being involved in an adolescent pregnancy.

Some limitations must be acknowledged. Although temporal ordering was considered when selecting the variables to include in the mediation models, the present study had a cross-sectional

design; longitudinal designs are superior for establishing timelines that allow for drawing causal inferences (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988) and should be used in future research. Furthermore, assessing variables as sensitive as AFSI and number of sexual partners through single-instance, self-report measures makes controlling for socially desirable answers challenging (Palen et al., 2008; Rose et al., 2009).

Despite these limitations, our study is the first to address the mechanisms by which an earlier AFSI leads to an increased risk of ineffective pregnancy prevention. Furthermore, the study comprises several conceptual and methodological advances to previous research. First, previous research analyzing the consequences of earlier AFSI traditionally used “early/late” dichotomizations of AFSI based on developmental, statistical, or legal criteria that vary across countries (O’Donnell et al., 2001). In contrast, by considering AFSI as a continuous variable, our study allows direct crosscultural comparisons. Second, the majority of studies have been conducted with adolescents of middle-school age and older (O’Donnell et al., 2001; Miller et al., 1997; Wang & Chiou, 2008). Because adolescents who become pregnant tend to initiate sexual activity and drop out of school at earlier ages (Araújo Pedrosa et al., 2011), this methodological decision may be limited in its usefulness for adolescent pregnancy prevention. As such, we included a wide range of ages and recruited participants in settings other than school. Third, contrary to most studies (Fergusson & Whoodward, 2000; Miller et al., 1997; O’Donnell et al., 2001; Wang & Chiou, 2008), when analyzing the effectiveness in preventing pregnancy, we excluded adolescents who had intentionally become pregnant. We also avoided relevant, but less informative, comparisons between pregnant adolescents and adolescents of the general population without taking into account sexual and relationship experiences, pregnancy intention, or contraceptive behaviors of the latter group (e.g. Araújo Pedrosa, 2011). Finally, our findings may contribute to optimize resources and efficiency in adolescent pregnancy prevention. Although fostering educational goals and providing adolescents communication skills to negotiate pregnancy prevention with older males are already recommended in universal prevention (WHO, 2004), according to our findings, the earlier adolescents engage in first sexual intercourse, the more necessary these interventions will be to reduce unintended pregnancy rates. Further research is needed to assess the efficiency of such interventions.

Key message points

1. Although universal prevention is essential to reduce adolescent pregnancy rates, lack of resources in schools and healthcare centers is usually a barrier to providing interventions in this field.
2. Identifying the mechanisms underlying the association between age at first sexual intercourse and the effectiveness in preventing pregnancy among sexually experienced female adolescents

- involved in an intimate relationship may enable healthcare providers and educators to optimize resources and efficiency in adolescent pregnancy prevention.
3. According to our findings, regardless of number of sexual partners, age, ethnicity, religious beliefs, place of residence, and school dropout status before first sexual intercourse, the earlier adolescents engage in first sexual intercourse, the more necessary interventions addressing females' education and partners' age difference will be in decreasing unintended adolescent pregnancy rates.
 4. Such interventions should prevent academic failure, foster the pursuit of educational goals, provide effective family planning options inside and outside the school context, and improve adolescents' skills to negotiate pregnancy prevention with older, more experienced males. Further research is needed to assess the efficiency of such interventions.
 5. Further research on partners' characteristics is also needed, to efficiently identify and target risk groups of males for sexual education. In our study, partners' age difference ranged from -1 to 23 years in the ineffective group, highlighting the need to rethink health policies and prevention programs – usually focused on peer-aged couples and/or planned to be provided in school.

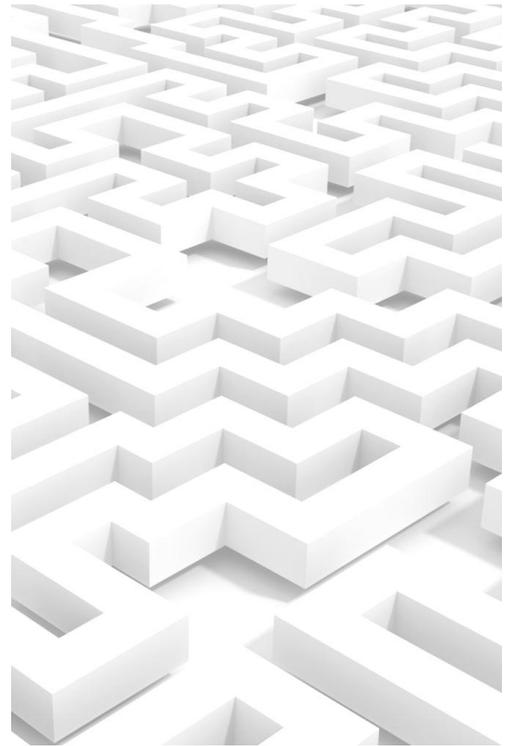
References

- Amy, J. J., & Loeber, O. (2007). Pregnancy during adolescence: A major social problem. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*, 299-302. doi:10.1080/13625180701737635
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação – Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* [Pregnancy and transition to motherhood during adolescence: Individual and psychosocial determinants of pregnancy and adaptation – A study with adolescents from the Azores Islands] (Unpublished doctoral dissertation). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of the Unit of Psychological Intervention, Maternity Doutor Daniel de Matos, UCH]. Unpublished manuscript.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and

- relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Buschman, N. A., Foster, G., & Vickers, P. (2001). Adolescent girls and their babies: Achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: A comparison between adolescents under 16 and adult women. *Child: Care, Health and Development*, 27, 163-171. doi:10.1046/j.1365-2214.2001.00164.x
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B., & Bierut, L. J. (2010). Associations between multiple pregnancies and health risk behaviors among U. S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 47, 600-603. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.03.018
- Chen, C.-W., Tsai, C.-Y., Sung, F.-C., Lee, Y.-Y., Lu, T.-H., Li, C.-Y., & Ko, M.-C. (2009). Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: Age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child: Care, Health and Development*, 36, 232-240. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.01039.x
- Clear, E. R., Williams, C. M., & Crosby, R. A. (2012). Female perceptions of male versus female intendedness at the time of teenage pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 1862-1869. doi:10.1007/s10995-011-0934-2
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Committee on Adolescence. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics*, 120, 1135-1148. doi:10.1542/peds.2007-2535
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, 24, 29-39. doi:10.1093/swr/24.1.29
- Crockett, L., Raffaelli, M., & Moilamen, K. (2003). Adolescent sexuality: Behavior and meaning. In G. Adams, & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 371-392). Malden, MA: Blackwell.
- Eurostat. (2004). *Demographic statistics*. Brussels: Author.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2000). Teenage pregnancy and female educational underachievement: A prospective study of a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family*, 62, 147-161. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00147.x
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
- Gutiérrez, J. P., & Atienzo, E. E. (2011). Socioeconomic status, urbanicity and risk behaviors in Mexican youth: An analysis of three cross-sectional surveys. *BMC Public Health*, 11, 900-910. doi:10.1186/1471-2458-11-900

- Halpern, C. T., Kaestle, C. E., & Hallfors, D. D. (2007). Perceived physical maturity, age of romantic partner and adolescent risk behavior. *Prevention Science, 8*, 1-10. doi:10.1007/s11121-006-0046-1
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. Retrieved from <http://www.personal.psu.edu/jxb14/M554/specreg/process2012.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)* [Urban area typology]. Lisbon: Author. Retrieved from: <http://goo.gl/mdsOJG>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Indicadores sociais 2010* [Social indices 2010]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/8RRA59>
- Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C., & Ford, C. A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology, 161*, 774-780. doi:10.1093/aje/kwi095
- Lindberg, L. D., Sonenstein, F. L., Ku, L., & Martinez, G. (1997). Age differences between minors who give birth and their adult partners. *Family Planning Perspectives, 29*, 61-66. doi:10.2307/2953363
- Males, M. (1993). School-age pregnancy: Why hasn't prevention worked? *Journal of School Health, 63*, 429-432. doi:10.1111/j.1746-1561.1993.tb06075.x
- Miller, K. S., Clark, L. F., & Moore, J. S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives, 29*, 212-214. doi:10.2307/2953397
- Miller, K. S., Wyckoff, S. C., Lin, C. Y., Whitaker, D. J., Sukalac, T., & Fowler, M. C. (2008). Pediatricians' role and practices regarding provision of guidance about sexual risk reduction to parents. *Journal of Primary Prevention, 29*, 279-291. doi:10.1007/s10935-008-0137-9
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives, 33*, 268-276. doi:10.2307/3030194
- Palen, L.-A., Smith, E., Caldwell, L. L., Plisher, A. J., Wegner, L., & Vergani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health, 42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Carvalho, P., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (2012). Why do adolescents keep getting pregnant: Is this due to intention to get pregnant, non-use of contraceptives, contraceptive failure or incorrect use? [Abstract]. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*, S132-S133. doi:10.1007/s12529-012-9247-0

- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? [Adolescent motherhood: Choice, acceptance or resignation?] *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 339-347. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36227023011.pdf>
- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teen's contraceptive consistency. *Youth & Society, 39*, 182-208. doi:10.1177/0044118X06296907
- Schvaneveldt, P. L., Miller, B. C., Berry, E. H., & Lee, T. R. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence, 36*, 767-787.
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009a). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 1: An indicator of gaps in family planning services. *Maternal and Child Health Journal, 13*, 295-305. doi:10.1007/s10995-008-0360-2
- Spriggs, A. L., & Halpern, C. T. (2008). Timing of sexual debut and initiation of postsecondary education by early adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*, 152-161. doi:10.1363/4015208
- Wang, R.-H., & Chiou, C.-J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behavior among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 40*, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- Wheeler, S. B. (2010). Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: An examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *Journal of Adolescent Health, 47*, 582-590. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.04.009.
- William, M. (1993). Adolescent males' orientation toward paternity and contraception. *Family Planning Perspectives, 25*, 22-31. doi:10.2307/2135989
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- World Health Organization. (2004). *Contraception: Issues in adolescent health and development*. Geneva: Author. Retrieved from <http://goo.gl/R4nHVS>
- Young, A. M., & d'Arcy, H. (2005). Older boyfriends of adolescent girls: The cause or a sign of the problem? *Journal of Adolescent Health, 36*, 410-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.007



Estudo Empírico V |

Risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents: A decision-tree approach to assist healthcare providers

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, LISA VICENTE, TERESA BOMBAS
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

Manuscrito submetido para publicação

Abstract

Many studies have identified risk factors for ineffective pregnancy prevention among female adolescents. However, quickly and accurately identifying adolescents at greater risk for ineffective pregnancy prevention remains a difficult task in adolescents' care. The aim of the current study was to develop risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents, adopting a decision-tree approach to assist healthcare providers. Data were collected between 2008 and 2013 in 48 public health services and 22 public schools. The sample consisted of 856 sexually experienced female adolescents aged 12 to 19 who did not intend to become pregnant: 379 who were ineffective in preventing pregnancy and 477 who had been effective in preventing pregnancy until the assessment time. Classification tree analysis was used to describe the interplay between a set of established sociodemographic, familial, reproductive, and relationship risk factors when predicting effectiveness in preventing pregnancy. Only characteristics that may be easily assessed during routine appointments were tested. Seven profiles predicted at least 50.0% of cases in the ineffective group. Educational level was the strongest predictor and determined different combinations of risk factors predicting effectiveness in preventing pregnancy. Other significant predictors were religious beliefs, partners' age difference, age at first sexual intercourse, place of residence, maternal history of adolescent pregnancy, females' age, and household in childhood. The tree model showed good predictive properties. These findings have important implications for adolescent pregnancy research and may contribute to the accuracy of risk assessment in adolescents' care.

Keywords: classification tree analysis, female adolescents, pregnancy prevention, risk profiling.

Introduction

Adolescent pregnancy remains a public health concern worldwide (Finer, 2010; Silva et al., 2011; United Nations Population Fund [UNPF], 2013), namely because it has been associated with a high risk of preterm delivery (Derme, Leoncini, Vetrano, Carlomagno, & Aleandri, 2013), low birth weight (Kashan, Baker, & Kenny, 2010), long-term unemployment (Amy & Loeber, 2007), depressive symptoms (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007), reduced quality of life (Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2014), and poor mother-infant interactions (Lanzi, Ramey, & Bert, 2012). In Portugal, adolescent pregnancy rates remain above the European Union average (Silva et al., 2011; UNPF, 2013). Similar to the prevalence in most developed countries (Alan Guttmacher Institute, 2002; Roca, Doherty, Padian, Hubbard, & Minnis, 2010), more than 78.5% of these pregnancies were not intended (Pires, Pereira, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2013; Pires et al., 2014) and could have been prevented through the consistent and correct use of an efficient contraceptive or by taking compensatory actions following contraceptive failure (Committee on Adolescence [CA], 2007; French & Cowan, 2009; McDaid, Sweeting, & Buston, 2010; Wang & Chiou, 2008). However, quickly and accurately identifying adolescents at greater risk for ineffective pregnancy prevention remains a difficult task in adolescents' care (UNPF, 2013; World Health Organization [WHO], 2004). As such, the aim of the current study was to develop risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents, adopting a decision-tree approach to assist healthcare providers.

Healthcare providers are uniquely positioned to guide adolescents toward effective pregnancy prevention, for two main reasons. First, many adolescents at greater risk for ineffective pregnancy prevention drop out of school at early ages (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; UNPF, 2013) and, thus, they cannot be targeted by preventive programs running in schools. Second, although seeking family planning advice in healthcare services remains a difficult task for many adolescents (French & Cowan, 2009; WHO, 2004), approximately 83.0% of pregnant adolescents consult a healthcare provider for non-contraceptive reasons at least once in the year before conception (Churchill et al., 2000). These consultations represent opportunities for effective contraceptive counseling. However, even when contraception is addressed, some adolescents are not able to understand or apply the information provided during an average consultation (Churchill et al., 2000; French & Cowan, 2009; WHO, 2004). As such, several authors state that every time an adolescent interacts with a healthcare provider, contraceptive status should be evaluated (Zink, Shireman, Ho, & Buchanan, 2002), and a detailed discussion of all related issues should be encouraged (WHO, 2004).

However, a lack of time during the consultation is usually a barrier to providing detailed counseling to all adolescents in general practice (WHO, 2004). Additionally, most adolescents are likely to be effective in preventing pregnancy (Silva et al., 2011; UNPF, 2013), and identifying

adolescents at greater risk is an important but difficult task (Churchill et al., 2000; French & Cowan, 2009; WHO, 2004). Many studies have identified risk factors for ineffective pregnancy prevention among female adolescents. However, some of those factors (e.g., family attachment and parental supervision; González, Molina, Montero, Martínez, & Molina, 2009; Miller, 2002; females' decision-making style, self-regulation, and self-efficacy; Black, Sun, Rohrbach, & Sussman, 2011; Raffaelli & Crockett, 2003) are not easy to assess during routine medical appointments. Additionally, according to the bioecological model (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), human development occurs in overlapping systems, such that the occurrences and attributes of one system affect the others, which, in turn, affect development. Thus, assessing only the cumulative presence of risk factors may be insufficient to accurately identify the adolescents at greater risk of unwanted outcomes, as the impact of a given factor may vary by age, abilities, socioeconomic status, place of residence and many other factors (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; UNPF, 2013). Therefore, developing risk profiling for ineffective pregnancy prevention is important to foster individualized risk assessment, and, thus, to increase the accuracy of risk assessment in adolescents' sexual and reproductive healthcare (UNPF, 2013; WHO, 2004).

Several sociodemographic, familial, reproductive, and relationship characteristics have been consistently related to an increased risk of ineffective pregnancy prevention during adolescence, some of which may be easily assessed by healthcare providers during a routine appointment. Among sociodemographic characteristics, being younger (Zink et al., 2002) and less educated (Araújo Pedrosa et al., 2011) are the most frequently cited factors, having been linked to a lack of knowledge and lower cognitive ability, which decrease competence in decision-making and, thus, in contraceptive use (Black et al., 2011; Commendador, 2007; Ryan, Franzetta, & Manlove, 2007; WHO, 2004). Low education has also been linked to an absence of academic aspirations, which is associated with a decrease in the perceived cost of becoming pregnant during adolescence (Corcoran, Franklin, & Bennett, 2000; WHO, 2004). This perception may also be particularly low among adolescents of low socioeconomic status (Araújo Pedrosa et al., 2011) and/or those living in less industrialized and developed areas (Commendador, 2010; Smith & Elander, 2006) – e.g., rural areas of Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014). Under these conditions, the perceived value of education is usually low, and traditional feminine roles (e.g., motherhood, family, and housekeeping) are encouraged (Araújo Pedrosa et al., 2011; Commendador, 2010). Adolescents belonging to some ethnic groups (e.g., African and Romani people; Garrett & Tidwell, 1999; Pires, 2009; Zink et al., 2002) and those with no religious affiliation (Araújo Pedrosa et al., 2011; Cavazos-Rehg et al., 2012) may be at increased risk because they usually perceive adolescent pregnancy as more acceptable.

Regarding family, living in non-intact households during childhood (Araújo Pedrosa et al., 2011; Phipps, Rosengard, Weitzen, Meers, & Billinkoff, 2008), being born to an adolescent mother (East, Reyes, & Horn, 2007), and having a larger number of siblings (Botting, Rosato, & Wood, 1998) have

also been associated with an increased risk of ineffective pregnancy prevention. The effect of household has been explained primarily by the association between non-intact family structures and low parental supervision, which, in turn, increases the adolescents' likelihood of engaging in risky behaviors (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Murry, 1995). On the other hand, in families with history of adolescent pregnancy and of greater dimension, traditional gender roles and motherhood may be encouraged, particularly at early ages, thus decreasing the perceived costs of becoming pregnant during adolescence (Brauner-Otto & Axinn, 2010).

Regarding reproductive variables, an earlier age at menarche has been associated with early sexual intercourse (Jamieson & Wade, 2011), which, in turn, leads to a longer interval for the potential to become pregnant and has been associated with the non-use or incorrect use of contraceptives (Wang & Chiou, 2008).

Among relationship variables, the most frequently cited factors are related to sexual partners. According to models of adolescent risk-taking behaviors, the risk of ineffective pregnancy prevention may be higher when adolescents have multiple sexual partners (Coker, Richter, Valois, McKeown, & Garrison, 1994). Additionally, when partners are older and more experienced, adolescents may not have the negotiation skills needed to engage in effective pregnancy prevention (Miller, Clark, & Moore, 1997). Adolescents usually perceive less support regarding contraceptive use, cede greater power in the relationship, and experience more controlling behaviors from these partners than from partners of a similar age (Catalozzi, Simon, Davidson, Breitbart, & Rickert, 2011; Clear, Williams, & Crosby, 2012; Wang & Chiou, 2008), which may compromise pregnancy prevention (Miller et al., 1997; Sales, Latham, DiClemente, & Rose, 2010).

Although there is consensus in the literature regarding the described associations, to our knowledge, no previous study has analyzed the interplay between these variables when predicting effectiveness in pregnancy prevention while aiming to contribute to the development of a risk assessment tool to assist healthcare providers. Previous research has usually relied on techniques that measure the effects of multiple independent variables on effectiveness in pregnancy prevention but that cannot consider all the complex interactions that may exist among the independent variables (e.g., regression modeling). Conversely, decision tree methods, also called recursive partitioning, allow for an examination of different constellations of risk factors, while producing a user-friendly classification tree that requires no calculations in order to identify the groups expected to experience the unwanted outcome. Considering our goal, this approach may allow professionals to accurately and easily identify the segments of the sexually experienced female population most likely to being ineffective in pregnancy prevention at the point of routine appointments. In this way, professionals may be able to provide the at-risk adolescents with detailed and regular counseling and, thus, to efficiently target and optimize the distribution of public health resources (Lemon, Roy, Clark, Friedmann, & Rakowski, 2003; Lewis, 2000; López-Vallverdú, Riño, & Bohada, 2012; UNPF, 2013; WHO, 2004).

As such, the current study aimed to analyze the interplay between several sociodemographic, familial, reproductive, and relationship risk factors when predicting effectiveness in pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents using a decision-tree approach. This option resulted from the awareness of the complexity of the associations between these risk factors (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; UNPF, 2013) and the need for easy-to-administer tools to assist healthcare providers in assessing the risk of ineffective pregnancy prevention among particularly vulnerable populations – i.e., adolescents engaging in sexual intercourse (McDaid et al., 2010; Hellerstedt, Smith, Shew, Resnick, 2000; WHO, 2004).

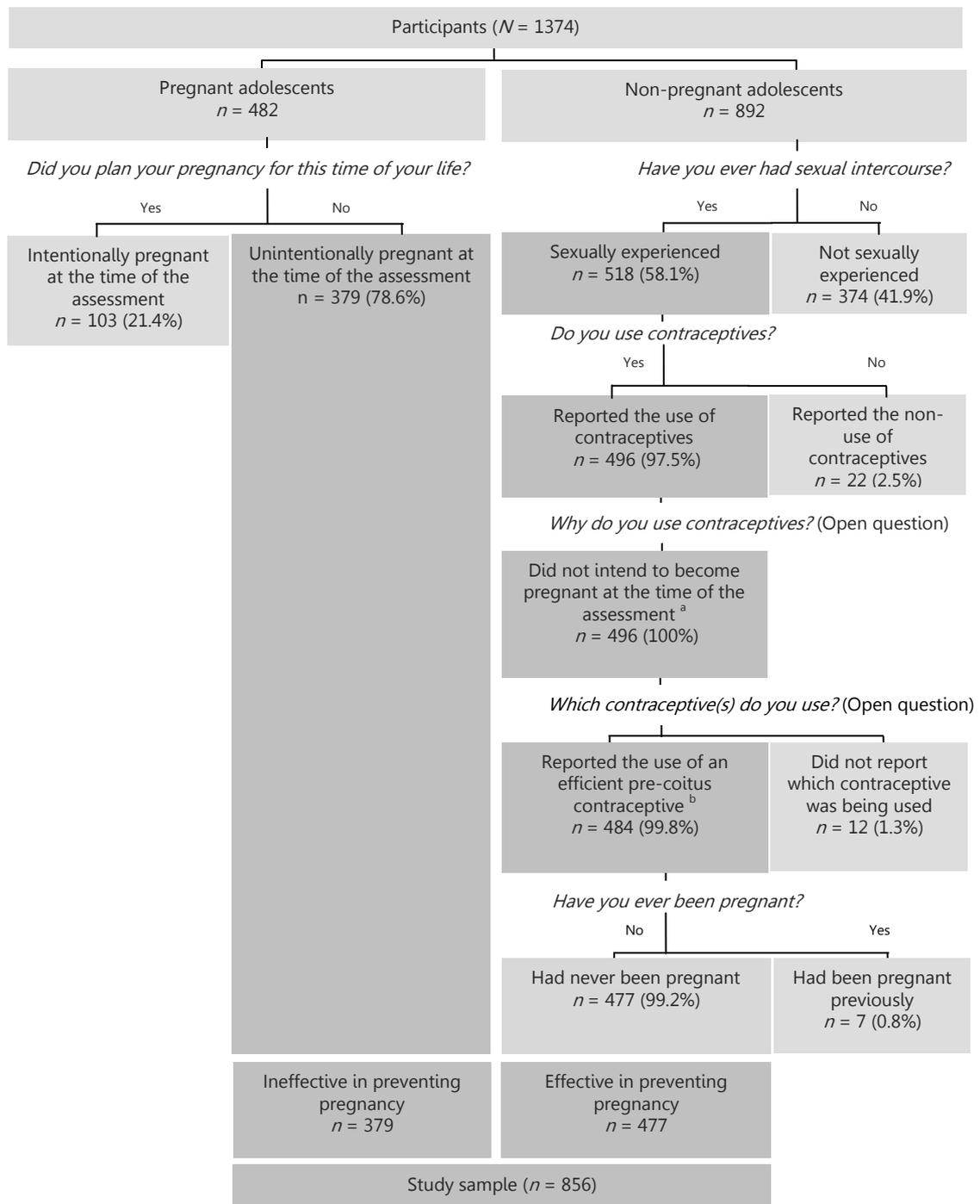
Methods

Data collection

This cross-sectional study is part of a larger research project analyzing the etiology and consequences of adolescent pregnancy in Portugal. Sample collection occurred between 2008 and 2013 in 48 public health services and 22 elementary and high schools with the approval of the respective research ethics committees. In total, data were collected from a nationally representative group of 482 pregnant adolescents and 892 non-pregnant adolescents. Pregnant adolescents were invited to participate during prenatal appointments, and non-pregnant adolescents were recruited during family planning appointments or in class. Eligibility criteria for both groups were being female and between 10 and 19 years old (WHO, 1975) and having the ability to understand the research questionnaire. All participants completed the questionnaire in the presence of a research assistant after providing written informed consent. For participants who were under 18 years old, the consent form was also signed by their legal guardians.

Study sample

The sample examined in the present study was selected from the previously described project (Figure 1). The sample comprised 856 sexually experienced female adolescents who did not intend to become pregnant, aged 12 to 19, mostly of European ethnic origin (92.6%), of low socioeconomic status (80.9%), and living in urban areas (75.4%): 379 who were ineffective in preventing pregnancy (target group) and 477 who had been effective in preventing pregnancy until the assessment time (control group).



Note. ^a The reasons for using contraceptives were used as proxies for pregnancy intention (e.g., "I want to avoid pregnancy," "I'm too young to be a mother," "I am not ready for children yet"). ^b Condom, pill, implant, diaphragm, and/or vaginal ring.

Figure 1 | Study sample selection.

Measures

Data were obtained through a questionnaire with both closed and open questions (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). The questionnaire was developed by the researchers and was pilot-tested and adjusted to ensure clarity, comprehension, and suitability.

The dependent variable was defined as the effectiveness of adolescents' behaviors to prevent pregnancy (0 = Effective in preventing pregnancy, 1 = Ineffective in preventing pregnancy). Adolescents who were unintentionally pregnant at the time of the assessment were considered ineffective in preventing pregnancy. Adolescents who did not intend to become pregnant, reported the use of an efficient contraceptive (CA, 2007), and had never been pregnant were considered effective in preventing pregnancy.

Educational level, religious beliefs, and place of residence were assessed with the questions "What is your educational level?", "Do you have any religious beliefs?" (0 = no, 1 = yes), and "Where do you live?" (0 = rural – up to 100 inhabitants/km² –, 1 = suburban – 100 to 500 inhabitants/km² –, 2=urban – more than 500 inhabitants/km²; INE, 2009). Regarding ethnicity, adolescents chose one of the following options: European, African, Asian, Latina, or Romani. Given the adolescents' distribution in the above categories, this variable was dummy coded so that 0 = European origin and 1 = non-European origin. Socioeconomic status was assessed by considering the educational level and occupation of the family's main provider (lower, medium, high; Simões, 1994); this variable was dummy coded so that 0 = low and 1 = medium/high.

Number of siblings and household during childhood were assessed with the questions "How many siblings do you have?" and "With whom did you live until you were 10 years old?" (0 = intact families – families where both biological parents lived with the child –, 1 = non-intact families). One dichotomous item assessed maternal history of adolescent pregnancy (0 = no, 1 = yes).

Age at menarche and age at first sexual intercourse were assessed with the questions "How old were you when you had your first menstrual period?" and "How old were you when you first engaged in sexual intercourse?".

Number of sexual partners and age of current sexual partner were assessed with the questions, "How many sexual partners have you had?" and "How old is the father of the baby (pregnant adolescents)/your partner (non-pregnant adolescents)?" The partners' age difference was further computed by subtracting the female's age from her partner's age.

Statistical approach

Analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, v17.0). Descriptive statistics, comparison analyses (*t*-tests and chi-square tests), and effect-size calculations were performed (small: $d \geq .20$, $V \geq .10$; medium: $d \geq .50$, $V \geq .30$; large: $d \geq .80$, $V \geq .50$; Cohen, 1992; Field, 2009).

A classification tree analysis was performed using the Chi-Squared Automatic Interaction Detection (CHAID) algorithm. This algorithm determines the independent variables that are most predictive of the dependent variable by dividing (or partitioning) the original sample into smaller subsamples, which may then be subdivided. At each split, the CHAID analysis uses chi-square tests

and corrects for the multiple comparisons inherent in the procedure using Bonferroni adjusted p -values with an overall error rate of .05. Continuous independent variables are automatically recoded in discrete categories with minimal loss of information. The categories of each independent variable are automatically merged if they are not significantly different with respect to the effectiveness in preventing pregnancy. Multiple branches are generated if categories are significantly different. Missing values are automatically included in the tree-growing process as a floating category that is allowed to merge with the most correlated category (Lemon et al., 2003; SPSS, 2007). The interest category was defined as ineffective pregnancy prevention. To optimize the model, the minimum sample size for each leaf (node) was specified as $n = 20$, and branching was limited to five levels. Because our sample had fewer than 1000 cases, the chi-square statistic used was likelihood ratio, and a cross-validation method was chosen. This validation method allowed us to estimate the future performance of the model without an independent database. Similar values of the risk of misclassification between the final and the cross-validation models indicate good validity (Lewis, 2000; Pestana & Gageiro, 2009).

Because the proportion of cases in each class in the population and the misclassification costs were unknown, we used Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis based on predicted probabilities to assess the overall predictive accuracy of the tree model. ROC analysis consists of a plot of the sensitivity (i.e., the percentage of ineffective cases correctly classified by the model) and 1-specificity (i.e., 1- the percentage of effective cases correctly classified by the model). The statistic usually used to summarize this analysis is the area under the curve (AUC; i.e., the probability that a randomly selected ineffective case would have been assessed by the risk assessment tool as having higher risk than a randomly selected effective case). The AUC varies from .50 (i.e., accuracy is not improved over chance) to 1 (i.e., perfect accuracy); an AUC above .70 is acceptable (Ferri, Flach, & Hernández-Orallo, 2002; Prati, Batista, & Monard, 2008).

Results

Descriptive statistics

Descriptive statistics and group comparisons are presented in Table 1. Compared to adolescents that had been effective in preventing pregnancy, adolescents of the ineffective group were younger and less educated, were more prone to belong to non-European ethnic groups, to reside in non-urban places and to come from a low socioeconomic background, were less prone to have religious beliefs, were more prone to live in non-intact households, had a greater number of siblings, and were more prone to being born to an adolescent mother; they also reported an earlier age at menarche and at first sexual intercourse, and a greater partners' age difference. Because the

groups did not differ in the number of sexual partners, this variable was not included in further analyses.

Table 1 | Sociodemographic, familial, reproductive, and relationship characteristics of the sample: Descriptive statistics and group comparisons

	Effective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 477)	Ineffective in preventing pregnancy (<i>n</i> = 379)	<i>t</i> (<i>d</i>) ^a / <i>χ</i> ² (<i>V</i>)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Age; Mean (<i>SD</i> ; Range)	17.24 (1.22; 13-19)	16.39 (1.24; 12-19)	10.13 (0.69)	< .001
Educational level				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	11.00 (1.19; 6-14); 50 (10.5)	8.18 (2.05; 0-12); 15 (4.0)	23.19 (1.68)	< .001
Ethnic origin				
European	459 (96.2)	333 (87.9)	21.36 (0.16)	< .001
Non-European	18 (3.8)	46 (12.1)		
Place of residence				
Rural	69(14.5)	34 (9.0)	14.62 (0.13)	.001
Suburban	44 (9.2)	63 (16.6)		
Urban	363 (76.1)	282 (74.4)		
Missing	1 (0.2)	0 (0.00)		
Socioeconomic status				
Low	343 (71.9)	349 (92.1)	55.51 (0.26)	< .001
Medium/High	134 (28.1)	30 (7.9)		
Religious beliefs				
No	84 (17.6)	125 (33.0)	27.04 (0.18)	< .001
Yes	393 (82.4)	254 (67.0)		
Household in childhood				
Intact family	411 (86.2)	267 (70.4)	31.67 (0.19)	< .001
Non-intact family	66 (13.8)	112 (29.6)		
Number of siblings				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	1.75 (1.48; 0-11); 10 (2.1)	2.69 (2.11; 0-13); 6 (1.6)	-7.28 (-0.52)	< .001
Adolescent pregnancy: mother				
No	418 (87.6)	284 (74.9)	23.08 (0.16)	< .001
Yes	59 (12.4)	95 (25.1)		
Age at menarche				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	12.06 (1.47; 9-17); 54 (11.3)	11.82 (1.43; 8-16); 4 (1.1)	2.39 (0.17)	.02
Age at first sexual intercourse				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	15.71(1.32; 12-19); 21 (4.4)	14.75 (1.25; 11-19); 3 (0.8)	10.65 (0.75)	< .001
Number of sexual partners				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	1.67 (1.10; 1-10); 49 (10.3)	1.59 (0.86; 1-7); 16 (4.2)	1.09 (0.08)	.28
Partners' age difference				
Mean (<i>SD</i> ; Range); Missing	2.34 (2.52; -2-13); 147 (30.8) ^b	3.96 (3.33; -1-23); 2 (0.5) ^c	-7.36 (-0.55)	< .001

Note. ^a Reference group: 0 = Effective in preventing pregnancy. ^b Missing values had an important meaning for the analysis, because they represent adolescents who were not involved in an intimate relationship at the time of the assessment. ^c Missing values had an important meaning for the analysis, because they represent adolescents who got pregnant during an occasional relationship.

Classification tree analysis

The tree model predicting effectiveness in preventing pregnancy among sexually experienced female adolescents is shown in Figure 2. The circular boxes represent the significant predictors (i.e., decision points), the arrows represent predictive pathways, and the rectangular boxes represent the terminal nodes (i.e., identified profiles). The terminal nodes are color coded as they predicted at least 50.0% of cases in the ineffective group (black) or up to 50.0% of cases in the effective group (grey). Because our target category was ineffective pregnancy prevention, the terminal nodes show the rates of ineffective pregnancy prevention within each profile (black and grey boxes), and the overall proportion of ineffective cases classified in each profile (white boxes), both including the numerator and the denominator.

The tree model correctly classified 84.1% of the cases in 14 profiles (terminal nodes), seven of which predicted at least 50.0% of cases in the ineffective group. As illustrated in Figure 2, educational level was the strongest predictor ($\chi^2(3) = 469.92, p < .001$); according to adolescents' educational level, different combinations of independent variables predicted the effectiveness in preventing pregnancy.

For adolescents with up to seven years of education, the next best predictor was religious beliefs ($\chi^2(1) = 4.07, p = .044$): 100.0% of adolescents without religious beliefs (profile 2), compared to 94.9% of those with religious beliefs (profile 1), were ineffective in preventing pregnancy.

For adolescents with 7-9 years of education, the next best predictor was also religious beliefs ($\chi^2(1) = 14.73, p < .001$): 96.3% of adolescents without religious beliefs were ineffective in preventing pregnancy (profile 3). For adolescents with 7-9 years of education with religious beliefs, the next best predictor was place of residence ($\chi^2(1) = 11.71, p = .002$): 42.9% of adolescents living in rural places were ineffective in preventing pregnancy (profile 4). For adolescents with 7-9 years of education with religious beliefs and lived in suburban/urban places, the last significant predictor was maternal history of adolescent pregnancy ($\chi^2(1) = 4.11, p = .043$): 95.0% of adolescents born to an adolescent mother (profile 5), compared to 77.4% of those born to older mothers (profile 6), were ineffective in preventing pregnancy.

For adolescents with 9-11 years of education, the next best predictor was partners' age difference ($\chi^2(2) = 42.41, p < .001$): 50.0% of adolescents with partners more than seven years older than themselves (profile 7), compared to 2.5% of those with missing values in partners' age difference (because they were not involved in an intimate relationship; see Table 1; profile 8) were ineffective in preventing pregnancy. For adolescents with 9-11 years of education and partners up to seven years older, the next best predictor was females' age ($\chi^2(1) = 12.17, p = .002$): 16.5% of adolescents older than 17 were ineffective in preventing pregnancy (profile 9). For adolescents with 9-11 years of education, partners up to seven years older and up to 17 years old, the last predictor was household ($\chi^2(1) = 5.57, p = .034$): 52.6% of adolescents who lived in non-intact families

(profile 11), compared to 33.3% of those who lived with intact families (profile 10), were ineffective in preventing pregnancy.

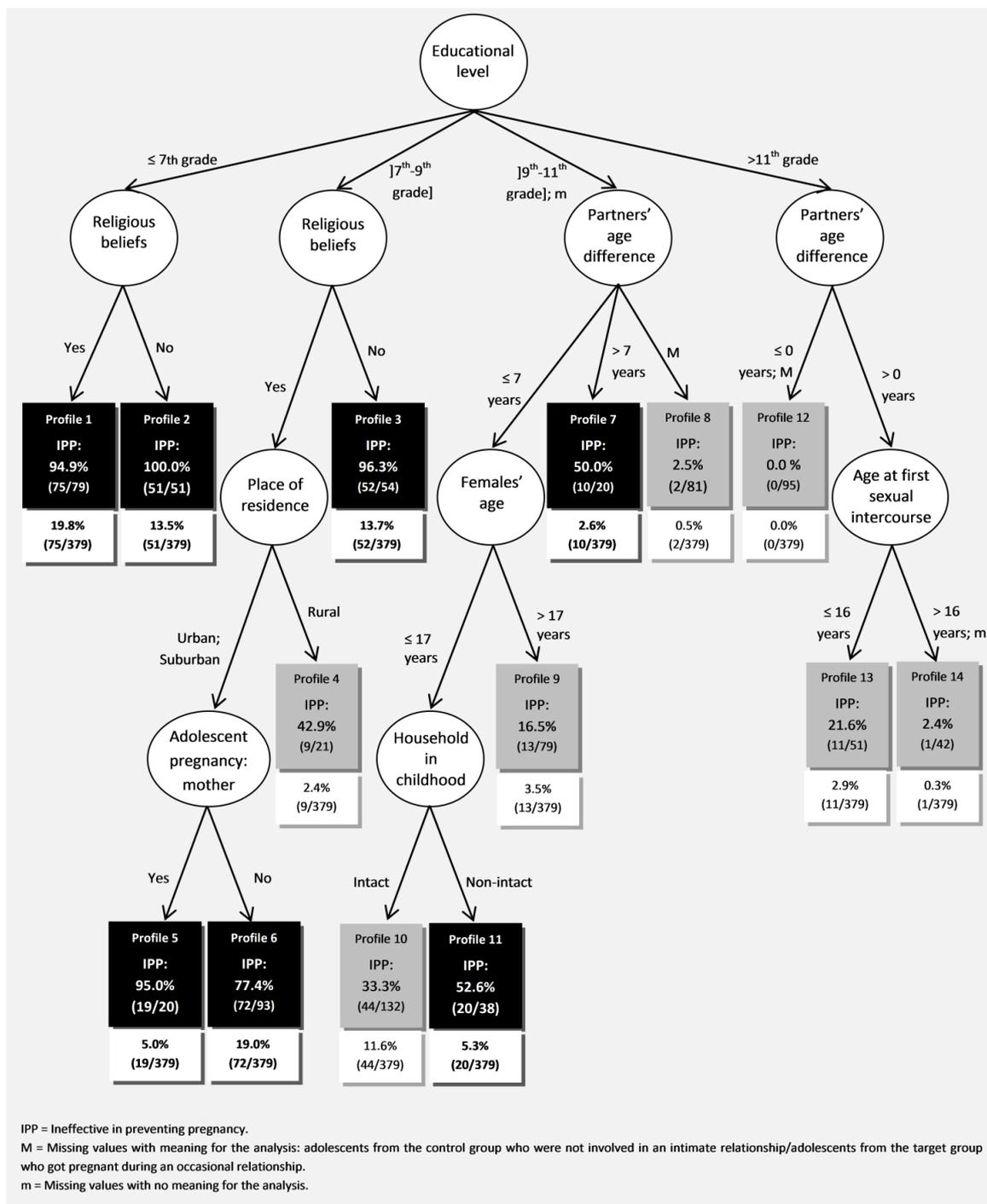


Figure 2 | Decision-tree model predicting the effectiveness in preventing pregnancy (N = 856).

For adolescents with more than 11 years of education, the next best predictor was also partners' age difference ($\chi^2(1) = 17.73, p < .001$); whereas adolescents who were not involved in an intimate relationship or who were involved with partners younger than themselves or of the same age did

not show any risk of being ineffective in preventing pregnancy (profile 12), for adolescents with more than 11 years of education and partners older than themselves, the model included another predictor, age at first sexual intercourse ($\chi^2(1) = 8.89, p = .032$): 21.6% of adolescents who engaged in first sexual intercourse before the age of 16 years (profile 13), compared to 2.4% of those who engaged in first sexual intercourse at 16 years of age or later (profile 14), were ineffective in preventing pregnancy. Ethnicity, socioeconomic status, number of siblings, and age at menarche were not significant predictors.

The tree model showed good validity, as there were no differences between the misclassification rates of the entire sample and of the cross-validated estimate (15.9% vs. 15.8%). According to the ROC analysis, the tree model had a good overall predicted accuracy, as the AUC was .92 ($p < .001$).

Discussion

The aim of the current study was to develop risk profiling for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents, adopting a decision-tree approach to assist healthcare providers. Overall, we were successful, as our tree model showed good predictive accuracy and validity, indicating seven profiles that predicted at least 50.0% of cases in the ineffective group. Educational level was the strongest predictor and determined different combinations of risk factors predicting effectiveness in preventing pregnancy. Other significant predictors were religious beliefs, partners' age difference, age at first sexual intercourse, place of residence, maternal history of adolescent pregnancy, females' age, and household in childhood. These findings have important implications for adolescent pregnancy research and may contribute to the accuracy of risk assessment in adolescents' care.

Consistent with previous research, the adolescents of our sample who were ineffective in preventing pregnancy were younger and less educated (Araújo Pedrosa et al., 2011; Commendador, 2007; Corcoran et al., 2000; Ryan et al., 2007; WHO, 2004; Zink et al., 2002), had less religious beliefs (Araújo Pedrosa et al., 2011; Cavazos-Rehg et al., 2012), were more prone to live in non-urban places (Commendador, 2010) and in non-intact households (Araújo Pedrosa et al., 2011; Phipps et al., 2008), were more prone to be born to an adolescent mother (East et al., 2007), and reported earlier age at first sexual intercourse (Wang & Chiou, 2008), and greater partners' age difference (Cattalozzi et al., 2011; Clear et al., 2012; Miller et al., 1997; Wang & Chiou, 2008) than their peers who had been effective in preventing pregnancy until the assessment time. These characteristics emerged as significant risk factors in the tree model, predicting ineffective pregnancy prevention under certain conditions.

The stronger risk factor was educational level, and the cut-off points automatically generated by the algorithm matched the Portuguese educational cycles. Each cycle has specific pedagogical aims, which can help us to understand the different combinations of risk factors that predicted ineffective pregnancy prevention among our sample. Until the 7th grade, adolescents are being taught to assimilate and critically interpret information (Ministry of Education, 1999). Because these abilities are not yet acquired, it is expected that adolescents are at increased risk if faced with complex decision-making, namely regarding pregnancy prevention (Black et al., 2011; Commendador, 2007; Ryan et al., 2007; WHO, 2004). Additionally, as the acquisition of knowledge, tools, skills, attitudes and values needed for an informed choice about further educational options or employment opportunities is an aim of grades 7th to 9th (Ministry of Education, 1999), until the 7th grade educational and/or career projects may remain undefined and the perceived costs of becoming pregnant during adolescence may be lower, when compared to adolescents with higher educational level (Corcoran et al., 2000; WHO, 2004). Accordingly, among our sample, adolescents with up to seven years of education without religious beliefs – thus, probably perceiving greater acceptability of adolescent pregnancy (Araújo Pedrosa et al., 2011; Cavazos-Rehg et al., 2012) – were the most likely to be ineffective in preventing pregnancy. However, the protective role of religious beliefs only led to a decrease in the risk for ineffective pregnancy prevention from 100% to 94.9%, attesting to the strength of the influence of educational level.

Between the 7th and the 9th grades, adolescents are expected to start developing the abilities necessary for an informed choice about further educational options or employment opportunities (Ministry of Education, 1999). Probably because these abilities are not yet acquired, our findings suggest that adolescents are still influenced by the greater acceptability of earlier motherhood that usually characterizes less religious environments (Araújo Pedrosa et al., 2011; Cavazos-Rehg et al., 2012), more rural areas (Commendador, 2010; Smith & Elander, 2006), or the families with history of adolescent pregnancy (East et al., 2007; UNPF, 2013) living in urban and sub-urban areas. However, the risk for ineffective pregnancy prevention associated with these educational levels was remarkably lower (ranging between 42.9% and 96.3%), when compared to that observed among adolescents with up to seven years of education (ranging from 94.6% to 100%).

When engaging in secondary education (10th to 12th grade), adolescents may choose between courses aimed primarily at preparing them to enter the job market and courses aimed primarily at preparing them to continue on to higher education. As such, adolescents' educational and/or career projects are expected to be more defined during secondary education, comparing to previous grades. The main aim of secondary education is no longer to guide adolescents through the acquisition of competences needed to make informed decisions about school and/or career, but to build on the knowledge and skills previously acquired, preparing them to implement their projects. To achieve this goal, secondary education aims to enhance adolescents' personal autonomy, enabling them to attain self-realization and to form healthy social relations (Ministry of Education, 1999).

Accordingly, among our sample, for adolescents with more than nine years of education the risk for ineffective pregnancy prevention was remarkably lower (ranging between 0.0% and 52.6%), when compared to that observed among adolescents with up to nine years of education. Also, this risk was not related with sociodemographic or familial characteristics that may decrease the perceived costs of becoming pregnancy during adolescence. Instead, the risk of ineffective pregnancy prevention seemed to be primarily related to adolescents' abilities to negotiate pregnancy prevention with older partners (Catalozzi et al., 2011; Clear et al., 2012; Miller et al., 1997; Sales et al., 2010; Wang & Chiou, 2008). When dating partners older than themselves, these adolescents may perceive less support regarding contraceptive use, cede greater power in the relationship, and experience more controlling behaviors (Catalozzi et al., 2011; Clear et al., 2012; Wang & Chiou, 2008). As this is a period in which their autonomy to form healthy social relations is being built (Ministry of Education, 1999), adolescents' effectiveness in negotiating pregnancy prevention with these partners may be compromised (Miller et al., 1997; Sales et al., 2010).

For adolescents with 9-11 years of education and partners only up to seven years older than themselves, being younger than 17 and living in non-intact households may increase the risk of ineffective pregnancy prevention in 19.3% (i.e., from 33.3% to 52.6%). As previous studies suggest strong associations between non-intact families and lower parental supervision (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Murry, 1995), our findings may indicate that younger adolescents who are exposed to less parental supervision are at greater risk for ineffective pregnancy prevention even when partners' age difference is lower. On the other hand, for adolescents with more than 11 years of education and partners older than themselves, sexual initiation before the age of 16 may increase their risk for ineffective pregnancy prevention in 19.2% (i.e., from 2.4% to 21.6%). According to previous research, this may be due the inconsistent use of contraceptives and a longer interval for the potential to become pregnant as result of such behaviors (Coker et al., 1994; Moore, Miller, Gleib, & Morrison, 1995).

All these findings stress the need for a hierarchized approach to the assessment of these risk factors in clinical practice. This approach would comprise a screening strategy consisting of a series of questions that would follow the various iterations as necessary (e.g., Figure 3), allowing professionals to provide an accurate and individualized assessment process for their patients. Ideally, the classification of a patient as having at least a 50.0% risk of ineffective pregnancy prevention should substantially affect clinical management (e.g., spending more time discussing contraception and related issues and/or providing more regular counseling). However, our findings show that the likelihood of ineffective pregnancy prevention varies remarkably (i.e., from 50.0% to 100%) according to the risk profile in which the adolescent is included. As such, based on the individual classification of each patient, healthcare providers may be able to better target adolescents and to maximize the distribution of the available resources. If it is not possible to provide a detailed and/or regular counseling to all the adolescents with at least a 50.0% chance of

RISK ASSESSMENT FOR INEFFECTIVE PREGNANCY PREVENTION (IPP) AMONG FEMALE ADOLESCENTS

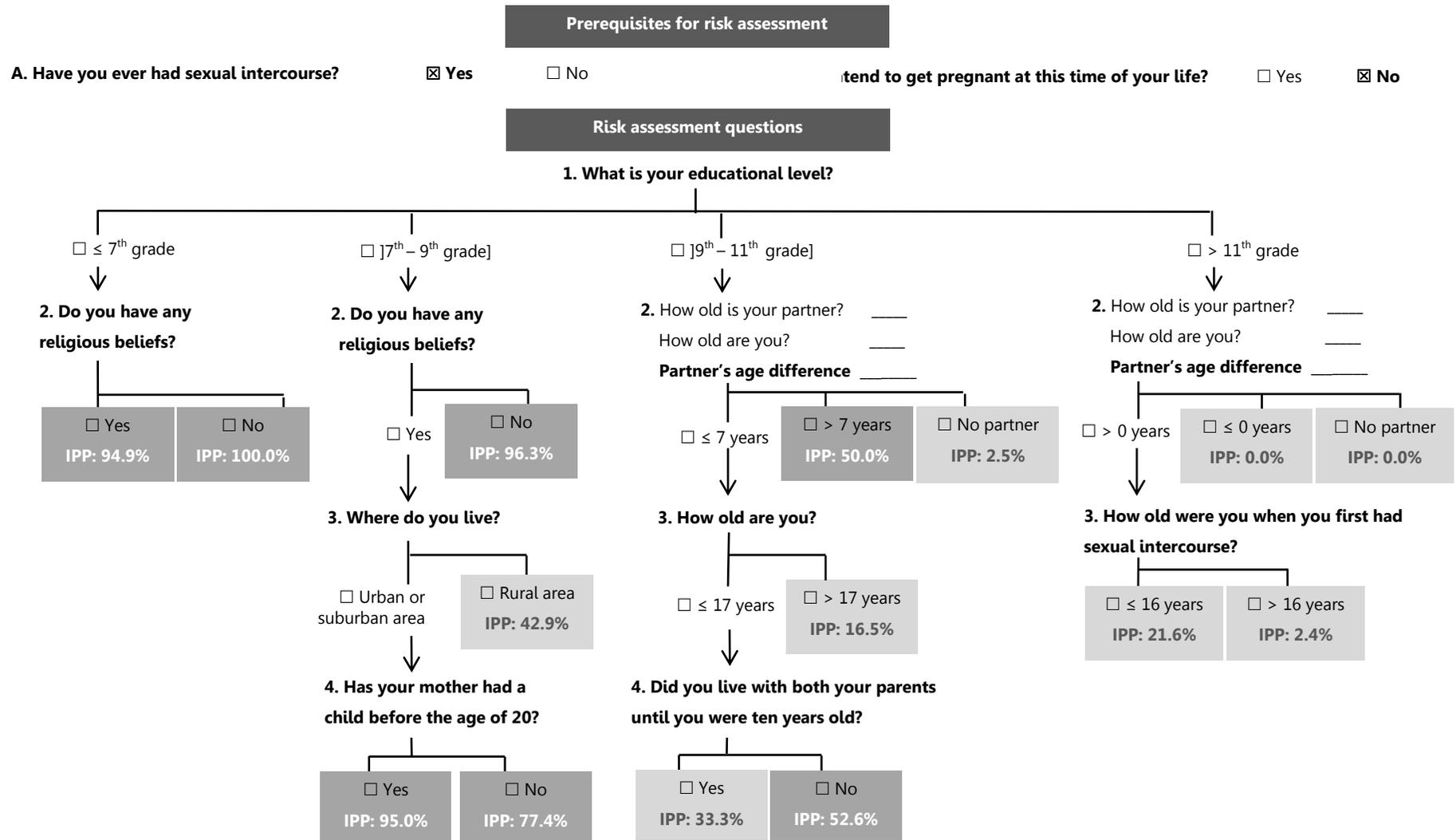


Figure 3 | Risk assessment for ineffective pregnancy prevention among sexually experienced female adolescents: A proposed sheet.

being ineffective in preventing pregnancy, professionals may accurately identify those adolescents at eminent risk (e.g., 94.6% to 100%), giving them priority in receiving these interventions.

Although, according to previous research, the adolescents of our sample who were ineffective in preventing pregnancy were more prone to belong to non-European ethnic groups (Garrett & Tidwell, 1999; Pires, 2009; Zink et al., 2002) and to come from a low socioeconomic background (Araújo Pedrosa et al., 2011), had a greater number of siblings (Botting et al., 1998), and reported earlier ages at menarche (Jamieson & Wade, 2011) than their peers who had been effective in preventing pregnancy, these characteristics did not emerge as predictors of the effectiveness in preventing pregnancy in the tree model. However, we cannot conclude that these variables are not important risk factors for ineffective pregnancy prevention. Instead, our findings indicate that such variables did not maximize the sensibility and specificity of the predictive model. Because the classification tree analysis aims to maximize the predictive performance of the model while achieving the simplest tree structure, it is possible that the effect of these variables was omitted due to the stronger predictive role of other correlated variables (Lemon et al., 2003; Lewis, 2000; Pestana & Gageiro, 2009; SPSS, 2007). Nevertheless, these findings highlight the importance of testing the contribution of several factors from different ecological domains simultaneously rather than testing their independent influences (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Our study had some limitations that must be acknowledged. Although temporal ordering and/or stability were considered when including predictors in the tree model, our study had a cross-sectional design. Longitudinal designs are superior for establishing timelines that allow causal inferences (Baltes, Reese, & Nesselroade 1988) and should be used in future research. Additionally, assessing variables as sensitive as age at first sexual intercourse, number of sexual partners, and contraceptive use through single-instance, self-report measures makes it challenging to control for socially desirable answers (Palen et al., 2008; Rose et al., 2009).

Despite these limitations, this study is the first to analyze the interplay between a set of established sociodemographic, familial, reproductive, and relationship risk factors for ineffective pregnancy prevention using a decision-tree approach. Our findings have important implications for research and clinical practice. First, because the tree model was based on a sample extracted from a nationally representative group of pregnant adolescents and showed good predictive properties, it may set the stage for the development of an auxiliary risk assessment tool for Portuguese healthcare providers. Decision trees are visual, structured, and easy-to-understand, and the characteristics that emerge as predictors are usually collected or easily obtainable at low cost during health evaluations. As such, the knowledge gained in this study may allow healthcare providers to easily and quickly identify segments of the sexually experienced adolescent population that are most likely to be ineffective in preventing pregnancy and, thus, may usefully influence clinical decisions to efficiently target and maximize the distribution of the available resources.

Second, our findings suggest important directions for future international research aiming to adapt and validate our tree model to the local population. Place of residence was coded based on

population density, according to the Portuguese criteria (INE, 2009), and the categories automatically generated by the algorithm for educational level coincided with the Portuguese educational cycles (Ministry of Education, 1999). As such, addressing local characteristics regarding these variables may facilitate the adaptation and validation of the tree model for different countries.

In sum, our findings suggest that classification tree analysis may be a promising approach in adolescent pregnancy research. Using a decision tree approach we were able to address some new research questions. Specifically, this study adds a hierarchized approach to the assessment of the identified risk factors for ineffective pregnancy prevention, comprising relevant methodological advances to previous research. The study also adds a comprehensive understanding to the interaction between risk factors when predicting effectiveness in pregnancy prevention, allowing us for the identification of several combinations of characteristics that may predict the unwanted outcome among different groups of adolescents.

References

- Alan Guttmacher Institute. (2002). *Contraception counts: Hawaii*. New York: Author.
- Amy, J. J., & Loeber, O. (2007). Pregnancy during adolescence: A major social problem. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *12*, 299-302. doi:10.1080/13625180701737635
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of the Unit of Psychological Intervention, Maternity Doutor Daniel de Matos, UCH]. Unpublished manuscript.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, *33*, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Black, D. S., Sun, P., Rohrbach, L. A., & Sussman, S. (2011). Decision-making style and gender moderation of the self-efficacy-condom use link among adolescents and young adults. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *165*, 320-325. doi:10.1001/archpediatrics.2011.17
- Botting, B., Rosato, M., & Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, *93*, 19-28. Retrieved from <http://goo.gl/uo60Si>

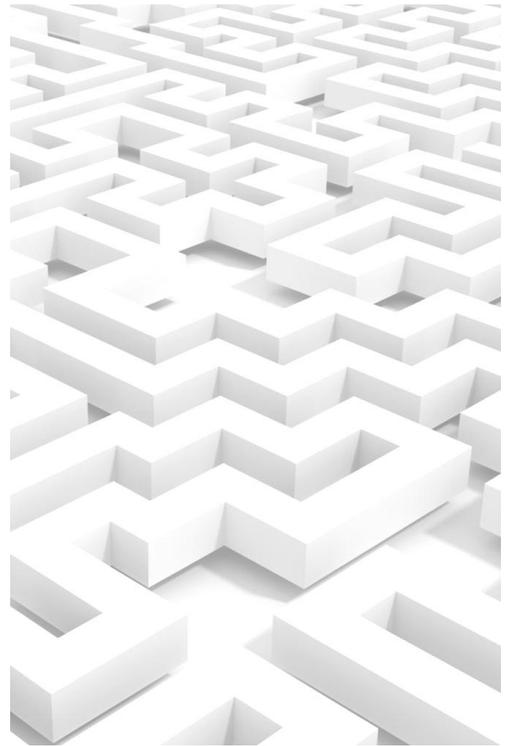
- Brauner-Otto, S. R., & Axinn, W. G. (2010). Parental family experiences, the timing of first sex, and contraception. *Social Science Research, 39*, 875-893. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.06.015
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Iguchi, M., Schootman, M., Cottler, L., ... Bierut, L. J. (2012). Associations between sexuality education in schools and adolescent birthrates: A state-level longitudinal model. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 166*, 134-140. doi:10.1001/archpediatrics.2011.657
- Catalozzi, M., Simon, P. J., Davidson, L. L., Breitbart, V., & Rickert, V. I. (2011). Understanding control in adolescent and young adult relationships. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 165*, 313-319. doi:10.1001/archpediatrics.2011.32
- Churchill, D., Allen, J., Pringle, M., Hippisley-Cox, J., Ebdon, D., Macpherson, M., & Bradley, S. (2000). Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: Case-control study. *British Medical Journal, 321*, 486-489. doi:10.1136/bmj.321.7259.486
- Clear, E. R., Williams, C. M., & Crosby, R. A. (2012). Female perceptions of male versus female intendedness at the time of teenage pregnancy. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 1862-1869. doi:10.1007/s10995-011-0934-2
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coker, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., McKeown, R. E., & Garrison, C. Z. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health, 64*, 372-377. doi:10.1111/j.1746-1561.1994.tb06208.x
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Commendador, K. A. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing, 36*(3), 147-156. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/726737>
- Committee on Adolescence. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics, 120*, 1135-1148. doi:10.1542/peds.2007-2535
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research, 24*, 29-39. doi:10.1093/swr/24.1.29

- Derme, M., Leoncini, E., Vetrano, G., Carlomagno, L., & Aleandri, V. (2013). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnant women: A retrospective study. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, *10*(4), 1-8. doi:10.2427/8641
- East, P. L., Reyes, B. T., & Horn, E. J. (2007). Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *39*, 108-115. doi:10.1363/3910807
- Ferri, C., Flach, P., & Hernández-Orallo, J. (2002). Learning decision trees using the area under the ROC curve. In C. Sammut, & A. Hoffmann (Eds.), *Proceedings of the 19th International Conference on Machine Learning* (pp. 139-146). Sydney: Morgan Kaufmann.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, *10*, 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
- Finer, L. B. (2010). Unintended pregnancy among U. S. adolescents: Accounting for sexual activity. *Journal of Adolescent Health*, *47*, 312-314. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.002
- French, R. S., & Cowan, F. M. (2009). Contraception for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, *23*, 233-247. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002
- Garrett, S. C., & Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and non-mothers: An interview study. *Adolescence*, *133*, 91-105.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Molina, R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas [Factors associated with maintained use of contraception among single nulliparous adolescents]. *Revista Médica de Chile*, *137*, 1187-1192. doi:10.4067/S0034-98872009000900007
- Hellerstedt, W. L., Smith, A. E., Shew, M. L., & Resnick, M. D. (2000). Perceived knowledge and training needs in adolescent pregnancy prevention. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *154*, 679-684. doi:10.1001/archpedi.154.7.679
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Tipologia de áreas urbanas* (TIPAU) [Urban area typology]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/mdsOJG>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Índice sintético de desenvolvimento regional: 2011* [Synthetic index of regional development: 2011]. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/QazWGX>
- Jamieson, L. K., & Wade, T. J. (2011). Early age of first sexual intercourse and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Sex Research*, *48*, 450-460. doi:10.1080/00224499.2010.509892
- Kashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: A register-based cohort study. *British Medical Journal of Pregnancy and Childbirth*, *10*, 36-44. doi:10.1186/1471-2393-10-36

- Lanzi, R. G., Ramey, S. L., & Bert, S. C. (2012). The Parenting Responsibility and Emotional Preparedness (PREP) screening tool: A 3-item screen that identifies teen mothers at high risk for nonoptimal parenting. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*, *166*, 749-755. doi:10.1001/archpediatrics.2012.143
- Lemon, S. C., Roy, J., Clark, M. A., Friedmann, P. D., & Rakowski, W. (2003). Classification and regression tree analysis in public health: Methodological review and comparison with logistic regression. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*, 172-181. doi:10.1207/S15324796ABM2603_02
- Lewis, R. J. (2000). *An introduction to classification and regression tree (CART) analysis*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Academic Emergency Medicine, San Francisco, CA. Retrieved from <http://goo.gl/D0p2jz>
- López-Vallverdú, J. A., Riño, D., & Bohada, J. A. (2012). Improving medical decision trees by combining relevant health-care criteria. *Expert Systems with Applications*, *39*, 11782-11791. doi:10.1016/i.eswa.2012.04.073
- McDaid, L. M., Sweeting, H., & Buston, K. (2010). Contraception among girls who have had more than one partner by age 16 years: Method use and pregnancy risk-taking behaviour. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *36*, 141-145. doi:10.1783/147118910791749506
- Miller, B. C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, *39*, 22-26. doi:10.1080/00224490209552115
- Miller, K. S., Clark, L. F., & Moore, J. S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives*, *29*, 212-214. doi:10.2307/2953397
- Ministry of Education: Bureau for European Affairs and International Relations. (1999). *The Portuguese education system: The system today and plans for the future*. Lisbon: Author. Retrieved from <http://goo.gl/a7caxQ>
- Moore, K. A., Miller, B. C., Gleib, D., & Morrison, D. R. (1995). *Adolescent sex, contraception, and childbearing: A review of recent research*. Washington, DC: Child Trends.
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth & Society*, *26*, 325-350. doi:10.1177/0044118X95026003003
- Palen, L.-A., Smith, E., Caldwell, L. L., Plisher, A. J., Wegner, L., & Vergani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health*, *42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo* [Categorical analysis, decision trees and content analysis]. Lisbon: Lidel.
- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff, Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *21*, 9-15. doi:10.1016/j.jpjag.2007.07.009

- Pires, R. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes* [Contribution for understanding the etiology and impact of adolescent pregnancy: The influence of sociodemographic and past and current relational variables in the socioemotional adjustment of a group of pregnant adolescents] (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, *18*, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? [Adolescent motherhood: Choice, acceptance or resignation?] *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 339-347. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/362/36227023011.pdf>
- Prati, R. C., Batista, G. E. A. P. A., & Monard, M. C. (2008). Curvas ROC para avaliação de classificadores [ROC curves for evaluating classifiers]. *IEEE Latin America Transactions*, *6*, 215-222. Retrieved from <http://goo.gl/9rdzfw>
- Rafaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, *39*, 1036-1046. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1036
- Rocca, C. H., Doherty, I., Padian, N. S., Hubbard, A. E., & Minnis, A. M. (2010). Pregnancy intentions and teenage pregnancy among Latinas: A mediation analysis. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *42*, 186-196. doi:10.1363/4218610
- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teen's contraceptive consistency. *Youth & Society*, *39*, 182-208. doi:10.1177/0044118X06296907
- Sales, J. M., Latham, T. P., DiClemente, R. J., & Rose, R. (2010). Differences between dual-method and non-dual-method protection use in a sample of young African American women residing in the Southeastern United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *164*, 1125-1131. doi:10.1001/archpediatrics.2010.230
- Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *16*(Sup. 1), S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690

- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies] (Unpublished doctoral dissertation). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Smith, D. M., & Elander, J. (2006). Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15-year-old girls. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 399-410. doi:10.1080/13548500500429353
- SPSS (2007). *SPSS Decision Trees 17.0*. Chicago: Author.
- United Nations Population Fund. (2013). *The state of world population 2013: Motherhood in childhood – Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: Author.
- Wang, R.-H., & Chiou, C.-J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behavior among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 40*, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- World Health Organization. (2004). *Contraception: Issues in adolescent health and development*. Geneva: Author. Retrieved from <http://goo.gl/R4nHVS>
- Zink, T. M., Shireman, T. I., Ho, M., & Buchanan, T. (2002). High-risk teen compliance with prescription contraception: An analysis of Ohio Medicaid claims. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 15*, 15-21. doi:10.1016/S1083-3188(01)00134-6



Estudo Empírico VI |

Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, DUARTE VILAR, LISA VICENTE,
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

No prelo

Análise Psicológica

Resumo

Foi nosso objetivo explorar o contributo simultâneo de fatores individuais, sociais e ambientais e das possíveis interações entre eles para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a interrupção da gravidez por opção da mulher, em Portugal. A amostra foi constituída por 276 adolescentes que engravidaram de forma não planeada e contactaram com os serviços de saúde dentro do prazo legal que lhes permitiria optar pela interrupção: 133 adolescentes que prosseguiram a gravidez e 143 que a interromperam. Os dados foram recolhidos entre 2008 e 2013 em 53 serviços de saúde de todas as regiões. Não ter ponderado as duas alternativas possíveis (prosseguimento/interrupção), pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico e com história de maternidade adolescente, ter abandonado a escola e residir em áreas com maior densidade populacional e onde a população feminina é menos escolarizada foram fatores explicativos do prosseguimento da gravidez. A menor idade da adolescente associou-se com o prosseguimento apenas quando não foram ponderadas ambas as alternativas. O efeito da religiosidade local variou de acordo com o envolvimento religioso da adolescente. Estes resultados têm importantes implicações para a prática clínica e investigação na área da decisão reprodutiva na adolescência.

Palavras-chave: decisão reprodutiva, gravidez na adolescência, interrupção voluntária da gravidez, maternidade.

Abstract

The aim of the current study was to explore the simultaneous contribution of individual, social, and environmental factors, as well as the possible interactions between them to the decision to continue an adolescent pregnancy after the abortion on women's demand has been legalized in Portugal. The sample consisted of 276 adolescents who became unintentionally pregnant and contacted with healthcare services within the legal period for induced abortion: 133 adolescents who chose to continue the pregnancy and 143 who chose to terminate the pregnancy. Data were collected between 2008 and 2013, in 53 healthcare centers of all country areas. Not having thought about both available options (i.e., continuing vs. terminating the pregnancy), belonging to families of low socioeconomic status and with adolescent pregnancy history, having dropped out of school and having lived in areas with higher population density and less educated females predicted the decision to continue the pregnancy. The lower the adolescents' age, the more frequent was the decision to continue the pregnancy, but only when adolescents' had not thought about both options. The effect of local religiosity differed according to the adolescents' religious involvement. These findings have important implications for clinical practice and research on adolescents' reproductive decisions.

Keywords: abortion on women's demand, adolescent pregnancy, motherhood, reproductive decision.

Introdução

Cerca de 4% dos nascimentos portugueses ocorrem em mulheres com menos de 20 anos (PORDATA, 2013b). Este fenómeno é mais frequente em Portugal do que na maioria dos países da União Europeia (United Nations Population Found [UNPF], 2013), o que constitui uma preocupação premente à luz das mudanças sociais que marcaram as últimas décadas. Espera-se atualmente que o papel da mulher na sociedade vá além das tradicionais funções de esposa e de mãe e, como tal, que as jovens concluam os seus estudos e ingressem no mercado de trabalho antes da transição para a maternidade (Canavarro & Pereira, 2001; UNPF, 2013). A par destas expectativas, a recente despenalização da interrupção voluntária da gravidez quando realizada, por opção da mulher, nas 10 primeiras semanas de gravidez (IVG, Lei n.º 16/2007; Assembleia da República [AR], 2007a) e a sua crescente disponibilização em serviços de saúde públicos de todo o país (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2009, 2013) têm contribuído para que o processo de tomada de decisão entre o prosseguimento e a interrupção da gravidez se coloque cada vez em caso de gravidez adolescente. No entanto, 64% das adolescentes que engravidam tornam-se mães (DGS, 2013; PORDATA, 2013b); entre aquelas que não planearam a gravidez, estima-se que 46% a tenham prosseguido por opção, dado que tinham enquadramento legal para a IVG (Pires, Pereira, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2013). Uma vez que esta decisão poder ter implicações imediatas e duradouras para o desenvolvimento e saúde das jovens (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004; Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro 2014) e dos seus filhos (Black et al., 2002; Kashan, Baker, & Kenny, 2010), e dado que não são do nosso conhecimento estudos nacionais sobre o tema, torna-se necessário explorar os fatores que contribuem para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo português. Tal conhecimento poderá contribuir para uma atuação mais informada e ajustada às características e aos contextos de vida destas jovens por parte dos profissionais de saúde envolvidos no apoio ao processo de tomada de decisão e à posterior adaptação da jovem à sua decisão reprodutiva.

Compreensão da decisão reprodutiva na adolescência

Até à data da despenalização da IVG verificaram-se dificuldades incontornáveis ao nível da investigação sobre a decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento ou à interrupção de uma gravidez não planeada na realidade sociocultural portuguesa. No caso da população adolescente, conhecemos apenas um estudo que se debruçou sobre a questão (Ourô & Leal, 1998). Após a despenalização, alguns trabalhos proporcionaram contributos importantes para a compreensão do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que optam pela IVG (Canário, 2009; Guedes, 2008; Pereira, Pires, & Canavarro, 2013; Pimenta, 2010; Santos, 2010). No entanto, estes estudos são no

geral unicêntricos e descritivos, não tendo como objetivo a análise dos fatores que influenciam a decisão reprodutiva, nem das especificidades da mesma entre adolescentes.

Internacionalmente, o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) tem vindo a ser considerado uma grelha adequada para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. De acordo com este modelo, os estudos têm salientado o contributo de fatores de diferentes níveis de influência e das suas interações recíprocas para a determinação desta decisão. Os fatores mais mencionados dizem respeito a características individuais (e.g., desenvolvimentais e comportamentais), às características dos principais sistemas sociais em que o desenvolvimento ocorre (e.g., família, escola e religião) e à interação que o indivíduo mantém com os mesmos. Também as características ambientais (i.e., condições culturais e económicas dos locais de residência) têm sido referidas (Evans, 2001; Lee, Clements, Ingham, & Stone, 2004; Murry, 1995).

No entanto, os estudos que abordam o efeito de fatores de diferentes níveis de influência, propondo-se a testar as possíveis interações entre eles, são escassos (Evans, 2001; Murry, 1995). Verifica-se ainda que nestes e em vários outros estudos (e.g., Coleman, 2006; Lee et al., 2004; Madkour, Xie, & Harville, 2013) a análise dos fatores de influência é feita com base no resultado reprodutivo (i.e., gravidez levada a termo vs. gravidez interrompida). Por si só, este resultado não reflete todas as questões essenciais à compreensão da decisão reprodutiva. A limitação mais relevante parece-nos ser a de que este resultado não incorpora a existência ou não de oportunidade legal para a interrupção. Acresce que as restrições legais e condições de realização da interrupção (e.g., prazos legais e acessibilidade aos serviços) variam de acordo com o país em causa. Todas estas variáveis podem comportar diferenças assinaláveis ao nível dos fatores explicativos da decisão reprodutiva (Adamczyk, 2008; Murry, 1995; Peres & Heilborn, 2006; Stotland, 1996).

Por estas razões, e com vista a uma maior compreensão da decisão reprodutiva na adolescência em Portugal, reveste-se de particular importância explorar simultaneamente o contributo dos fatores individuais, sociais e ambientais apontados na literatura, tendo em conta as possíveis interações entre eles e as especificidades nacionais ao nível da despenalização da IVG.

Fatores explicativos a decisão reprodutiva na adolescência

Individuais

A idade, as competências cognitivas, a autonomia da jovem no processo de decisão e o padrão contraceptivo prévio têm sido as variáveis individuais mais apontadas como suscetíveis de influenciar a decisão reprodutiva.

Relativamente à idade, os resultados têm sido inconsistentes. Enquanto alguns autores concluem que as adolescentes mais novas optam mais frequentemente pelo prosseguimento da

gravidez (Murry, 1995; Ourô & Leal, 1998), outros reportam resultados inversos (Miller & Moore, 1990; Zabin & Hayward, 1993) ou a inexistência de diferenças ao nível da idade entre as jovens que prosseguem a gravidez e aquelas que a interrompem (Evans, 2001; Madkour et al., 2013). Por um lado, esta incongruência poderá dever-se a variações metodológicas entre os estudos (e.g., resultados avaliados, controlo do planeamento da gravidez, amostras referentes a populações específicas) e a diferenças legais/socioculturais relativas à interrupção (e.g., restrições legais, envolvimento/consentimento parental, acessibilidade prática ao procedimento). Por outro lado, consideramos que as discrepâncias poderão igualmente dever-se à não consideração das possíveis interações entre a idade e duas características do desenvolvimento adolescente que têm sido apontadas como influentes nos seus processos de tomada de decisão em contexto reprodutivo: a capacidade cognitiva para ponderar as alternativas possíveis e a autonomia no processo de decisão.

A incapacidade de abstração para, de forma espontânea, ponderar as alternativas possíveis tem sido apontada como uma das principais vulnerabilidades cognitivas da população adolescente face a tomadas de decisão complexas (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001; Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001). Segundo Murry (1995), quanto mais nova é a adolescente, menores são as suas capacidades para ponderar as alternativas possíveis e, portanto, menor a probabilidade de identificar os maiores custos que a maternidade poderá trazer à sua vida, por comparação com os custos de uma interrupção. Consequentemente, maior será a sua predisposição para prosseguir a gravidez. De forma congruente com esta perspetiva, os resultados de Pires et al. (2013) revelam que 85% das adolescentes que prosseguem uma gravidez não planeada com enquadramento para a IVG não ponderaram a possibilidade de interromper a gravidez. No entanto, alguns autores chamam a atenção para a inexistência de uma relação inequívoca entre a idade da adolescente e as suas competências para o processo de tomada de decisão (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001; Klaczynski et al., 2001). Em função destas evidências, parece-nos possível hipotetizar que os resultados inconsistentes relativamente ao efeito da idade na decisão reprodutiva possam dever-se às diferentes oportunidades que as jovens da mesma idade podem ter para ponderar as alternativas possíveis e, assim, identificar as respetivas consequências. Neste sentido, é de esperar que as jovens mais novas decidam prosseguir a gravidez apenas quando a ponderação das duas alternativas possíveis não se verificar.

Outra característica inerente ao desenvolvimento adolescente que poderá influenciar processos de tomada de decisão complexos é a autonomia no processo de decisão (Klaczynski et al., 2001). Os resultados de alguns estudos sugerem que as adolescentes mais novas poderão interromper mais frequentemente a gravidez por estarem mais sujeitas à interferência de adultos significativos na sua decisão (Coleman, 2006; Henshaw & Kost, 1992; Lee et al., 2004). De acordo com esta perspetiva, os resultados de Evans (2001) revelam que as adolescentes que prosseguem a gravidez sofrem menores níveis de interferência de outros na sua decisão do que os seus pares que interrompem a gravidez. Relativamente ao contexto português, apesar da inexistência de dados

sobre a interferência de outros na decisão de interromper a gravidez, os resultados de Pires et al. (2013) indicam que apenas cerca de 5% das adolescentes que prosseguem uma gravidez não planeada com enquadramento para a IVG foram influenciadas por outros na sua decisão. No entanto, alguns estudos internacionais chamam a atenção para a possível inexistência de uma relação linear entre a idade e a autonomia da jovem na decisão reprodutiva (Klaczynski et al., 2001; Lee et al., 2004). Acresce que a realização de uma IVG por menores de 16 anos em Portugal exige o consentimento do representante legal da adolescente (AR, 2007a), mas, à semelhança dos demais países (Stotland, 1996), a opção pelo prosseguimento da gravidez pode ser feita de forma autónoma, independentemente da idade da jovem. Como tal, parece-nos possível hipotetizar que os resultados inconsistentes relativamente ao efeito da idade na decisão reprodutiva possam igualmente dever-se a diferentes níveis de envolvimento de adultos significativos na decisão de jovens da mesma idade. É de esperar que as adolescentes mais novas optem pela interrupção de forma mais frequente quando não são o principal agente da decisão, mas que possam optar de forma mais frequente pelo prosseguimento quando são os principais agentes da decisão.

Relativamente ao padrão contraceutivo prévio, os estudos são consensuais, sendo possível concluir que a utilização de contraceção à data da concepção é mais frequente entre as jovens que prosseguem a gravidez do que entre as que a interrompem (Murry, 1995). Estes efeitos têm sido explicados à luz da maior predisposição das jovens que não utilizam contraceção para comportamentos de risco no geral e no contexto reprodutivo, em particular, nos quais os autores incluem a interrupção de gravidez (Coleman, 2006).

Sociais

No que diz respeito aos principais sistemas sociais em que o desenvolvimento ocorre, bem como às interações que a adolescente estabelece com os mesmos, as características familiares e o envolvimento escolar e religioso são as variáveis que, de forma mais consensual, têm sido referidas como explicativas da decisão reprodutiva. Pertencer a famílias não intactas (i.e., monoparentais, reconstituídas ou que não incluam nenhum dos pais biológicos; Evans, 2001; Murry, 1995), com história materna de gravidez adolescente (Evans, 2001) e de nível socioeconómico baixo (Eisen, Zellman, Leibowitz, Chow, & Evans, 1983; Murry, 1995) parece influenciar a decisão no sentido do prosseguimento. Este efeito pode dever-se às reduzidas expectativas de vida das adolescentes pertencentes a famílias mais pobres e à exposição a maiores níveis de aceitabilidade da gravidez e da parentalidade fora do contexto da conjugalidade e/ou em idades precoces vivenciada pelas adolescentes com famílias não intactas e/ou com história materna de gravidez adolescente (Coleman, 2006; Evans, 2001; Murry, 1995).

No que se refere ao envolvimento escolar, espera-se que as jovens que já abandonaram o sistema de ensino apresentem valores menos normativos acerca do desenvolvimento adolescente e menores expectativas em termos de escolaridade e carreira do que os seus pares que

permanecem envolvidas com o sistema escolar. Como tal, é de esperar que as primeiras se encontrem mais predispostas ao prosseguimento de uma gravidez precoce (Adamczyk, 2008; Evans, 2001; Murry, 1995; Ourô & Leal, 1998).

Relativamente ao envolvimento religioso, os estudos têm revelado que as adolescentes com afiliação religiosa optam mais frequentemente pelo prosseguimento da gravidez, quando comparadas com as adolescentes sem afiliação religiosa. Este efeito parece dever-se às atitudes negativas relativamente à interrupção que podem decorrer desse envolvimento religioso (Adamczyk, 2008; Evans, 2001).

Ambientais

Alguns estudos têm chamado a atenção para a relevância de integrar as características ambientais – culturais e económicas – dos locais de residência na compreensão dos processos de tomada de decisão subjacentes aos comportamentos sexuais e reprodutivos na adolescência (Bradshaw, Finch, & Miles, 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004) e/ou pré-conjugais (Adamczyk, 2008). De acordo com esses estudos, tais características podem constituir uma importante operacionalização dos valores e condições de vida globais a que as adolescentes se encontram expostas durante o seu desenvolvimento. Essa exposição poderá influenciar as atitudes da adolescente em relação à maternidade e à interrupção, bem como as suas expectativas de vida em termos de educação e carreira, influenciando, assim, a sua decisão reprodutiva.

Alguns estudos têm concluído, por exemplo, que as adolescentes expostas a ambientes rurais, mais empobrecidos e onde a valorização da escolarização feminina é menor apresentam menores expectativas em termos de educação e carreira. Espera-se, igualmente, que as adolescentes expostas a ambientes onde a parentalidade fora do casamento é mais frequente apresentem uma maior aceitabilidade da maternidade na adolescência. Em ambos os casos, as adolescentes poderão estar mais predispostas ao prosseguimento da gravidez (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al. 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004).

Adamczyk (2008) sugere ainda que prosseguir uma gravidez pré-conjugal em ambientes caracterizados por valores religiosos conservadores quanto à sexualidade fora do contexto do matrimónio significa assumir publicamente o incumprimento das normas dominantes. Tal facto pode levar as jovens a optar menos frequentemente pelo prosseguimento da gravidez, por medo das reações negativas da comunidade; a IVG, pelo seu carácter mais privado, poderá ser vista pelas jovens como uma forma de ocultar esse incumprimento. Apesar de neste estudo não se ter verificado um efeito significativo da religiosidade local na decisão reprodutiva após o controlo da afiliação religiosa da jovem, consideramos que tal pode ter ocorrido pela ausência de consideração da interação entre essas duas variáveis. Sendo contrários os efeitos esperados da religiosidade local e da afiliação religiosa da jovem na decisão reprodutiva – uma vez que se espera que, quanto maior a religiosidade local, menos frequente seja a opção pelo prosseguimento, mas também se

espera que as jovens com afiliação religiosa optem mais frequentemente pelo prosseguimento –, parece-nos possível hipotetizar que o efeito inibidor do prosseguimento da gravidez por parte da maior religiosidade da área de residência possa apenas verificar-se quando as jovens não possuam afiliação religiosa.

Objetivos e hipóteses

Com vista a ultrapassar algumas das limitações descritas e tendo por base uma perspetiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), o objetivo geral do presente estudo consistiu em explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais, sociais e ambientais, bem como das possíveis interações entre eles, para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente não planeada à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. De forma específica, hipotetizamos que (cf. Figura 1):

- 1) não ponderar as duas alternativas possíveis (i.e., o prosseguimento da gravidez e a IVG), ser o principal agente da decisão e utilizar contraceção à data da conceção influenciará a decisão no sentido do prosseguimento (efeitos principais: fatores individuais).
- 2) pertencer a famílias não intactas, de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, ter abandonado a escola antes da conceção e possuir afiliação religiosa conduzirá as jovens de forma mais frequente ao prosseguimento da gravidez (efeitos principais: fatores sociais).
- 3) residir em áreas rurais, mais empobrecidas, com menores níveis de escolaridade da população feminina e onde a parentalidade fora do casamento é mais frequente influenciará a decisão reprodutiva no sentido do prosseguimento (efeitos principais: fatores ambientais).
- 4) ser mais nova influenciará a decisão no sentido do prosseguimento, mas apenas quando não forem ponderadas ambas as alternativas possíveis e/ou de forma mais frequente quando a adolescente for o principal agente da decisão (efeitos moderados: interação entre fatores individuais; moderadores: ponderação das alternativas e autonomia na decisão).
- 5) residir em locais com maior religiosidade influenciará a decisão no sentido da interrupção, mas apenas quando a jovem não possuir afiliação religiosa (efeito moderado: interação entre fatores ambientais e sociais; moderador: afiliação religiosa).

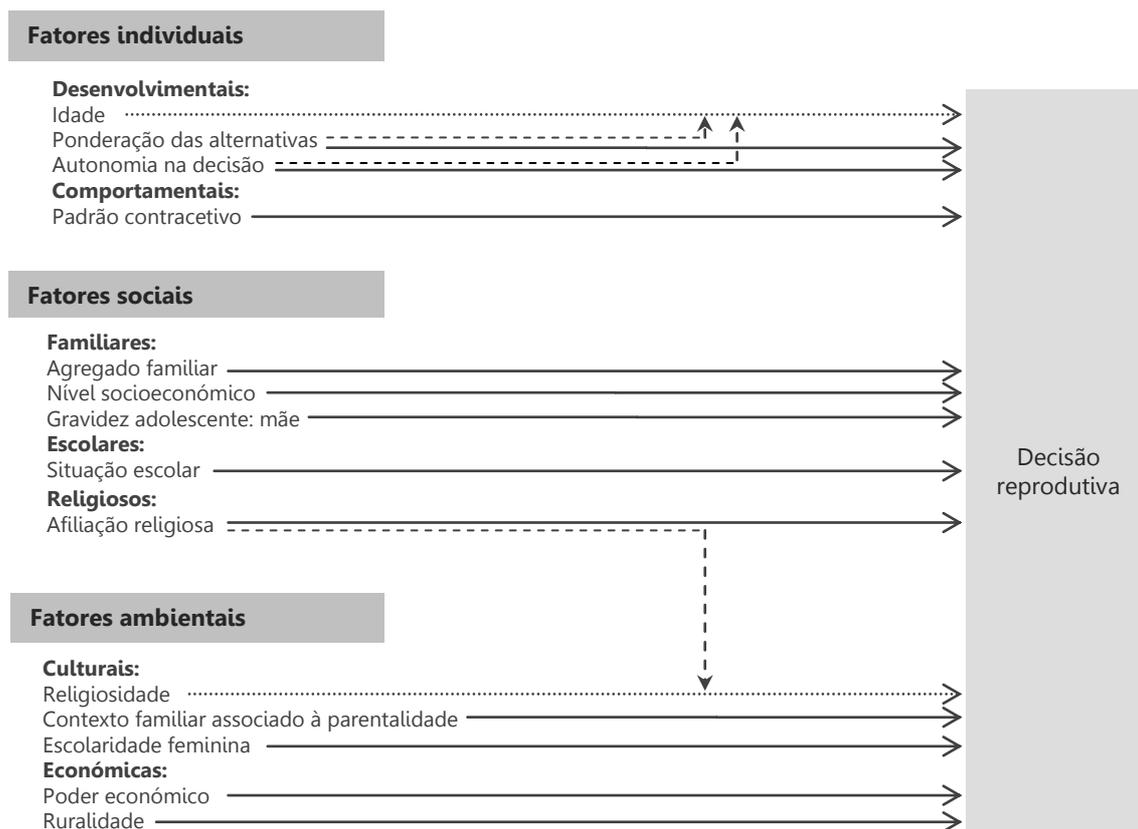


Figura 1 | Modelo ecológico proposto para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. As setas a cheio representam as hipóteses relativas aos efeitos principais dos fatores individuais, sociais e ambientais. As setas a pontilhado representam as hipóteses relativas aos efeitos moderados, resultantes da interação entre fatores individuais e entre fatores sociais e ambientais; as setas a tracejado representam os respetivos papéis moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão sobre o efeito da idade e o papel moderador da afiliação religiosa sobre o efeito da religiosidade do local de residência.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 276 adolescentes que engravidaram de forma não planeada e contactaram presencialmente com os serviços de saúde dentro do prazo legal que lhes permitiria optar pela IVG (i.e., “nas primeiras 10 semanas de gravidez”; AR, 2007a, p. 2417). As participantes, com idades entre os 12 e os 19 anos, encontravam-se distribuídas por dois grupos distintos: 1) adolescentes que decidiram prosseguir a gravidez (AG, $n = 133$) e 2) adolescentes que decidiram interromper a gravidez (AIVG, $n = 143$).

Relativamente às principais características sociodemográficas, os grupos revelaram-se equivalentes ao nível da etnia, sendo as jovens maioritariamente Caucasianas (AG: $n = 121$, 91,0%; AIVG: $n = 125$, 87,4%). No entanto, comparadas com as AIVG, as AG eram mais novas ($M = 16,29$,

$DP = 1,27$; amplitude: 12-19 vs. AIVG: $M = 17,05$, $DP = 1,56$, amplitude: 13-19; $t(269,36) = 5,73$, $p < 0,001$, $d = 0,53$) e encontravam-se mais frequentemente casadas/unidas de facto ($n = 38$, 28,6% vs. AIVG: $n = 7$, 4,9%; $\chi^2(1) = 28,31$, $p < 0,001$, $V = 0,32$) e fora do sistema de ensino à data da avaliação ($n = 73$, 54,9% vs. AIVG: $n = 22$, 15,4%, $\chi^2(1) = 47,64$, $p < 0,001$, $V = 0,42$). Relativamente às características obstétricas, não se verificaram diferenças entre os grupos na história prévia de gravidez ou interrupção. Para a maioria das adolescentes tratou-se da primeira gravidez (AG: $n = 119$, 89,5%; AIVG: $n = 131$, 92,3%) e apenas uma minoria apresentava história prévia de interrupção (AG: $n = 7$, 5,3%; AIVG: $n = 8$, 5,6%). As AG apresentavam uma idade gestacional média de 20 semanas à data da avaliação ($M = 19,96$, $DP = 9,96$, amplitude: 5-40). As AIVG reportaram uma idade gestacional média de 7 semanas à data da IVG ($M = 6,96$, $DP = 1,61$, amplitude: 4-10).

Procedimentos

Os dados foram recolhidos entre maio de 2008 e novembro de 2013 em 52 serviços de saúde públicos e um serviço de saúde privado, mediante a aprovação das respetivas Comissões de Ética. Estas instituições foram selecionadas de forma a garantir a recolha de dados de um grupo nacionalmente representativo de adolescentes grávidas e de um grupo de comparação de adolescentes que interromperam uma gravidez ao abrigo da Lei n.º 16/2007 (AR, 2007a). Para tal, foram selecionados hospitais, maternidades e unidades locais de saúde com valência de obstetrícia de acordo com a sua localização geográfica por NUTS II (AR, 2002). Foram igualmente selecionados hospitais e maternidades públicos e uma clínica privada com valência de aconselhamento reprodutivo, de acordo com o critério geográfico e ainda tendo por base a casuística anual de IVG (DGS, 2009, 2011).

As AG foram convidadas a participar durante o seu seguimento obstétrico, em qualquer momento da gravidez. Aquelas que acederam a colaborar assinaram um formulário de consentimento informado para a participação no estudo, no qual eram explicados os objetivos da investigação, salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das respostas e o carácter voluntário da participação e explicados os papéis dos investigadores. Quando as participantes tinham menos de 18 anos, os seus representantes legais assinaram também o formulário de consentimento. A recolha de dados ocorreu através do preenchimento de uma ficha de caracterização construída para o efeito, sob a supervisão de um assistente de investigação.

No caso das AIVG, o contacto foi realizado durante o seu processo de aconselhamento reprodutivo, no final da segunda consulta protocolada ao abrigo da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de junho (i.e., a consulta destinada ao procedimento médico de IVG; AR, 2007b). Todas as adolescentes tinham já tomado a sua decisão, assinado o consentimento livre e esclarecido para a IVG e realizado o respetivo procedimento médico. Aquelas que acederam a colaborar assinaram o formulário de consentimento informado para a participação no estudo. Quando as participantes

tinham menos de 16 anos – idade até à qual as jovens necessitam do consentimento dos seus representantes legais para a realização da IVG –, os seus representantes legais assinaram igualmente o formulário de consentimento para participação no estudo. As participantes foram instruídas a preencher uma versão adaptada da ficha de caracterização no decorrer da semana para a qual ficasse marcada a consulta seguinte (i.e., terceira consulta protocolada ao abrigo da mesma Portaria; AR, 2007b). Nessa consulta, deveriam devolver a ficha preenchida, em envelope fechado e sem qualquer identificação. Sempre que esta devolução não ocorreu ou que a adolescente revelou relutância no preenchimento da ficha fora da instituição, apesar de aceitar colaborar no estudo, foi-lhe dada a possibilidade de preencher a ficha na instituição, à data da terceira consulta.

No total, foram recolhidos dados de 660 adolescentes: 483 em seguimento obstétrico e 177 em processo de aconselhamento reprodutivo. Cumpriam critérios de inclusão jovens grávidas ou que interromperam uma gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007 (AR, 2007a), com idade inferior a 20 anos (Organização Mundial de Saúde, 1975) e com um nível de compreensão da língua portuguesa adequado ao preenchimento do protocolo de avaliação. Foram critérios de exclusão ter engravidado de forma planeada, não ter enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto presencial com os serviços de saúde e não disponibilizar informação sobre todas as variáveis em estudo. A seleção das participantes encontra-se descrita na Figura 2.

Instrumentos

A recolha de informação foi feita através de uma ficha de caracterização, com perguntas de resposta aberta e fechada, construída a partir da entrevista semiestruturada utilizada na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE) para triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

As variáveis usadas para selecionar a amostra do presente estudo a partir do total de participantes foram avaliadas através das perguntas “A gravidez foi planeada para o momento atual?” e “Com quantas semanas de gravidez iniciou as consultas?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = não planeada vs. 1 = planeada e 0 = fora do prazo legal para a IVG, i.e., após as 10 primeiras semanas de gravidez vs. 1 = dentro do prazo legal para a IVG, i.e., nas 10 primeiras semanas de gravidez.

Quanto às variáveis individuais propostas como explicativas da decisão reprodutiva, a ponderação das alternativas possíveis foi avaliada através da pergunta “Ponderou interromper a gravidez (AG)/prosseguir a gravidez (AIVG)?” (0 = não, i.e., a adolescente não ponderou as duas alternativas vs. 1 = sim, i.e., a adolescente ponderou as duas alternativas). A autonomia da decisão foi avaliada através da pergunta “[Se ponderou], porque não o fez?”. Quando a jovem apontou

razões pessoais (e.g., AG: ser contra o aborto, querer ter um filho, não ter coragem; AIVG: ainda se encontrar a estudar, ser demasiado nova para ser mãe, considerar que um filho deve ser desejado e este não o seria), considerámos que ela fora o principal agente da decisão. Quando a jovem apontou a interferência de outros (e.g., a família/o companheiro não permitiu/permitiram) considerámos que a adolescente não fora o principal agente da decisão. A variável autonomia na decisão foi codificada como 0 = não, i.e., a adolescente não foi o principal agente da decisão vs. 1 = sim, i.e., a adolescente foi o principal agente da decisão. O comportamento contraceptivo prévio foi avaliado através da pergunta “Utilizava algum método contraceptivo?” (0 = não vs. 1 = sim).

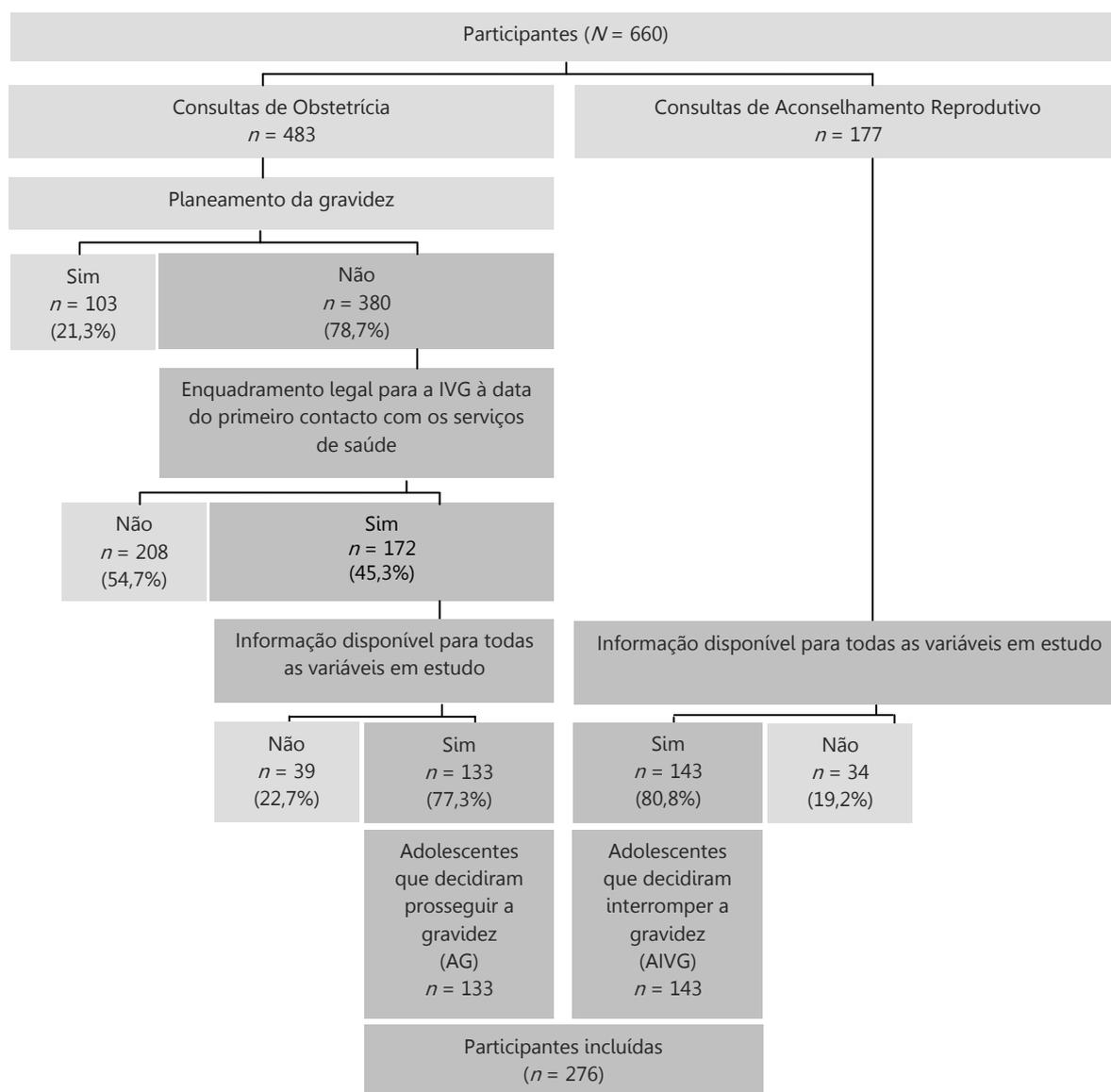


Figura 2 | Processo de seleção das participantes. Os dados recolhidos em consultas de obstetrícia disseram respeito a adolescentes grávidas. Os dados recolhidos em consultas de aconselhamento reprodutivo disseram respeito a adolescentes que interromperam a gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

Relativamente às variáveis sociais, a estrutura do agregado familiar e a história materna de gravidez adolescente foram avaliadas através das perguntas “Com quem viveu na infância?” e “Tem conhecimento de alguém da sua família que tenha tido um bebé antes dos 20 anos? Quem?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = família intacta, i.e., ambos os pais biológicos vs. 1 = família não intacta, i.e., todas as outras estruturas (e.g., apenas a mãe, apenas o pai, apenas familiares ou outros adultos que não os pais biológicos) e 0 = não, i.e., sem história materna de gravidez adolescente vs. 1 = sim, i.e., com história materna de gravidez adolescente. O nível socioeconómico foi avaliado de acordo com os critérios de Simões (1994) para a população portuguesa e codificado como 0 = baixo vs. 1 = médio/alto. A situação escolar à data da conceção e a afiliação religiosa da jovem foram avaliadas através das perguntas “Abandonou a escola? Antes ou depois da gravidez?” e “Religião. Qual?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = não, i.e., não abandonou a escola antes de engravidar vs. 1 = sim, i.e., abandonou a escola antes de engravidar e 0 = não, i.e., sem afiliação religiosa, 1 = sim, i.e., com afiliação religiosa.

Por fim, o local de residência da jovem foi avaliado através da pergunta “[Qual a] freguesia onde mora?”, tendo sido considerado o município correspondente, de acordo com a Carta Administrativa Oficial de Portugal utilizada na cartografia de suporte à operação Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). À semelhança dos estudos internacionais que abordam a influência das características ambientais dos locais de residência das jovens nos seus comportamentos sexuais e reprodutivos, considerámos um conjunto de indicadores económicos e culturais representativos da ruralidade (i.e., densidade populacional), da capacidade económica (i.e., proporção de poder de compra, por total do país: 0-100), da escolaridade da população feminina (i.e., proporção de mulheres que completaram o ensino secundário, por total de mulheres: 0-100), dos contextos familiares de ocorrência da maternidade (i.e., proporção de nados-vivos fora do casamento, por total de nados vivos: 0-100) e da religiosidade (i.e., proporção de casamentos católicos, por total de casamentos entre pessoas de sexos diferentes: 0-100). A densidade populacional foi avaliada de acordo com os critérios estabelecidos pelo INE (2012) e codificada como 0 = baixa (nível 3) vs. 1 = alta/média (níveis 1 e 2). A fonte dos restantes indicadores foi a PORDATA (2013a, 2013c, 2013d, 2013e). A escolha do ensino secundário como referencial para a escolaridade feminina foi feita de acordo com a sugestão de Evans (2001). O ano de referência para todos os indicadores foi o de 2011.

Análises estatísticas

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS, v. 17. Para a caracterização da amostra, calculámos estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). Para averiguar a existência de diferenças entre os grupos ao nível das características sociodemográficas e clínicas, bem como das variáveis propostas como explicativas da decisão

reprodutiva, recorreremos a testes de qui-quadrado e a testes t de Student. A significância destas e de todas as análises subsequentes foi definida como $p < 0,05$. Estimámos ainda a magnitude dos resultados encontrados, através do cálculo das estatísticas V de Cramer e d de Cohen (efeitos pequenos: $d \geq 0,20$, $V \geq 0,10$; efeitos médios: $d \geq 0,50$, $V \geq 0,30$; efeitos grandes: $d \geq 0,80$, $V \geq 0,50$; Cohen, 1992; Field, 2009). As variáveis nas quais os grupos não revelaram diferenças e cuja participação em efeitos de interação não foi hipotetizada não foram incluídas nas análises posteriores.

Com o objetivo de explorar o contributo das variáveis individuais, sociais e ambientais em estudo para a decisão reprodutiva, foram efetuadas análises de regressão logística binária (método *Enter*). As variáveis foram introduzidas na análise de regressão em três blocos, de acordo com a sua natureza individual (bloco 1), social (bloco 2) ou ambiental (bloco 3, *modelo final: efeitos principais*). De forma a averiguar os efeitos moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão no efeito que a idade da jovem apresentava na decisão reprodutiva, e o efeito moderador da afiliação religiosa da jovem no efeito que a religiosidade da sua área de residência apresentava na decisão reprodutiva, foram introduzidos os respetivos termos de interação (i.e., Idade x Ponderação alternativas, Idade x Autonomia e Casamentos católicos x Afiliação religiosa da jovem) num bloco adicional (bloco 4, *modelo final: efeitos principais e de interação*). Estes procedimentos seguiram as diretrizes de Aiken e West (1991), uma vez que as variáveis contínuas foram centradas de forma a reduzir a multicolinearidade entre a variável explicativa e o termo de interação e que as variáveis explicativas e moderadoras foram introduzidas na análise de regressão antes dos respetivos termos de interação. Os procedimentos estatísticos seguiram igualmente as instruções de Frazier, Tix e Barron (2004) para a análise de múltiplos efeitos de interação através de análises de regressão, uma vez que os termos de interação foram introduzidos juntos, no mesmo bloco. De acordo com o recomendado por Pestana e Gageiro (2009), a significância dos efeitos testados foi avaliada recorrendo à estatística Wald. O tamanho dos efeitos significativos foi avaliado recorrendo aos respetivos *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança (IC). A adequação dos modelos finais foi avaliada através da significância do modelo dada pelo teste do qui-quadrado, da bondade do ajustamento dada pelo teste de Hosmer e Lemeshow (se $p > 0,05$ confirmou-se a bondade do ajustamento), da força da associação dada por R^2 de Negelkerke e da percentagem de acertos (i.e., percentagem de casos corretamente classificados).

Resultados

Comparação entre grupos

Como se pode observar no Quadro 1, verificámos que, comparadas com as AIVG, as AG eram mais novas, tinham com menos frequência ponderado as duas alternativas, sendo que mais frequentemente pertenciam a agregados de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, tinham abandonado a escola antes da conceção e viviam em municípios com uma densidade populacional média/alta e com menor proporção de mulheres que completaram o ensino secundário. Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente às restantes variáveis.

Análise dos efeitos principais

Quando analisados os efeitos principais das variáveis em estudo na decisão reprodutiva (Quadro 2, modelo final: efeitos principais), observou-se que foi explicativo da decisão de prosseguir a gravidez ser mais nova ($p < 0,001$), não ter ponderado as duas alternativas ($p < 0,001$), pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico ($p = 0,010$) e com história materna de gravidez adolescente ($p = 0,002$), ter abandonado a escola antes da conceção ($p < 0,001$) e residir em municípios com maior densidade populacional ($p = 0,001$) e menor proporção de mulheres que concluíram o ensino secundário ($p = 0,024$). A probabilidade da adolescente prosseguir a gravidez, em função de cada uma destas características, encontram-se descritas no Quadro 2 (OR). A autonomia no processo de decisão, a afiliação religiosa e a proporção de casamentos católicos não foram explicativas da decisão reprodutiva.

Quando o modelo incluiu apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assumiu o valor de 382,26; este diminuiu para 280,64 no bloco 3 do modelo, indicando que o valor explicativo do modelo aumentou com a consideração dos efeitos principais das variáveis mencionadas. O modelo final foi significativo ($\chi^2_{(10)} = 101,61$, $p < 0,001$), classificando corretamente 75,4% dos casos e explicando 41,0% da variância da decisão reprodutiva. O teste de Hosmer e Lemeshow não foi significativo ($\chi^2_{(8)}$ (Hosmer & Lemeshow) = 7,35, $p = 0,499$), revelando um adequado ajustamento entre os resultados observados e esperados.

Quadro 1 | Estatísticas descritivas e comparação entre grupos

Variáveis	AVG	AG	$t (d^{\text{p}}) / \chi^2 (V)$	p
	($n = 143$)	($n = 133$)		
	$n (%)$	$n (%)$		
Idade: Média (DP ; amplitude)	17.05 (1.56; 13-19)	16.29 (1.27; 12-19)	5.73 (.53)	<0,001
Ponderação das duas alternativas				
Não	85 (59.4)	118 (88.7)	30.37 (.33)	<0,001
Sim	58 (40.6)	15 (11.3)		
Autonomia na decisão				
Não	12 (8.4)	5 (3.8)	-2.56 (-.10)	0,110
Sim	131 (91.6)	128 (96.2)		
Utilização de contraceção (conceção)				
Não	30 (21.0)	40 (30.1)	3.01 (.10)	0,083
Sim	113 (79.0)	93 (69.9)		
Agregado familiar (infância)				
Intacto	100 (69.9)	95 (71.4)	0.08 (.02)	0,793
Não intacto	43 (30.1)	38 (28.6)		
Nível socioeconómico				
Baixo	104 (72.7)	122 (91.7)	16.77 (.25)	<0,001
Medio/Alto	39 (27.3)	11 (8.3)		
Gravidez adolescente: mãe				
Não	124 (86.7)	95 (71.4)	9.84 (.19)	0,002
Sim	19 (13.3)	38 (28.6)		
Abandono escolar (conceção)				
Não	121 (84.6)	81 (60.9)	19.75 (.27)	<0,001
Sim	22 (15.4)	52 (39.1)		
Afiliação religiosa				
Não	50 (35.0)	44 (33.1)	0.11 (.02)	0,742
Sim	93 (65.0)	89 (66.9)		
Casamentos católicos:	34.96 (12.62; 8.30-	37.66 (14.02; 5.60-	-1.68 (-.20)	0,094
Média (DP ; amplitude)	75.70)	66.50)		
Nados-vivos fora do casamento:	34.54 (12.95; 8.30-	37.31 (14.36; 5.60-	-1.68 (-.20)	0,094
Média (DP ; amplitude)	75.70)	66.50)		
Mulheres ensino secundário :	16.23 (2.78; 8.90-	15.44 (2.36; 11.20-	2.52 (.31)	0,012
Média (DP ; amplitude)	22.50)	22.50)		
Poder de compra:	2.08 (3.31; 0.02-	2.56 (3.29; 0.02-	-1.19 (.15)	0,234
Média (DP ; amplitude)	11.06)	11.06)		
Densidade populacional				
Baixa	42 (29.4)	22 (16.5)	6.37 (.15)	0,012
Alta /Média	101 (70.6)	111 (83.5)		

Nota. N = 276. AVG = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez. AG = Adolescentes que decidiram prosseguir a gravidez.

^a Categoria de referência: 0 = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez.

Quadro 2 | Regressão logística: Efeitos principais e moderados de variáveis individuais, sociais e ambientais na decisão reprodutiva na adolescência

Variáveis	Modelo final: efeitos principais					Modelo final: efeitos principais e moderados					ΔR^2 Nagelkerke
	B	Wald	OR	95% IC		B	Wald	OR	95% IC		
				Inferior	Superior				Inferior	Superior	
Constante	1,02					1,94					
Idade	-0,46	18,33***	0,63	0,51	0,78	-0,62	22,72***	0,54	0,42	0,69	
Ponderação alternativas ^a	-1,47	13,43***	0,23	0,10	0,50	-1,45	12,96***	0,24	0,11	0,51	
Autonomia na decisão ^a	0,22	0,12	1,25	0,35	4,47	0,01	0,01	1,01	0,27	3,79	0,22 (bloco 1)
Nível socioeconómico ^c	-1,16	6,70*	0,31	0,13	0,75	-1,44	8,96**	0,24	0,09	0,61	
Gravidez adolescente: mãe ^a	1,20	9,93**	3,30	1,57	6,94	1,15	8,50**	3,16	1,46	6,85	
Abandono escolar ^a	1,32	14,12***	3,73	1,88	7,41	1,76	20,13***	5,84	2,70	12,62	
Afiliação religiosa ^a	0,28	0,75	1,33	0,70	2,54	0,38	1,15	1,46	0,73	2,90	0,14 (bloco 2)
Casamentos: católicos (CC)	0,01	0,76	1,01	0,99	1,04	-0,07	8,00**	0,93	0,89	0,98	
Mulheres: ensino secundário	-0,16	5,13*	0,85	0,74	0,98	-0,24	8,78**	0,79	0,67	0,92	
Densidade populacional ^d	1,26	10,37**	3,54	1,64	7,63	1,44	12,29***	4,23	1,98	9,48	0,05 (bloco 3)
Idade x Autonomia na decisão						-0,39	0,61	0,68	0,25	1,82	
Idade x Ponderação alternativas						0,78	6,88**	2,18	1,22	3,90	
CC x Afiliação religiosa						0,11	15,56***	1,12	1,06	1,18	0,07 (bloco 4)

Nota. N = 276. VD: decisão reprodutiva, 0 = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez (categoria de referência). B = coeficiente não estandardizado. OR = Odds ratio. IC = Intervalo de confiança.

^a Categoria de referência: 0 = Não. ^b Categoria de referência: 0 = Baixo. ^c Categoria de referência: 0 = Rural.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Análise dos efeitos de interação

Como é visível no Quadro 2 (modelo final: efeitos principais e de interação), o efeito de interação entre a idade e autonomia na decisão não foi significativo. No entanto, o efeito de interação entre a idade e a ponderação das duas alternativas possíveis foi significativo ($p = 0,009$). Quando não foram ponderadas ambas as alternativas, quanto menor a idade das adolescentes, mais frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ($B = -0,62$, $p < 0,001$, $OR = 0,54$, $IC = 0,42/0,69$). No entanto, quando as adolescentes ponderaram as duas alternativas possíveis, o efeito da idade na decisão reprodutiva não foi significativo ($B = 0,16$, $p = 0,548$, $OR = 1,17$, $IC = 0,70/1,96$; dados não apresentados no quadro). O efeito de interação entre a proporção de casamentos católicos do município de residência e a afiliação religiosa da adolescente foi significativo ($p < 0,001$). Quando as adolescentes não possuíam afiliação religiosa, quanto maior a proporção de casamentos católicos no município de residência, menos frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ($B = -0,07$, $p = 0,005$, $OR = 0,93$, $IC = 0,89/0,98$). No entanto, quando as adolescentes tinham afiliação religiosa, quanto maior a proporção de casamentos católicos no município de residência, mais frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ($B = 0,04$, $p = 0,008$, $OR = 1,04$, $IC = 1,01/1,08$; dados não apresentados no quadro).

No modelo final incluindo os efeitos principais e de interação, a estatística *-2Log-likelihood* diminuiu para 258,52, indicando que o valor explicativo do modelo aumentou com a consideração dos efeitos de interação mencionados. O modelo final foi significativo ($\chi^2_{(13)} = 123,74$, $p < 0,001$), classificando corretamente 77,2% dos casos e explicando 48,0% da variância na decisão reprodutiva. O teste de Hosmer e Lemeshow não foi significativo ($\chi^2(8)$ (Hosmer & Lemeshow) = 4,51, $p = 0,809$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais, sociais e ambientais, bem como das possíveis interações entre eles, para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente não planeada à luz do recente quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. Não ter ponderado as duas alternativas possíveis, pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, ter abandonado a escola antes da conceção e residir em áreas com maior densidade populacional e onde a população feminina é menos escolarizada foram fatores explicativos da decisão de prosseguir a gravidez. Verificámos, ainda, que a menor idade da adolescente se associou à decisão de prosseguir a gravidez apenas quando não foram ponderadas ambas as alternativas e que o efeito da religiosidade local variou de acordo com o envolvimento religioso da jovem. Estes

resultados têm implicações importantes para a investigação e prática clínica ao nível da decisão reprodutiva na adolescência, que discutiremos de seguida.

Os nossos resultados foram congruentes com os estudos internacionais que sugerem que a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente se associa a contextos familiares empobrecidos (Eisen et al., 1983, Murry, 1995) e onde a aceitabilidade de uma gravidez precoce poderá ser maior em função da sua história prévia de maternidade adolescente (Coleman, 2006; Evans, 2001), assim como a locais de residência onde a valorização de projetos de vida escolarizados e de carreira poderá ser menor à luz da menor escolaridade da população feminina (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004). Associados ao abandono escolar precoce (Adamczyk, 2008; Evans, 2001; Ourô & Leal, 1998) e à ausência de ponderação das alternativas possíveis face à ocorrência da gravidez (Murry, 1995; Pires et al., 2013), estes contextos sociais e ambientais parecem contribuir para que a maternidade adolescente se configure como um projeto de vida válido para a jovem de engravida. Segundo diversos autores, sob estas condições, a maternidade adolescente pode mesmo ser perspectivada como uma via de autonomização e de realização pessoal (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Murry, 1995). Acresce que, quando a jovem possui afiliação religiosa (Adamczyk, 2008; Evans, 2001) e o seu meio envolvente apresenta um maior grau de religiosidade, parecem estar reunidas condições desfavoráveis à realização de uma IVG.

No entanto, contrariamente ao esperado, o prosseguimento da gravidez foi mais frequente em áreas urbanas do que em áreas rurais. Tal facto recomenda alguma prudência na generalização dos resultados da investigação internacional para a realidade sociocultural portuguesa, fornecendo importantes pistas para a investigação futura. A ruralidade é habitualmente sugerida como potenciadora de projetos de vida voltados para a família e para a maternidade na adolescência (Araújo Pedrosa et al., 2011; Bradshaw et al., 2005). De forma congruente com esta perspetiva, alguns estudos nacionais concluem que o planeamento da gravidez adolescente é mais frequente no Alentejo e na Região Autónoma dos Açores (Pires et al., 2013), áreas cujos municípios são maioritariamente rurais (INE, 2012). No entanto, de acordo com os nossos resultados, esta influência não se verifica quando restringimos a nossa análise à decisão reprodutiva das jovens que engravidaram de forma não planeada. Temos ainda que, ao contrário do que acontece na maioria dos países onde foram conduzidos os estudos revistos (e.g. Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005), a pequena dimensão do nosso país e a descentralização das consultas de aconselhamento reprodutivo por unidades hospitalares de todas as regiões e por unidades locais de saúde em municípios geograficamente mais afastados desses serviços centrais, sem custos para a utente (DGS, 2013), podem contribuir para que a pertença a áreas rurais não seja sinónimo de dificuldades estruturais de acesso à IVG. Acresce que a menor densidade populacional das áreas rurais poderá ser sinónimo de uma maior proximidade da adolescente e da sua família com a comunidade. A este nível, seria importante averiguar se o efeito inibidor do prosseguimento da gravidez associado à pertença a áreas rurais se poderá dever à maior visibilidade social que uma gravidez precoce

assumiria nessas áreas, por comparação àquela que assumiria em meios urbanos. Seria ainda pertinente averiguar se este efeito inibidor do prosseguimento da gravidez se poderá dever a diferenças percebidas pela adolescente ao nível das condições estruturais de apoio à transição para a maternidade (e.g., disponibilização de bens essenciais, como enxoval e alimentação, de formação parental e de creches públicas) das áreas rurais, por comparação com as das áreas urbanas. Ao perceber menores recursos da comunidade em que se inserem para as apoiar na transição para a maternidade, as adolescentes poderão ficar menos predispostas ao prosseguimento da gravidez.

Os nossos resultados foram ainda contrários aos dos estudos que sugerem como potenciais determinantes da decisão reprodutiva na adolescência a autonomia no processo de decisão (Klaczynski et al., 2001), o padrão contraceptivo prévio (Murry, 1995), a constituição do agregado familiar (Evans, 2001) e o poder económico e os contextos familiares associados à parentalidade nas áreas de residência (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004). Estes resultados chamam a atenção para a importância de testar a contribuição simultânea de fatores de diferentes níveis de influência e da interação entre eles para a decisão reprodutiva, tendo em conta as especificidades da realidade sociocultural em que ela ocorre. No caso particular da autonomia, consideramos que os resultados alcançados poderão ser tranquilizadores face às preocupações de alguns autores (e.g. Coleman, 2006) sobre o efeito das leis de consentimento parental na decisão reprodutiva da jovem. Entre as adolescentes da nossa amostra, apenas uma minoria indicou outros significativos como sendo os principais agentes da decisão. No entanto, consideramos necessários estudos futuros que se debrucem sobre a existência de participação (ou não) de outros significativos e o formato sob a qual essa participação ocorre.

Os resultados do presente estudo devem ser tidos em conta, por um lado, no apoio a prestar ao processo de tomada de decisão reprodutiva na adolescência e, por outro, no planeamento de intervenções destinadas ao apoio posterior no processo de adaptação à transição para a maternidade ou à experiência de IVG. No primeiro caso, apesar da inexistência de uma definição única sobre o que constitui um processo de tomada de decisão de qualidade, os diversos modelos teóricos que se debruçam sobre o tema são consensuais quanto à importância da avaliação dos custos e benefícios associados a cada uma das alternativas disponíveis, apenas possível quando ambas são ponderadas (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001). Neste sentido, ao não terem ponderado a opção de IVG, a maioria das jovens da nossa amostra que optaram pelo prosseguimento poderá ter desenvolvido processos de tomada de decisão reprodutiva de menor qualidade do que os seus pares que interromperam a gravidez após terem ponderado ambas as alternativas. Apesar da necessidade de estudos futuros que clarifiquem esta questão, a promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adaptada acerca das alternativas existentes e dos seus custos/benefícios poderá ser essencial à qualidade do processo de tomada de decisão reprodutiva das jovens que se dirijam aos serviços de saúde dentro do prazo legal para a IVG. Esta reflexão é de extrema importância para as jovens que solicitam uma IVG, tal como a

Portaria nº 741-A/2007 o define (AR, 2007b), mas, à luz dos nossos resultados, poderá ser igualmente relevante em caso de solicitação de acompanhamento pré-natal, e tanto mais quanto mais jovem for a adolescente.

Relativamente ao planeamento do apoio ao processo de adaptação à transição para a maternidade, os nossos resultados chamam a atenção para a necessidade de intervenções precoces e continuadas, nomeadamente durante a gravidez e após o nascimento. Segundo estudos prévios, as condições sociais e económicas desfavoráveis em que as jovens da nossa amostra decidiram prosseguir a gravidez podem comprometer uma adesão adequada aos cuidados pré-natais, influenciando, dessa forma, os resultados obstétricos e o próprio desenvolvimento infantil (Araújo Pedrosa, 2009; Silva, 1992). Estas condições podem igualmente dificultar a prestação de cuidados físicos e emocionais ao bebé, assim como o desenvolvimento, a autonomia e a integração social das jovens mães (Canavarro & Pereira, 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Assim, a identificação precoce dos casos de maior risco e a ativação de fatores individuais e familiares de proteção nestes campos, bem como a mobilização atempada dos recursos comunitários disponíveis, poderão ser iniciativas de extrema importância na determinação de trajetórias de vida mais adaptativas.

Os nossos resultados sugerem ainda a pertinência de intervenções precoces e especializadas com vista à prevenção de situações de desajustamento emocional durante o processo de transição para a maternidade. De acordo com as evidências da literatura, as jovens da nossa amostra que decidiram prosseguir a gravidez poderão estar particularmente vulneráveis a este nível: a deterioração do ajustamento das jovens após o parto e durante os primeiros meses de vida do bebé, sugerido por diversos estudos (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001), tem sido precisamente explicado à luz do confronto que as jovens vivenciam nesses períodos com as exigências antes não ponderadas da maternidade, com a não concretização das expectativas de autonomização e realização pessoal e conjugal, e com o agravamento das condições de vida que habitualmente ocorre nestas situações (Araújo Pedrosa, 2009; Figueiredo et al., 2004).

No que respeita às jovens que interrompem a gravidez, apesar de a investigação mostrar poucos ou nenhuns riscos ao nível do seu funcionamento social posterior (Bailey et al., 2001), de acordo com os nossos resultados, a averiguação do ajustamento emocional destas jovens deve ser priorizado em investigações futuras. Segundo diversos autores, as respostas emocionais negativas observadas em adolescentes que realizaram uma IVG (e.g., Pereira et al., 2013) resultam não tanto do procedimento em si, mas dos fatores individuais e contextuais envolvidos nesta decisão reprodutiva (Brien & Fairbairn, 1996; Mufel, Speckhard, & Sivuha, 2002; Poggenpoel & Mycurgh, 2002; Stotland, 1996). De acordo com os nossos resultados, a decisão das jovens que interromperam a gravidez foi tomada de forma tão autónoma quanto a decisão das jovens que prosseguiram a gravidez, maioritariamente após a ponderação das alternativas possíveis e enquadrada num percurso normativo do ponto de vista do desenvolvimento adolescente (e.g., frequência da escola). No entanto, o carácter inibidor do prosseguimento da gravidez revelado

pela maior religiosidade e pela ruralidade dos seus locais de residência sugere que esta decisão pode não só decorrer das crenças da jovem acerca da maternidade e da interrupção, formadas em interação com esses contextos, mas também das expectativas da comunidade percebidas pela adolescente como condenatórias da gravidez nesta fase da sua vida. Acresce que, segundo Adamczyk (2008), em ambientes com estas características o estigma face à realização de uma IVG poderá ser igualmente elevado, dificultando o ajustamento posterior da jovem que a realiza, quer pelos sentimentos de culpa que podem ser despoletados, quer pela dificuldade de mobilização de redes de apoio adequadas, quer, ainda, pela reduzida empatia com que a jovem poderá confrontar-se ao mobilizá-las (Brien & Fairbairn, 1996; Mufel et al., 2002; Poggenpoel & Mycurgh, 2002).

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser tidas em conta na generalização dos seus resultados. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal. Apesar de a ordem/estabilidade temporal ter sido assegurada aquando da escolha dos fatores a incluir nos modelos explicativos da decisão reprodutiva, investigações futuras deverão privilegiar uma metodologia longitudinal, de forma a averiguar a causalidade das relações propostas (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988). Também o carácter retrospectivo das respostas pode ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse tipo de avaliação (Logan, Holcombe, Manlove, & Ryan, 2007) e a natureza sensível das questões incrementado a probabilidade de respostas socialmente desejáveis, nomeadamente ao nível da utilização de contraceção, da ponderação de ambas as alternativas e da interferência de outros na decisão.

Apesar destas limitações, o nosso estudo foi o primeiro a explorar as variáveis que contribuem para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. Pelo seu desenho integrador de vários níveis de influência e pela abrangência nacional da sua amostra, constitui, assim, um importante avanço na compreensão deste fenómeno na realidade sociocultural portuguesa. A nível internacional, foi ainda o primeiro estudo que partiu de uma perspetiva ecológica com vista a explorar o contributo de fatores de diferentes níveis de influência e das suas interações recíprocas para a decisão reprodutiva entre adolescentes, restringindo a sua análise às adolescentes que tiveram a oportunidade legal de decidir pela interrupção de uma gravidez não planeada. Por fim, os nossos resultados têm importantes implicações para a prática clínica e investigação na área da decisão reprodutiva na adolescência. Em primeiro lugar, reforçam a necessidade de políticas e práticas de saúde especializadas e desenvolvimentalmente adequadas ao nível do apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva e à posterior adaptação à mesma. Em segundo lugar, fundamentam a necessidade de investigação ao nível do impacto que as circunstâncias em que ocorre esta decisão reprodutiva poderão ter no ajustamento subsequente das jovens que a vivenciam.

Referências

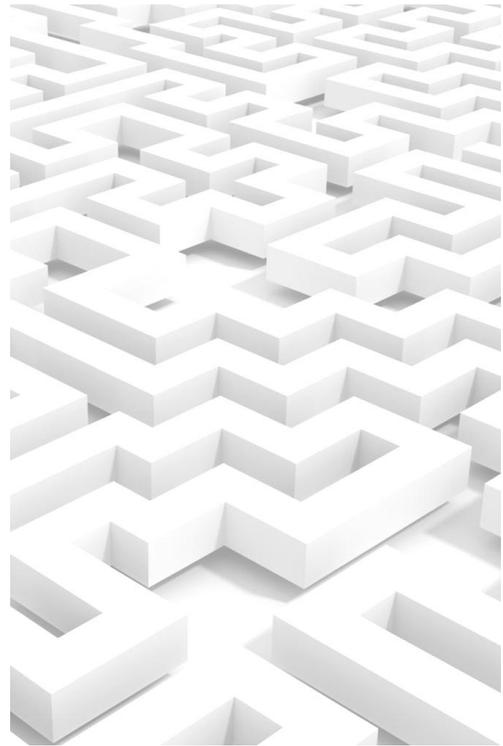
- Adamczyk, A. (2008). The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research, 37*, 657-672. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.09.003
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy, 33*, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 255*, 7101-7103. Retirado de <http://goo.gl/fILBfD>
- Assembleia da República. (2007a, abril, 17). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 75*, 2417-2418. Retirado de <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembleia da República. (2007b, junho, 21). Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho (1.ª série). *Diário da República, Série I, 18*, 3936(2)-3936(11). Retirado de <http://goo.gl/zaGgmr>
- Bailey, P. E., Bruno, Z. V., Bezerra, M. F., Queiroz, I., Oliveira, C. M., & Chen-Mok, M. (2001). Adolescent pregnancy 1 year later: The effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health, 29*, 223-232. doi:10.1016/S1054-139X(01)00215-4
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 16-26. doi:10.1207/S15374424JCCP3101_04
- Bradshaw, J., Finch, N., & Miles, J. N. V. (2005). Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 31*, 15-19. doi:10.1783/0000000052973022
- Brien, J., & Fairbairn, I. (1996). *Pregnancy and abortion counseling*. Londres: Routledge.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Coord.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Canário, A. C. M. (2009). *Aspetos éticos e psicológicos do abortamento no casal* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 903-911. doi:10.1007/s10964-006-9094-x
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/zkEKum>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/DoKT3m>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/WisdoZ>
- Eisen, M., Zellman, G. L., Leibowitz, A., Chow, W. K., & Evans, J. R. (1983). Factors discriminating pregnancy resolution decisions of unmarried adolescents. *Genetic Psychology Monographs*, *108*, 69-95.
- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nacional da Austrália, Camberra, Austrália.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, *XXII*, 551-570. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/226/pdf>
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, *51*, 115-134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115

- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspectos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Halpern-Felsher, B. L., & Cauffman, E. (2001). Costs and benefits of a decision: Decision-making competence in adolescents and adults. *Applied Developmental Psychology, 22*, 257-273. doi:10.1016/S0193-3973(01)00083-1
- Henshaw, S. K., & Kost, K. (1992). Parental involvement in minors' abortion decisions. *Family Planning Perspectives, 24*, 196-208. doi:10.2307/2135870
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Reorganização administrativa territorial autárquica: Informação geográfica – Conceitos e definições*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/Up2eGX>
- Kashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: A register-based cohort study. *British Medical Journal of Pregnancy and Childbirth, 10*, 36-44. doi:10.1186/1471-2393-10-36
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Applied Developmental Psychology, 34*, 175-187. doi:10.1016/S0193-3973(01)00081-8
- Lee, E., Clements, S., Ingham, R., & Stone, N. (2004). *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing: A white paper*. Washington, DC: Child Trends. Retirado de <http://goo.gl/hyn0H5>
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). The association between pregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health, 53*, 413-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s. *Journal of Marriage and Family, 52*, 1025-1044. Retirado de <http://goo.gl/Zlf3Vc>
- Mufel, N., Speckhard, A., & Sivuha, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder following abortion in a former Soviet Union Country. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 17*, 41-61. Retirado de <http://goo.gl/rSXttc>
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth & Society, 26*, 325-350. doi:10.1177/0044118X95026003003
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica, XVI*, 441-446. Retirado de <http://goo.gl/k5xrl0>

- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(2), 329-338.
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública, 22*, 1411-1420. doi:10.1590/S0102-311X2006000700006
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo*. Lisboa: Lidel.
- Pimenta, E. (2010). *Causas e consequências do abortamento induzido* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 339-347. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36227023011.pdf>
- Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2002). The developmental implications of a termination of pregnancy on adolescents with reference to the girl and her partner. *Education, 122*, 731-741. Retirado de <http://goo.gl/spxoUV>
- PORDATA. (2013a). *Casamentos entre pessoas do sexo oposto: Total e por forma de celebração – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/Sfcaoh>
- PORDATA. (2013b). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: Total e por grupo etário da mãe – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/g5BAld>
- PORDATA. (2013c). *Nados-vivos fora do casamento, com coabitação e sem coabitação dos pais (%) nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/8VALVy>
- PORDATA. (2013d). *População residente do sexo feminino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/6jyPtB>
- PORDATA. (2013e). *Proporção de poder de compra nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/nkyjLw>
- Santos, N. (2010). *Interrupção voluntária da gravidez, satisfação conjugal e apoio social: Que impacto?* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Silva, M. O. da (1992). *A gravidez na adolescência: Relevância clínica da intervenção pré-natal* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, XVI, 373-384. Retirado de <http://goo.gl/CDxwpm>
- Stotland, N. L. (1996). Conceptions and misconceptions: Decisions about pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 18, 238-243. doi:10.1016/0163-8343(96)00043-6
- United Nations Population Fund. (2013). *The state of world population 2013: Motherhood in childhood – Facing the challenge of adolescent pregnancy*. Nova Iorque: Edição do autor. Retirado de <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/EN-SWOP2013-final.pdf>
- Zabin, L. S., & Hayward, S. C. (1993). *Adolescent sexual behavior and childbearing*. Newbury Park, CA: Sage.



Estudo Empírico VII |

Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support

RAQUEL PIRES, ANABELA ARAÚJO PEDROSA,
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

2014

Maternal and Child Health Journal

Volume 18

Número 4

Páginas: 789-800

doi: 10.1007/s10995-013-1303-0

Abstract

Objectives: The aims of the current study were to examine the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on quality of life (QoL) through the severity of depressive symptoms among a sample of pregnant adolescents, and to explore whether adolescents' satisfaction with support from their mothers (SM) or partners (SP) was a buffer of this effect. **Methods:** Demographic and pregnancy-related data were collected for 395 pregnant adolescents aged 12-19 and were controlled for testing the proposed indirect effect. SM and SP were tested as moderators of the links between perceived impact of pregnancy and depressive symptoms and between depressive symptoms and QoL. A computational tool for path analysis-based moderation and mediation analysis as well as their combination was used to test indirect and interaction effects (PROCESS). **Results:** A significant indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms was found (0.51, CI = 0.29/0.78). There was no significant direct effect of the perceived impact of pregnancy on QoL after controlling for the severity of depressive symptoms. SM and SP buffered the indirect effect by weakening the association between a negative perception of the impact of pregnancy and higher severity of depressive symptoms. **Conclusions:** Identifying adolescents with a negative perception of the impact of pregnancy, improving the quality of their relations with their mothers and partners, and promoting satisfactory support from these figures may be extremely important to prevent and treat depressive symptoms and, in so doing, improve adolescents' QoL during pregnancy.

Keywords: adolescent pregnancy, depressive symptoms, perceived impact of pregnancy, quality of life, social support.

Introduction

Traditionally, pregnant adolescents have been considered a risk group for depressive symptoms (Miller, 1998) and poor quality of life (QoL; Tasdemir, Balci, & Günay, 2010). However, recent research has indicated that adolescents' adjustment is largely dependent on the socioeconomic (Jaffe, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2005; Milan et al., 2004) and cultural contexts in which pregnancy occurs (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Eshbaugh, 2006; Sieger & Renk, 2007), the support available to pregnant adolescents (Beers, & Hollo, 2009; Brown, Harris, Woods, & Buman, 2012; Logsdon, Hertweck, Ziegler, & Pinto-Foltz, 2008; Nunes & Phipps, 2013), and pregnant adolescents' perception of the impact that the pregnancy has on their lives (Eshbaugh, Lempers, & Luze, 2006; Spear, 2001). While socioeconomic, cultural, and relational variables have been analyzed in several studies as risk and protective factors for maladjustment during adolescent pregnancy, less is known about the influence of adolescents' perceptions about the impact that pregnancy has on their lives (Stenberg & Blinn, 1993). Further, the association between depressive symptoms and poor QoL, which research has consistently demonstrated among pregnant adults (Costa, Dritsa, Rippen, Lowensteyn, & Khaliffé, 2006; Li et al., 2012; Setse et al., 2007), remains unexplored among pregnant adolescents. As such, the first aim of the current study was to analyze the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and QoL in a sample of pregnant adolescents. As support from adolescent's mother and partner have been suggested as some of the most important protective factors against maladjustment during adolescent pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009; Bogat, Guzmán, Galasso, & Davidson, 1998; Pires, 2009; Shanok & Miller, 2007; Sieger & Renk, 2007), we also aimed to explore whether these factors were buffers of such links.

Adolescents' QoL during pregnancy

The concept of QoL refers to the person's perceptions of well-being in various life domains, including the physical, social, and psychological domains (Power, 2003), and has become an increasingly valued outcome in evaluations of adults' global adjustment to pregnancy and transition to motherhood (Costa et al., 2006; Li et al., 2012; Naseem et al., 2011; Pesavento, Marconcini, & Drago, 2005; Setse et al., 2009).

However, studies about QoL among pregnant adolescents are scarce and contradictory. While some authors found a negative influence of pregnancy on adolescents' QoL (Tasdemir et al., 2010), other recent findings have shown no significant effects (Drescher, Monga, Williams, Promenece-Cook, & Schneider, 2003; Wrennick, Schneider, & Monga, 2005) or have shown positive effects, with

pregnant adolescents showing higher QoL compared to peers with no pregnancy history (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011).

Most studies have focused on life circumstances as predictors of QoL and other similar concepts (e.g., life satisfaction) among pregnant adolescents, identifying several demographic (e.g., socioeconomic status, educational level; Pires, 2009), pregnancy-related (e.g., pregnancy intention, gestational age; Lau & Yin, 2011; Pereira, Canavarro, Cardoso, & Mendonça, 2005), and relational variables (e.g., support from mother and partner; Araújo Pedrosa, 2009; Pires, 2009) as important predictors of QoL. However, given that QoL comprises a subjective evaluation of several life domains (Power, 2003), it is likely to be both cognitively determined and emotionally mediated (Frisch, 1998). As such, it seems reasonable to hypothesize that a better understanding of the influence of pregnancy on adolescents' QoL could be gained by examining adolescents' cognitive evaluations of the impact that pregnancy has on their lives and the emotional state that could result from such evaluations.

The role of the perceived impact of pregnancy in depressive symptoms and QoL

According to several authors, a woman's view of her situation is a potential cognitive predictor of maladjustment during pregnancy, particularly when pregnancy occurs during adolescence (Eshbaugh et al., 2006; Spear, 2001). In fact, compared to adults, adolescents are expected to have a more negative perception of the impact of pregnancy in several life domains (e.g., body image, family and romantic relationships, school/work projects, instrumental/emotional autonomy, leisure opportunities), due to the additional developmental challenges involved in adolescents' transition to motherhood (Canavarro & Pereira, 2001; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Pires, Araújo Pedrosa, Pereira, & Canavarro, in press). Consequently, adolescents often feel ill prepared, perceive few resources, display stress, and are at risk for emotional and behavioral problems (Clements, 2003; Flanagan, MacGrath, Meyer, & Garcia Coll, 1995; Logsdon, Hertweck, Ziegler, & Pinto-Foltz; 2008).

However, research has shown that some adolescents have positive views of motherhood, positive perceptions of the impact of pregnancy on their lives, and optimistic beliefs about their future (Arenson, 1994; SmithBattle, 1995; SmithBattle & Leonard, 1998; Spear, 2001). These adolescents tend to be less depressed than those who have a more negative perception of the impact of pregnancy, even after controlling for educational level, socioeconomic status (Eshbaugh et al., 2006), age (Promodoris, Abram, Field, & Scafidi, 1994), and place of residence (Elliott & Larson, 2004). Although it is probable that these adolescents also evaluate their QoL differently compared to those who perceive high costs of pregnancy in several life domains, to our knowledge, there are no studies regarding this topic.

The association between depressive symptoms and QoL

The negative impact of depressive symptoms during pregnancy is well documented in adults and adolescents. In both populations, higher severity of depressive symptoms during pregnancy has been linked to worse obstetric outcomes, and higher risk of depression and poor mother-infant interactions in the postpartum period (Eshbaugh, 2006; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, & Margarino, 2006; Setse et al., 2009).

In several recent studies, depressive symptoms have also been associated with poor functioning and lower health-related QoL among pregnant adults, even when controlling for age, race/ethnicity, educational level (Setse et al., 2009), marital status, gestational age (Li et al., 2012; Setse et al., 2009), pregnancy intention (Li et al., 2012), number of previous pregnancies (Boyce et al., 2000; Costa et al., 2006), obstetric complications, and social support (Costa et al., 2006; Setse et al., 2009). Among pregnant adolescents, the prevalence of clinically relevant depressive symptoms has been estimated to be almost twice as high compared to pregnant adults (McClanahan, 2009; Miller, 1998). Several Portuguese studies have also shown significantly higher severity of depressive symptoms among pregnant adolescents than among pregnant adults (Figueiredo et al., 2006; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007). However, to our knowledge, there are no studies regarding the association between depressive symptoms and QoL among pregnant adolescents.

The buffering role of social support

The stress-buffering theory asserts that social support may protect individuals facing stressful events from experiencing negative affect, such as depression and anxiety (Cohen & Wills, 1985; Eisenbarth & Olpin, 2010; Gottlieb & Bergen, 2010). However, evidence for the buffering role of social support has been found only when support measures assess interpersonal resources that are responsive to the needs elicited by stressful events; furthermore, only the support that is perceived as adequate would be expected to operate as a buffer (Cohen & Wills, 1985; Cox et al., 2008; Eisenbarth & Olpin, 2010; Gottlieb & Bergen, 2010; Wilcox, 1981).

Accordingly, the satisfaction with social support has consistently emerged as one of the most important protective factors for both depressive symptoms (Brown et al., 2012; Cox et al., 2008; Sieger & Renk, 2007) and poor QoL during adolescent pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009, Pires, 2009). Although several sources of support have been linked to adolescents' adjustment, adolescents' mothers, followed by adolescents' partners, have been identified as those who exert the most influence in adolescents' adjustment during transition to motherhood (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Bogat et al., 1998; Brown et al., 2012; Pires, 2009; Shanok & Miller, 2007; Sieger & Renk, 2007).

However, none of the previous studies has taken into account the adolescents' perceptions about the impact of pregnancy or tested the protective role of social support during adolescent pregnancy using interaction effects or more than one adjustment outcome. According to the stress-buffering theory, social support may intervene between the experience of stress and the onset of the pathological outcome, namely by reducing the reactivity to the perceived stress (Cohen & Wills, 1985). As such, knowing the influence that social support has on the association between the perceived impact of pregnancy and the severity of depressive symptoms during adolescent pregnancy may be particularly useful to clarify whether the protective role of social support may be due to the reduction of the adolescents' emotional reactivity to the perceived stress event. Given research indicating that social support is an important protective factor for health-related QoL among depressed pregnant adults (Setse et al., 2009), knowing the influence that social support has on the association between the severity of depressive symptoms and the adolescents' QoL during pregnancy may also be important.

Study overview

Although a better understanding of adolescents' QoL during pregnancy could be achieved by examining the role of their subjective evaluations of the impact that pregnancy has on their lives and their emotional adjustment during pregnancy, to our knowledge, there are no studies in this field. However, literature suggests that adolescents' subjective evaluations of the impact of pregnancy may be associated with the severity of depressive symptoms during pregnancy (Eshbaugh et al., 2006; Promodoris et al., 1994); in turn, depressive symptoms may be used as a basis for making judgments of how happy and satisfied women are with their lives (Frinch, 1998; Moore, Höfer, McGee, & Ring, 2005; Power, 2003). Previous research also suggests that the satisfaction with social support may intervene on the association between the perceived stress event and the adolescents' emotional reactivity (Brown et al., 2012; Cox et al., 2008; Sieger & Renk, 2007), and between women's emotional adjustment during pregnancy and their QoL (Setse et al., 2009).

As depicted in Figure 1, these associations suggest a moderated mediational model in which: 1) the perceived impact of pregnancy is linked to the severity of depressive symptoms, which in turn is linked to QoL, and 2) the satisfaction with social support influences the links between the perceived impact of pregnancy and the adjustment outcomes. As such, the first aim of the current study was to explore the effect of adolescents' perception of the impact of pregnancy on their QoL during pregnancy and examine whether this effect could be identified through the severity of depressive symptoms. It was hypothesized that a negative perception of the impact of pregnancy would decrease QoL by increasing the severity of depressive symptoms. The second aim of the current study was to explore the buffering role of social support on the links between the perceived

impact of pregnancy, the severity of depressive symptoms, and QoL. It was hypothesized that higher levels of satisfaction with social support would buffer the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms, by weakening both the negative association between perceived impact of pregnancy and severity of depressive symptoms, and the negative association between severity of depressive symptoms and QoL. As it is important to consider each source of support separately when studying its relation with adolescents' well-being during pregnancy (Stevenson, Maton, & Teti, 1999), we analyzed the buffering role of support from the adolescent's mother and partner independently.



Figure 1 | Proposed conceptual scheme of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life: Moderated mediation model.

Method

Procedures and participants

The present cross-sectional study is part of a wider project, entitled "Adolescent pregnancy in Portugal: Etiology, reproductive decision, and adjustment". This project was approved and carried out in compliance with ethical standards from all of the public health services research Ethics Committees where the adolescents were recruited. The sample of the current study was collected between May 2008 and May 2012 at 42 Portuguese public health services. The eligibility criteria for inclusion were as follows: (1) being between 10 and 19 years old, in accordance with the World Health Organization's definition of adolescence (World Health Organization, 1975); (2) being pregnant; and (3) having the ability to understand and answer the research questionnaires. Using the non-probabilistic convenience sampling, 406 pregnant adolescents were recruited. Participants were informed about the study goals and provided written informed consent. When participants were under 18 years old, the consent form was also signed by their legal guardian. Then, adolescents completed the research questionnaires, in the order described below and in the presence of a research assistant. Participants with missing data in study variables were excluded ($n = 11$; 2.71%). The final sample was representative of the Portuguese population of pregnant adolescents for a margin error of 5% and a confidence level of 95% (Alferes, 2002), and consisted

of 395 females aged 12-19, with a mean gestational age of 24 weeks (range: 6-40). Demographic and pregnancy-related data for the sample are presented in Table 1.

Table 1 | Demographic and pregnancy-related characteristics of the study sample

	<i>n</i> (%)	Mean (<i>SD</i>)	Observed range
Age		16.42 (1.27)	12-19
Ethnicity:			
European ethnic origin	355 (89.9)		
Non-European ethnic origin	40 (10.1)		
Marital status:			
Single	227 (57.5)		
Married/living with a partner	168 (42.5)		
Education (years in school)		7.81 (2.19)	0-12
Socioeconomic status:			
Low	364 (92.2)		
Medium/High	31 (7.8)		
Place of residence:			
Urban	266 (67.3)		
Rural/Suburban	129 (32.7)		
Gestational age (weeks)		24.13 (9.30)	6-40
Number of previous pregnancies		0.13 (0.36)	0-2
Obstetric complications:			
No	361 (91.4)		
Yes	34 (8.6)		
Pregnancy intention:			
No	311 (78.7)		
Yes	84 (21.3)		

Measures

Demographic data (age, ethnicity, marital status, socioeconomic status, place of residence, educational level), pregnancy-related variables (gestational age, obstetric complications, number of previous pregnancies, pregnancy intention), the perceived impact of pregnancy, and the satisfaction with social support were assessed through a questionnaire developed by the researchers. All the questions were selected from the clinical assessment interview for pregnant adolescent patients of the Psychological Intervention Unit of the Maternity Doctor Daniel de Matos, University of Coimbra Hospitals (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). This clinical assessment interview was developed based on exhaustive international literature reviews and Portuguese studies focusing the contexts in which adolescent pregnancy usually occurs and the impact that pregnancy has on adolescents' lives and relationships (e.g., Canavarro & Pereira, 2001;

Pereira, 2001). The final version (Araújo Pedrosa et al., 2003) resulted from a pilot study with 52 pregnant adolescents recruited at the Maternity Doctor Daniel de Matos (Canavarro, 2001). Since then, the interview questions have been used in several studies with Portuguese pregnant adolescents (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009; Carvalho, 2012; Pinho, 2006; Pires, 2009). Questions assessing the perceived impact of pregnancy and the satisfaction with social support (described next) were shown to be easy to understand and quick to answer, and all the items have shown good variability among different samples of Portuguese pregnant adolescents (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009; Pires, 2009).

The perceived impact of pregnancy on several life domains was assessed by nine items. Participants answered the questions "*To what extent do you feel that pregnancy has changed your life regarding your: 1) body image, 2) personal care, 3) emotional state, 4) school or work projects, 5) relationship with your boyfriend or husband, 6) relationship with your family, 7) relationship with your friends, 8) time for yourself, and 9) money.*" The questions were answered in a 3-point scale ranging from 0 (*Pregnancy has changed this for the worse*) to 2 (*Pregnancy has changed this for the better*). A global score was obtained from the sum of all items with scores ranging from 0 to 18. Higher scores indicate a more positive perception of the impact of pregnancy. In the present sample, the Cronbach's alpha for all items was .66.

Satisfaction with social support from the mother and from the partner was assessed with the questions, 1) "*To what extent do you feel satisfied with the support you get from your mother?*", and 2) "*To what extent do you feel satisfied with the support you get from your partner?*". Answers were based on a 6-point scale ranging from 0 (*Not at all satisfied*) to 5 (*Extremely satisfied*).

Depressive symptoms were assessed with the Portuguese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Portuguese version: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). This measure includes 10 items assessing the presence of depressive symptoms within the previous seven days, with items answered on a 4-point scale and response options ranging from 0 (*No, never*) to 3 (*Yes, almost always*). A global score is obtained from the sum of all items. EPDS has primarily been used for the screening of depressive symptoms in the postnatal period; however, because it contains no items specifically related to motherhood, it has also been used during the prenatal period (Cox, & Holden, 2003; Li et al., 2012), including in Portugal (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Figueiredo et al., 2006; Figueiredo et al., 2007). The Portuguese version of the EPDS showed good internal consistency (Cronbach's alpha = .85) and test-retest reliability ($r = .75$). A score higher than 9 indicates the possible presence of a major depressive episode. The correlation coefficient ($r = .86$) between the EPDS total score and the severity of depression evaluated by a clinical interview (according to the Research Diagnostic Criteria) indicated that the higher the EPDS total score, the higher the severity of the depressive symptoms (Figueiredo, 1997). Similar results were found in validation studies using the EPDS total score during the prenatal period (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005; Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson, & Sydsjö, 2011). As we

were interested in the role of the severity of depressive symptoms on the association between the perceived impact of pregnancy and QoL, in the present study we used the EPDS total score. The scale Cronbach's alpha was .82.

QoL was assessed with the Portuguese version of EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; Portuguese version: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Derived from the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF, the EUROHIS-QOL-8 is an 8-item measure of QoL answered on a 5-point scale ranging from 1 (*Not at all*) to 5 (*Completely*). The psychological, physical, social and environmental domains are each represented by two items. The overall QoL score is obtained from the sum of all items. Higher scores indicate a better QoL. In the present sample, the Cronbach's alpha was .79.

Data analyses

All data analyses were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 17.0. Missing data that were random and low level (<5%) were handled by case mean substitution (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005). Descriptive statistics (means, standard deviations and frequencies) were used for characterization purposes. Pearson's correlations were performed to test associations between study variables and QoL. Demographic and pregnancy-related variables that showed significant associations with QoL or the severity of depressive symptoms were included as covariates in further analyses. A computational tool for path analysis-based moderation and mediation analysis as well as their combination was used to test the proposed indirect and interaction effects (PROCESS). This computational tool was designed by Hayes (2012) and, in addition to estimating the coefficients of the model using OLS regression, it generates direct and indirect effects in mediation models and conditional indirect effects in moderated mediation models. Specifically, the Hayes' SPSS Macro *PROCESS Model 4* was used to test the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms (*mediation model*). To test the buffering role of support from the mother and support from the partner on the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms, we used the SPSS Macro *PROCESS Model 58*. This SPSS Macro enabled us to test social support as a moderator of the link between the perceived impact of pregnancy and the severity of depressive symptoms and of the link between the severity of depressive symptoms and QoL (Hayes, 2012). Support from the mother was tested as a moderator while controlling for support from the partner (*moderated mediation model: mother*); similarly, support from the partner was tested as a moderator while controlling for support from the mother (*moderated mediation model: partner*). To test the interactions, variables were centered (Aiken & West, 1991). Bootstrapping ($N = 5000$ samples) with bias-corrected and accelerated confidence intervals for conditional and unconditional indirect effects was used. When the bootstrapped 95%

confidence interval (CI) of the point estimate does not include zero, the effect is significant (Hayes, 2012).

Results

Testing associations between study variables and QoL

Descriptive statistics and Pearson's correlations for the study variables are presented in Table 2. Pearson's correlations showed that QoL was negatively associated with depressive symptoms, non-European ethnic origin, obstetric complications, and pregnancy intention, and positively associated with support from the partner, support from the mother and the perceived impact of pregnancy (Table 2). Depressive symptoms were negatively associated with support from the partner, support from the mother, and the perceived impact of pregnancy, and positively associated with obstetric complications. Age, marital status, education, socioeconomic status, place of residence, gestational age, and number of previous pregnancies were not significantly correlated with the severity of depressive symptoms or QoL.

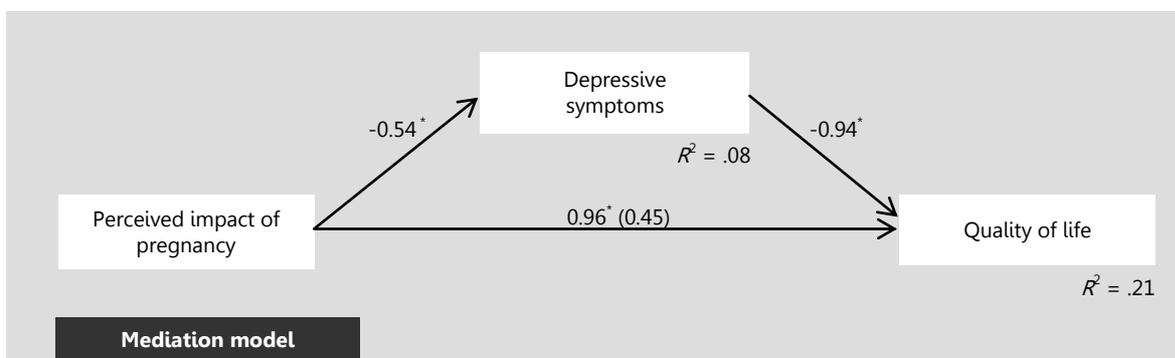
Table 2 | Descriptive statistics and Pearson's correlations for all the study variables

	Support from the partner	Support from the mother	Perceived impact of pregnancy	Depressive symptoms	Quality of Life
Mean (<i>SD</i>)	4.38 (1.24)	4.23 (1.25)	9.77 (2.34)	7.00 (4.90)	73.13 (12.19)
Observed range (possible range)	0-5 (0-5)	0-5 (0-5)	0-18 (0-18)	0-29 (0-30)	31.25-100 (0-100)
Age	.08	.03	-.05	.02	-.01
Ethnicity	-.08	-.03	-.02	-.05	-.16**
Marital status	.27***	-.04	.01	-.02	-.01
Education (years in school)	-.04	.01	.01	.10	.09
Socioeconomic status	-.09	.01	.01	.02	.06
Place of residence	.08	.01	-.05	.03	-.06
Gestational age (weeks)	-.10*	.09	-.04	.01	.03
Number of previous pregnancies	.04	-.03	-.10*	.01	-.05
Obstetric complications	-.05	-.06	-.07	.13**	-.14**
Pregnancy intention	.08	.02	-.06	-.03	-.10*
Support from the partner	-	.05	.12*	-.20***	.19***
Support from the mother	-	-	.04	-.18***	.24***
Perceived impact of pregnancy	-	-	-	-.26***	.20***
Depressive symptoms	-	-	-	-	-.40***
Quality of life	-	-	-	-	-

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Testing the mediation model

A significant indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms was found (point estimate = 0.51, CI = 0.29/0.78). There was no significant direct effect of the perceived impact of pregnancy on QoL after controlling for the severity of depressive symptoms (point estimate = 0.45, CI = -0.20/0.93). Ethnicity was also found to influence QoL (point estimate = -6.39, CI = -10.05/-2.72). The model predicting QoL was significant ($F_{5,398} = 21.26$, $p < .001$), and explained 21% of the variance in QoL. The mediation model is presented in Figure 2.

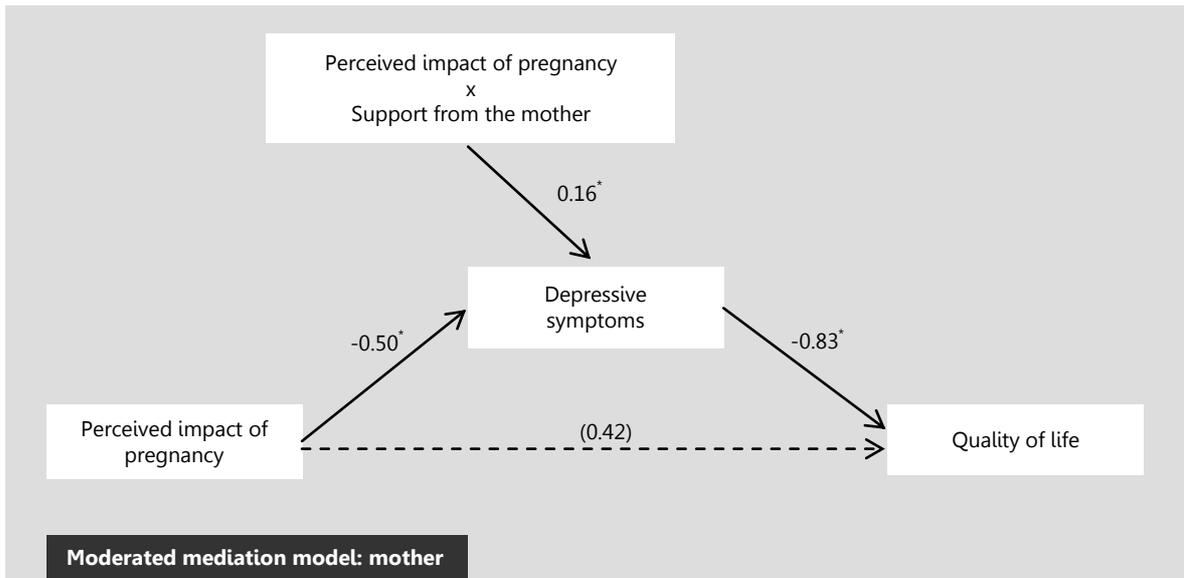


Note. $N = 395$. *Significant effects.

Figure 2 | Unstandardized coefficients for the mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, and pregnancy intention. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms

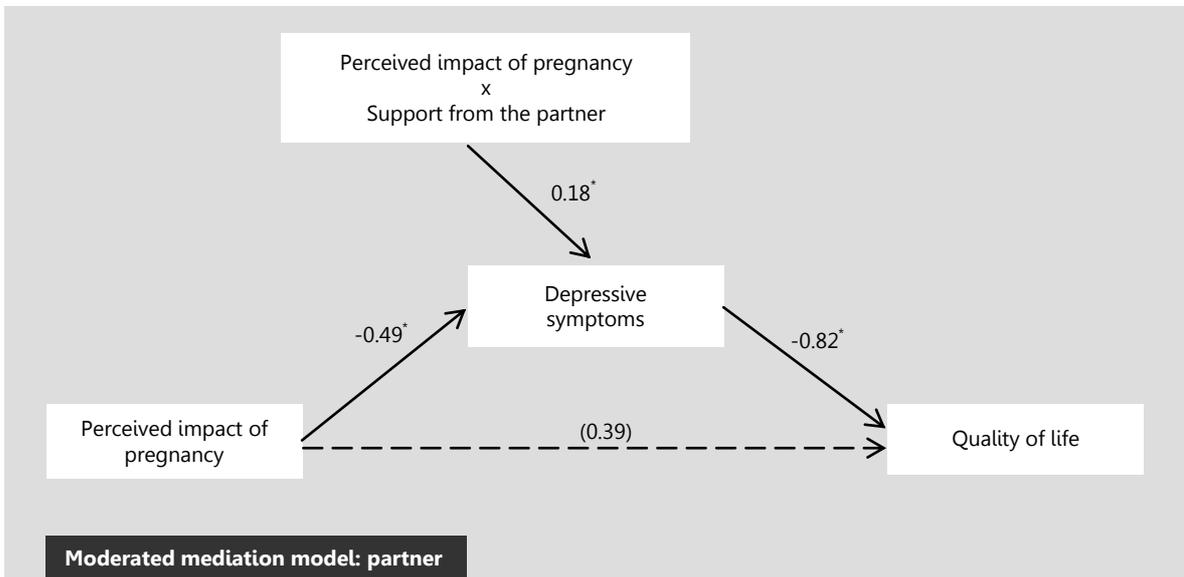
Testing the moderated mediation models

Support from the mother and support from the partner were found to be significant moderators of the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms. Only the interactions between the perceived impact of pregnancy and support from the mother ($b = 0.16$, CI 0.01/0.30) and between the perceived impact of pregnancy and support from the partner ($b = 0.18$, CI 0.04/0.33) were significant, indicating that the moderating effects exist only at the path from the perceived impact of pregnancy for the severity of depressive symptoms. The respective moderated mediation models are presented in Figures 3 and 4.



Note. *N* = 395. *Significant effects.

Figure 3 | Unstandardized coefficients for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, pregnancy intention, and support from the partner; moderator: support from the mother. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms and for the proposed interaction effects.



Note. *N* = 395. *Significant effects.

Figure 4 | Unstandardized coefficients for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through the severity of depressive symptoms, while controlling for ethnicity, obstetric complications, pregnancy intention, and support from the mother; moderator: support from the partner. The value inside parentheses represents the direct effect of perceived impact of pregnancy on quality of life after controlling for the severity of depressive symptoms and for the proposed interaction effects.

With respect to the control variables, as Tables 3 and 4 show, ethnicity influenced QoL in both moderated mediation models. When testing the moderating role of support from the mother, support from the partner and support from the mother had significant direct effects on both depressive symptoms and QoL (see Table 3). When testing the moderating role of support from the partner, support from the mother had a significant direct effect on both depressive symptoms and QoL, and support from the partner did not have a significant direct effect on QoL, but significantly predicted depressive symptoms (see Table 4).

Table 3 | Regression results for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through depressive symptoms, and conditional indirect effects at different values of support from the mother

Predictor	Mediator Variable Model (predicting depressive symptoms)			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
Constant	2.91	0.87	1.21	4.62
Ethnicity ^a	-1.10	0.80	-2.68	0.47
Obstetric complications ^b	1.59	0.85	-0.08	3.26
Pregnancy intention ^b	-0.25	0.58	-1.38	0.89
Support from the partner	-0.66	0.19	-1.03	-0.29
Perceived impact of pregnancy (PIP)	-0.50	0.10	-0.69	-0.29
Support from the mother (SM)	-0.59	0.19	-0.96	-0.23
PIP x SM	0.16	0.07	0.01	0.30
$R^2 = .15$				
Predictor	Dependent Variable Model (predicting QoL)			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
Constant	70.44	2.06	66.39	74.49
Ethnicity ^a	-6.29	1.87	-9.97	-2.61
Obstetric complications ^b	-3.62	2.00	-7.55	0.31
Pregnancy intention ^b	-1.93	1.35	-4.58	0.72
Support from the partner	0.91	0.44	0.03	1.79
Perceived impact of pregnancy (PIP)	0.42	0.25	-0.69	0.90
Depressive symptoms (DS)	-0.83	0.12	-1.06	-0.60
Support from the mother (SM)	1.64	0.45	0.76	2.52
DS x SM	0.02	0.08	-0.13	0.17
$R^2 = .25$				
Support from the mother ^c	Conditional indirect effect at different values of the moderator			
	Boot indirect effect	Boot <i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
3.00	0.59	0.19	0.27	1.00
4.00	0.44	0.12	0.23	0.72
5.00	0.30	0.12	0.12	0.59
5.00	0.30	0.12	0.12	0.59
5.00	0.30	0.12	0.12	0.59

Note. *N* = 395. Unstandardized regression coefficients are reported.

LL = lower limited. CI = 95% Confidence interval. UL = Upper limited. ^a Reference group: 0 = European ethnic origin. ^b Reference group: 0 = No. ^c Conditional indirect effects for 10th, 25th, 50th, 75th, and 90th percentiles of support from the mother are reported.

Table 4 | Regression results for the moderated mediation model of the association between perceived impact of pregnancy and quality of life through depressive symptoms, and conditional indirect effects at different values of support from the partner

Predictor	Mediator Variable Model (predicting depressive symptoms)			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
Constant	2.52	0.83	0.88	4.16
Ethnicity ^a	-1.37	0.80	-2.95	0.20
Obstetric complications ^b	1.57	0.85	-0.10	3.23
Pregnancy intention ^b	-0.03	0.58	-1.16	1.11
Support from the mother	-0.61	0.18	-0.97	-0.24
Perceived impact of pregnancy (PIP)	-0.49	0.10	-0.69	-0.28
Support from the partner (SP)	-0.59	0.19	-0.96	-0.21
PIP x SP	0.18	0.07	0.04	0.33
$R^2 = .15$				
Predictor	Dependent Variable Model (predicting QoL)			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
Constant	67.62	1.98	63.72	71.52
Ethnicity ^a	-6.06	1.88	-9.75	-2.37
Obstetric complications ^b	-3.58	2.00	-7.49	0.33
Pregnancy intention ^b	-2.07	1.35	-4.71	0.58
Support from the mother	1.63	0.44	0.77	2.49
Perceived impact of pregnancy (PIP)	0.39	0.25	-0.10	0.88
Depressive symptoms (DS)	-0.82	0.12	-1.06	-0.60
Support from the partner (SP)	0.79	0.46	-0.12	1.69
DS x SP	0.09	0.09	-0.08	0.27
$R^2 = .26$				
Support from the partner ^c	Conditional indirect effect at different values of the moderator			
	Boot indirect effect	Boot <i>SE</i>	Boot LLCI	Boot ULCI
3.00	0.70	0.21	0.34	1.18
4.00	0.48	0.13	0.25	0.77
5.00	0.28	0.11	0.11	0.55
5.00	0.28	0.11	0.11	0.55
5.00	0.28	0.11	0.11	0.55

Note. *N* = 395. Unstandardized regression coefficients are reported.

LL = lower limited. CI = 95% Confidence interval. UL = Upper limited. ^a Reference group: 0 = European ethnic origin.

^b Reference group: 0 = No. ^c Conditional indirect effects for 10th, 25th, 50th, 75th, and 90th percentiles of support from the partner are reported.

Post-hoc analyses were used to determine the nature of the significant conditional indirect effects of the perceived impact of pregnancy on QoL via the severity of depressive symptoms at different values of the moderators. Analyses revealed buffering effects whereby the indirect effect decreased as support from the mother (see Table 3) or support from the partner (see Table 4) increased; depressive symptoms remained a significant mediator of the effect of the perceived impact of pregnancy on QoL for all values of support from the mother and support from the partner.

Discussion

The aims of the current study were to examine the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the severity of depressive symptoms in a sample of pregnant adolescents, and to explore whether adolescents' satisfaction with social support from their mothers or from their partners served as a buffer of this effect. Overall, our results supported our two main hypotheses. First, adolescents' perception that their pregnancy has a negative impact in their lives predicted a lower QoL during pregnancy by increasing the severity of their depressive symptoms. Second, this indirect effect was buffered by adolescents' satisfaction with their social support. Specifically, support from the mother and support from the partner served as protective factors against maladjustment by weakening the association between a negative perception of the impact of pregnancy and higher severity of depressive symptoms. These findings provide more specific knowledge about the nature of the relationship between adolescents' perception of pregnancy and QoL and help to clarify some inconsistent results of previous research.

Our results are consistent with previous research that suggests higher levels of depressive symptoms among adolescents who perceive a more negative impact of pregnancy in several life domains, compared to their pregnant peers who perceive lower costs of pregnancy (Elliott & Larson, 2004; Eshbaugh et al., 2006; Promodoris et al., 1994). Our findings were also similar to associations that have been found between depressive symptoms and poor QoL reported in studies using samples of pregnant adults (Costa et al., 2006; Setse et al., 2009). Moreover, the current study takes into account Frisch (1998) and Power's (2003) comprehensive definitions of QoL and adds to previous research indicating that adolescents' evaluations of the impact of pregnancy may influence their current emotional state, which in turn may be indicative of how happy and satisfied they are with their lives. As such, adolescent pregnancy should not be regarded as a universally adverse event, as adolescents' adjustment during pregnancy depends somewhat on their subjective perceptions about the impact of pregnancy on several life domains, even after controlling for demographic and pregnancy-related variables. However, it is important to identify adolescents with a negative perception of the impact of pregnancy to help prevent depression and increase QoL. It may also be useful to incorporate screening tools for depressive symptoms into current clinical history questionnaires to identify and refer depressed adolescents for early psychological intervention.

Our findings also suggest important directions for interventions aimed at preventing and reducing depressive symptoms and improving QoL among adolescents with negative perceptions of the impact of pregnancy on their lives. According to the stress-buffering theory (Cohen & Wills, 1985; Eisenbarth & Olpin, 2010; Gottlieb & Bergen, 2010), in our sample adolescents' satisfaction with support from their mothers buffered the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on adolescents' QoL by weakening the association between a negative perception of the impact of

pregnancy and higher severity of depressive symptoms. This finding remained stable after controlling for support from adolescents' partners. Similar results were found for support from adolescents' partners while controlling for support from adolescents' mothers, highlighting the independent protective role of both sources of support during adolescent pregnancy (Stevenson et al., 1999). As such, improving the quality of adolescents' relations with their mothers and/or their partners, and promoting satisfactory support from these figures according to the idiosyncratic needs of the pregnant adolescent may be extremely important. These actions can not only contribute to reducing the risk for depression among adolescents with a negative perception of the impact of pregnancy but also help to treat symptoms among those who are already depressed and, in so doing, improve adolescents' QoL during pregnancy. However, further research is needed to assess the effect of interventions targeting the prevention and treatment of depression on adolescents' overall QoL. Studies that prospectively measure the effect of such interventions on both changes in depressive symptoms and perceptions of QoL are required.

In addition to the findings discussed above, we also found unexpected results. Although previous studies have suggested social support as an important protective factor for health-related QoL among depressed pregnant adults (Setse et al., 2009), in the present study social support did not weaken the association between depressive symptoms and QoL. This finding highlights the importance of interventions aimed to prevent and treat depressive symptoms among pregnant adolescents with a negative perception of the impact of pregnancy, as the association between depressive symptoms and poor QoL did not depend from the satisfaction with support from their mothers or from their partners when we were testing the indirect effect of the perceived impact of pregnancy on QoL through the levels of depressive symptoms.

Some limitations of our study must be acknowledged. First, it had a cross-sectional design, and therefore does not allow us to draw causal inferences. It is possible that the links between study variables are bidirectional (e.g., depressive symptoms may also lead to a more negative perception of the impact of pregnancy, poor QoL may also lead to higher depressive symptoms). Longitudinal designs are preferable for establishing a timeline that allows causal inferences (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988) and should be used in future research in this field. Second, we did not control for adolescents' depressive symptoms and QoL before pregnancy occurred. According to some authors (e.g., Cohen, Altshuler, & Harlow, 2006; Geronimus & Koremann, 1992; Nunes & Phipps, 2012), these are important variables to consider when assessing adjustment during adolescent pregnancy.

Despite these limitations, our study provides a number of important contributions to our understanding of the links between the perceived impact of pregnancy, depressive symptoms and QoL during adolescent pregnancy. It also contributes to a better understanding of the protective role of social support on these links; specifically, it shows how social support should be targeted in interventions aimed at reducing the risk of maladjustment in the transition to motherhood during adolescence.

References

- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health, 8*, 89-95. doi:10.1007/s00737-005-0077-9
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Alferes, V. (2002). *Inquéritos: Tamanho da amostra e intervalos de confiança* [Surveys: Sample size and confidence intervals] – *SPSS Syntax Files*. Retrieved from <http://goo.gl/tVbKzb>
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes Individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação – Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* [Pregnancy and transition to motherhood during adolescence: Individual and psychosocial determinants of pregnancy and adaptation – A study with adolescents from the Azores Islands] (Unpublished doctoral dissertation). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of the Unit of Psychological Intervention, Maternity Doutor Daniel de Matos, UCH]. Unpublished manuscript.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy, 33*, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Arenson, J. D. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing, 9*, 251-257. Retrieved from <http://goo.gl/BeZvjm>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine, 26*, 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beers, L. A. S., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Current Problems in Adolescent and Pediatric Health Care, 39*, 216-233. doi:10.1016/j.cppeds.2009.09.001
- Bogat, G. A., Guzmán, B., Galasso, L., & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology, 6*, 549-568. doi:10.1002/(SICI)1520-6629

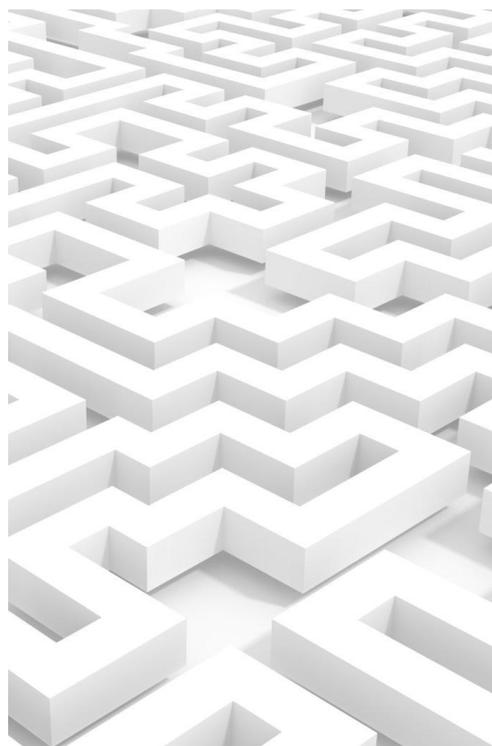
- Boyce, P. M., Johnsonstone, S. J., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., Harris, M. G., & Trachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 3*, 91-97. doi:10.1007/s007370070002
- Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., & Buman, M. P. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 894-900. doi:10.1007/s10995-011-0814-9
- Canavarro, M. C. (2001). *Consulta de Acompanhamento Psicológico: Relatório de actividades referentes ao ano de 2000* [Psychological Counselling Appointments: Activity report for the year 2000]. Unpublished manuscript.
- Canavarro, M. C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final* [Adolescent pregnancy and motherhood in the Azores Islands: Final report]. Unpublished manuscript.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas [Adolescent pregnancy and motherhood: Theoretical perspectives]. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* [Psychology of pregnancy and motherhood] (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, P. L. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental* [Individual, psychosocial, and relational risk factors for adolescent pregnancy in Portugal's mainland] (Unpublished doctoral dissertation). University of Beira Interior, Covilhã.
- Clements, D. (2003). Adolescent motherhood: A meta-synthesis of qualitative studies. *American Journal of Maternal Child Nursing, 28*, 93-99. doi:10.1097/00005721-200303000-00010
- Cohen, L. S., Altshuler, L., & Harlow, B. L. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association, 295*, 499-504. doi:10.1001/jama.295.5.499
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist, 53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khaliffé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 95-102. doi:10.1007/s00737-005-0108-6
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide for the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: RCPsych Publications.
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. O., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008). Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot

- program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *21*, 275-281. doi:10.1016/j.jpag.2008.02.002
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Drescher, K. M., Monga, M., Williams, P., Promenece-Cook, P., & Schneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *188*, 1231-1233. doi:10.1067/mob.2003.351
- Eisenbarth, C. A., & Olpin, M. (2010). Stress-buffering effects of perceived social support [Abstract]. *Annals of Behavioral Medicine*, *39*, 25-25. Retrieved from <http://goo.gl/1rhUYG>
- Elliott, B. A., & Larson, J. T. (2004) Adolescents in mid-sized and rural communities: Foregone care, perceived barriers, and risk factors. *Journal of Adolescent Health*, *35*, 303-309. doi:10.1016/S1054-139X(03)00534-2
- Eshbaugh, E. M. (2006). Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 339-342. doi:10.1007/s00737-006-0146-8
- Eshbaugh, E. M., Lempers, J., & Luze, G. J. (2006). Objective and self-perceived resources as predictors of depression among urban and non-urban adolescent mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 839-847. doi:10.1007/s10964-006-9108-8
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* [Postpartum depression, mother-infant interaction, and infant development] (Unpublished doctoral dissertation). University of Minho, Braga, Portugal.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Margarino, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, *8*(2), 123-138. doi:10.1080/14616730600785686
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, *10*, 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
- Flanagan, P. J., MacGrath, M. M., Meyer, E. C., & Garcia Coll, C. T. (1995). Adolescent development and transitions to motherhood. *Pediatrics*, *96*, 273-277. Retrieved from <http://goo.gl/GHF8E8>
- Fox-Wasylyshyn, S. M., & El-Masri, M. M. (2005). Handling missing data in self-report measures. *Research in Nursing & Health*, *28*, 488-495. doi:10.1002/nur.20100
- Frisch, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology*, *5*, 19-40. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00132.x
- Geronimus, A. T., & Koremann, S. (1992). The socioeconomic consequences of teenage childbearing reconsidered. *Quarterly Journal of Economics*, *107*, 1187-1214. doi:10.2307/2118385
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 511-520. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.001

- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. Retrieved from <http://www.personal.psu.edu/jxb14/M554/specreg/process2012.pdf>
- Jaffe, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J. A. Y., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology, 13*, 377-397. Retirado de <http://goo.gl/eqJOoH>
- Lau, Y., & Yin, L. (2011). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macau, China. *Midwifery, 27*, 668-673. doi:10.1016/j.midw.2010.02.008
- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 1355-1363. doi:10.1007/s10995-011-0900-z
- Logsdon, M. C., Hertweck, P., Ziegler, C., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 40*, 116-123. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00215.x
- McClanahan, K. K. (2009). Depression in pregnant adolescents: Considerations for treatment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 22*, 59-64. doi:10.1016/j.jpjag.2008.04.006
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 328-340. doi:10.1037/0022-006X.72.2.328
- Miller, L. (1998). Depression among pregnant adolescents [Abstract]. *Psychiatric Services, 49*, 970. Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=81634>
- Moore, M., Höfer, S., McGee, & Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes, 3*(1). doi:10.1186/1477-7525-3-1
- Naseem, K., Khurshid, S., Khan, S. F., Moeen, A., Farooq, M. U., Sheikh, S., ... Yawar, A. (2011). Health related quality of life in pregnant women: A comparison between urban and rural populations. *Journal of the Pakistan Medical Association, 6*, 308-312. Retrieved from <http://goo.gl/3BvcBm>
- Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 1071-1079. doi:10.1007/s10995-012-1089-5.
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e proteção para a gravidez na adolescência* [Relational risk and protective contexts for adolescent pregnancy] (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence, 40*(159), 655-671.

- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the Portuguese version of the index of quality of life EUROHIS-QOL-8]. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123.
- Pesavento, F., Marconcini, E., & Drago, D. (2005). Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy: Analysis of a sample of 100 women [Abstract]. *Minerva Ginecologica, 57*, 451-460. Retrieved from <http://goo.gl/Z65lky>
- Pinho, P. J. (2006). *Relatório de actividades do estágio da carreira técnica superior de saúde em psicologia clínica* [Probation report for access to the Portuguese technical health career in clinical psychology]. Unpublished manuscript.
- Pires, R. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes* [Contribution for understanding the etiology and impact of adolescent pregnancy: The influence of sociodemographic and past and current relational variables in the socioemotional adjustment of a group of pregnant adolescents] (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (in press). Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher: Um novo olhar sobre as questões reprodutivas na adolescência [Induced abortion on women's demand: A new perspective on reproductive issues during adolescence]. In M. R. Xavier (Ed.), *Interrupção voluntária da gravidez* [Induced abortion on women's demand]. Porto: Universidade Católica Editora.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-163). Amsterdam: IOS Press.
- Promodoris, M., Abram, S., Field, T., & Scafidi, F. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence, 29*, 331-343.
- Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy [Abstract]. *Archives of Women's Mental Health, 14*, 1-87. doi:10.3109/08039488.2011.590606
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R., & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal and Child Health Journal, 13*, 577-587. doi:10.1007/s10995-008-0392-7
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 199-210. doi:10.1007/s00737-007-0194-8

- Sieger, K., & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *Journal of Youth Adolescence, 36*, 567-581. doi:10.1007/s10964-007-9182-6
- SmithBattle, L. (1995). Teenage mothers' narrative of self: An examination of risking the future. *Advanced Nursing Science, 17*(4), 22-36.
- SmithBattle, L., & Leonard, V. W. (1998). Adolescent mothers four years later: Narratives of the self and visions for the future. *Advanced Nursing Science, 20*(4), 36-49.
- Spear, H. J. (2001). Teenage pregnancy: "Having a baby won't affect me that much". *Pediatric Nursing, 27*, 574-580. Retrieved from <http://goo.gl/tRRHkz>
- Stenberg, L., & Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. *Families in Society, 74*, 282-290.
- Stevenson, W., Maton, K. I., & Teti, D. M. (1999). Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence, 22*, 109-121. doi:10.1006/jado.1998.0204
- Tasdemir, S. T., Balci, E., & Günay, O. (2010). Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences, 115*, 275-281. doi:10.3109/03009731003628724
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology, 9*, 371-386. doi:10.1007/BF00918169
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- Wrennick, A. W., Schneider, K., & Monga, M. (2005). The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192*, 1465-1468. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.026



Capítulo 3 |

Síntese e discussão
dos resultados

No presente capítulo, retomamos os objetivos gerais da nossa investigação – conhecer as trajetórias individuais na origem da maternidade adolescente em Portugal e identificar fatores e processos explicativos do comportamento sexual e contraceptivo, da decisão reprodutiva e do ajustamento socioemocional durante a gravidez – para, a partir deles, refletirmos acerca dos principais resultados alcançados¹⁶. Apoiando-nos na abordagem preconizada pela Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner & Galambos, 1998; Lerner et al, 2000a; Williams et al., 2002) e no contributo específico do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) para a compreensão dos percursos conducentes à maternidade adolescente, começaremos pela síntese e discussão integrada dos principais resultados alcançados. De seguida, refletiremos acerca dos contributos desta investigação, procurando evidenciar as suas limitações, pontos fortes e implicações para estudos futuros e para as políticas e práticas de saúde dirigidas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população adolescente.

Síntese e discussão integrada dos principais resultados

Nos estudos empíricos que compõem a presente investigação obtivemos resultados informativos acerca das decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos que culminam na ocorrência de uma gravidez na adolescência, bem como das realidades interpessoais, sociodemográficas e motivacionais associadas a cada um deles (*Estudos Empíricos I e II*); obtivemos, igualmente, resultados caracterizadores das circunstâncias conducentes ao prosseguimento da gravidez (*Estudo Empírico II*), em todas as regiões do país. Estes resultados procuraram dar resposta ao primeiro objetivo geral deste trabalho. Dando resposta ao segundo objetivo geral desta investigação, os resultados alcançados permitiram ainda identificar fatores e processos explicativos da idade de iniciação sexual (*Estudo Empírico III*), da (in)eficácia do comportamento contraceptivo das jovens sexualmente iniciadas na prevenção de uma gravidez não planeada (*Estudos Empíricos IV e V*), da decisão reprodutiva das jovens que engravidam de forma não planeada e têm enquadramento legal para a IVG (*Estudo Empírico VI*) e do ajustamento

¹⁶ No capítulo anterior, todos os resultados foram discutidos no âmbito específico de cada um dos estudos empíricos elaborados, em seção própria dos mesmos. Como tal, a reflexão que aqui nos propomos fazer pretende, sem repetir essa discussão, contribuir para uma maior compreensão global acerca a forma como esses resultados se articulam num corpo único de conhecimento que serve os propósitos gerais da investigação. Com esse intuito, recuperaremos sumariamente algumas das reflexões previamente apresentadas, mas apresentaremos também outras que consideramos relevantes para a discussão global dos resultados desta investigação.

socioemocional durante o prosseguimento da gravidez (*Estudo Empírico VII*). De entre todos os resultados encontrados, consideramos importante destacar os seguintes:

i. Foram identificadas múltiplas trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência, cuja prevalência variou em função da região do país considerada e às quais se associaram diferentes motivações e realidades sociodemográficas:

- a. A nível nacional, independentemente de terem tido um ou múltiplos parceiros sexuais, as adolescentes engravidaram de forma mais frequente numa relação de namoro, sem terem planeado a gravidez, utilizando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez (por ordem de incidência: rotura do preservativo, esquecimentos na toma da pílula e diminuição da eficácia deste método por interações medicamentosas/problemas gastrointestinais).
- b. Na região Centro e nas RA dos Açores e da Madeira, no entanto, outras trajetórias surgiram de forma igualmente prevalente, refletindo decisões e comportamentos tais como: 1) a não-utilização de contraceção, por motivos alheios a um plano de gravidez (Centro e RA da Madeira); 2) a utilização de contraceção, sem identificação da falha que esteve na origem da gravidez (RA da Madeira); e 3) o planeamento da gravidez (RA dos Açores). A região do Alentejo diferenciou-se de todas as outras, ao apresentar como única trajetória dominante aquela que refletia o planeamento da gravidez.
- c. A maioria das gravidezes ocorreu no contexto de relações de namoro duradoras (em média de 20 meses) e mantidas com homens mais velhos (em média 4 anos), maioritariamente fora do sistema de ensino e empregados. Estes resultados foram particularmente expressivos quando a gravidez foi planeada, tendo também sido observadas algumas particularidades relativamente às características sociodemográficas das jovens nestas circunstâncias.

ii. Quando a gravidez não foi planeada, o seu prosseguimento ocorreu mediante diferentes circunstâncias legais, decisórias e motivacionais:

- a. A nível nacional, as jovens que prosseguiram a gravidez contactaram com os serviços de saúde maioritariamente após as 10 semanas de gravidez e, portanto, sem enquadramento legal para a IVG.
- b. No Norte e na RA dos Açores, no entanto, as jovens tinham maioritariamente enquadramento legal para a IVG à data desse contacto, mas apenas uma minoria ponderou essa a possibilidade.

- c. As escassas adolescentes que ponderaram a possibilidade de interromper a gravidez prosseguiram-na por decisão própria ou, embora de forma menos frequente, por imposição/influência de outros.
- iii. **Diversos fatores, pertencentes a múltiplos níveis de influência, contribuíram para explicar as decisões e comportamentos que podem conduzir as jovens à maternidade:**
- a. Algumas variáveis relacionadas com o sistema familiar (i.e., estrutura familiar e/ou história materna de gravidez adolescente), religioso (i.e., afiliação/envolvimento com uma religião) e escolar (i.e., situação escolar/habilitações literárias), bem como com as áreas de residência das jovens (i.e., urbanidade vs. ruralidade), revelaram contribuir para todas as decisões e comportamentos analisados.
- b. No entanto, o risco para cada decisão/comportamento variou em função de diferentes combinações de fatores e processos, refletindo o contributo de outras variáveis e a interdependência da sua ação.
- c. Ter vivenciado a menarca em idades mais precoces, pertencer a famílias não intactas, com história materna de gravidez na adolescência e com menores níveis de suporte emocional da mãe, não estar envolvida com uma religião e viver em Portugal Continental (vs. RA dos Açores) contribuiu para um início mais precoce da vida sexual. Também a frequência da escola (vs. o seu abandono) contribuiu para uma iniciação sexual mais precoce, mas apenas entre as adolescentes de origem étnica europeia. Verificou-se ainda uma associação positiva entre a despenalização da IVG e a idade de iniciação sexual, que foi mais forte quando as jovens viviam em Portugal Continental.
- d. Idades mais precoces de iniciação sexual, por seu lado, revelaram estar associadas à ineficácia das jovens na prevenção de uma gravidez não planeada, sendo essa associação explicada pela escolha de parceiros mais velhos e pelas menores habilitações literárias alcançadas pelas adolescentes. Em função dessas habilitações, foram ainda identificados diferentes perfis de risco para a ineficácia na prevenção da gravidez. De forma sumária, para as adolescentes com habilitações até ao 7º ano, esse risco foi elevado e apenas ligeiramente atenuado no caso de elas se considerarem afiliadas a uma religião. Para as jovens com habilitações entre o 7º e o 9º ano, o risco parece estar maioritariamente relacionado com a ausência de afiliação religiosa ou com a residência em local semiurbano/urbano e a existência de história materna de gravidez adolescente. Para as jovens com habilitações entre o 9º e o 11º ano, o risco parece residir no seu relacionamento com homens substancialmente mais velhos (7 ou mais anos); para as adolescentes com menos de 17 anos e provenientes de famílias não intactas, diferenças de idade mais reduzidas entre elas e os parceiros (menos de 7 anos) contribuem igualmente para um elevado risco.

- e. No que respeita à decisão reprodutiva, não ter ponderado ambas as alternativas (i.e., o prosseguimento e a IVG), pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez na adolescência, ter abandonado a escola antes da concepção e residir em áreas semiurbanas/urbanas, com menores níveis de escolaridade da população feminina e maior/menor religiosidade – conforme as jovens tivessem ou não afiliação religiosa, respetivamente – contribuiu para a decisão de prosseguir a gravidez. A menor idade da adolescente também se associou a esta decisão, mas apenas quando não foram ponderadas ambas as alternativas possíveis.

iv. O ajustamento socioemocional das jovens que se encontravam a prosseguir a gravidez variou de acordo com a perceção destas acerca do impacto da gravidez nas suas vidas:

- a. As jovens com perceções mais negativas acerca do impacto da gravidez apresentaram níveis de sintomatologia depressiva superiores e, conseqüentemente, menor QdV.
- b. O apoio social da mãe da adolescente e do pai do bebé revelaram ser fatores protetores a este nível.

A variabilidade das trajetórias que conduzem as adolescentes à gravidez: Que implicações?

Corroborando a heterogeneidade de percursos desenvolvimentais adaptativos e maladaptativos preconizada pela Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 2006; Compas & Relund, 2009; Lerner, 2006; Lerner & Galambos, 1998; Lerner et al., 2000a; Williams et al., 2002) e a concetualização da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico (Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005), os nossos resultados apontam para a existência de diferentes sequências de decisões e comportamentos conducentes à gravidez na adolescência na realidade sociocultural portuguesa. Os nossos resultados proporcionam ainda conhecimento específico não só sobre as motivações individuais que subjazem a cada uma dessas decisões e comportamentos, mas também sobre as diferentes realidades interpessoais e sociodemográficas que se associam às trajetórias identificadas; contribuem, por isso, para ampliar o reduzido corpo de investigação sobre estes temas (Agurcia et al., 2001; Canavarro & Pereira, 2001; Carvalho, 2012; Phipps et al., 2008; William, 1993).

Ao reforçarem a escassa evidência empírica de que as adolescentes que engravidam não constituem um grupo homogéneo, os nossos resultados têm importantes implicações ao nível da consciencialização de que as abordagens científicas e práticas dirigidas à prevenção da

maternidade adolescente deverão ser simultaneamente abrangentes e diversificadas, de forma a incorporar as várias decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos que podem conduzir as jovens à gravidez, bem como as diferentes realidades interpessoais, sociodemográficas e motivacionais que lhes subjazem. De forma específica, os nossos resultados reforçam a necessidade de abandonar abordagens reducionistas da maternidade adolescente enquanto, por exemplo, fenómeno não planeado (Agurcia et al., 2001; Montgomery, 2002; Moore et al., 1995), desprovido de enquadramento afetivo ou resultante de relações sexuais estabelecidas contra a vontade das jovens (Lindberg, Sonenstein, Ku, & Martinez, 1997; Males & Chew, 1996; Manning et al., 2009), da ausência de informação sobre métodos contraceptivos e/ou da incapacidade cognitiva das adolescentes para traçar um plano de ação com vista à utilização desses métodos quando sexualmente ativas (Balassone, 1991; Commendador, 2007; Klaczynski et al., 2001; Kuhn, 2009; Weinberger, Elvevåg, & Giedd, 2005). Os nossos resultados questionam, igualmente, os estereótipos de homogeneidade acerca das características sociodemográficas das adolescentes que se tornam mães e dos seus parceiros (Diamond & Savin-Williams, 2009; Phipps et al., 2008), alimentados durante décadas por estudos comparativos entre estas/estes e os seus pares sem história de gravidez (e.g., Afbale-Munsuz et al., 2006; Araújo Pedrosa et al., 2011; Berry et al., 2000; Carvalho, 2012; Corcoran, 1999; Corcoran et al., 2000; East et al., 2006; Keddie, 1992; Moore et al., 1995; Pereira et al., 2005; Pires, 2009). Abordaremos todos estes tópicos de forma integrada nos pontos que se seguem.

A gravidez na adolescência enquanto fenómeno planeado

Apesar de serem escassos os estudos que controlam o planeamento da gravidez na análise dos comportamentos contraceptivos da população adolescente (Davies et al., 2006; Gold et al., 2010; Moore et al., 1995), entre as jovens da nossa amostra (*Estudos Empíricos I e II*), quase um quarto das gravidezes resultou da decisão de ter um filho naquele momento da vida. De forma mais específica, a análise regional efetuada no *Estudo Empírico II* revelou que a prevalência desta decisão variou entre os 15,18% no Norte do país e os 38,89% na região do Alentejo. Estes são os primeiros dados nacionalmente representativos sobre a gravidez na adolescência enquanto fenómeno planeado, contribuindo para esclarecer a elevada variabilidade que tem vindo a ser observada relativamente à sua prevalência em estudos institucional ou regionalmente circunscritos (Araújo Pedrosa, 2009; Carvalho, 2012; Figueiredo, Pacheco et al., 2006; Figueiredo et al., 2004, 2005).

O *Estudo Empírico I* revelou, ainda, que a gravidez planeada pode constituir-se como uma das situações mais frequentes, ou mesmo a mais frequente, quando são consideradas as várias trajetórias relacionais e reprodutivas passíveis de culminar numa gravidez adolescente. Entre as jovens que mantinham uma relação de namoro com o seu primeiro parceiro sexual – e que

perfaziam a maioria da amostra analisada –, a segunda situação que de forma mais frequente conduziu à gravidez foi o planeamento da mesma. Nos Açores e no Alentejo, regiões onde as taxas de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos são as mais elevadas de todo o país (INE, 2013; PORDATA, 2013), esta trajetória foi mesmo a mais frequente. Por este facto, e tal como recomendam Davies et al. (2006) e Moore et al. (1995) no panorama internacional, o impacto da decisão de ser mãe nesta fase do ciclo de vida não deve ser menosprezado em iniciativas que visem a compreensão e prevenção do fenómeno da maternidade adolescente na realidade sociocultural portuguesa.

Segundo os nossos resultados, o impacto desta decisão deve ser particularmente tido em conta junto das adolescentes mais velhas (em média com 17 anos), com menor escolaridade (em média o 7º ano) e residentes em meios semiurbanos/rurais situados em regiões menos desenvolvidas e onde a maternidade continua a assumir um papel preponderante na vida da mulher. Este parece ser o caso do Alentejo e dos Açores, regiões que apresentam os menores índices sintéticos de desenvolvimento regional¹⁷ (INE, 2014b; Nunes, Alves, & Silva, 2012), as menores taxas de emprego da população feminina (INE, 2014d), a menor idade média das mulheres à data do nascimento do primeiro filho (INE, 2014a) e o maior número médio de filhos por mulher de todo o país (INE, 2014c). Estes resultados vão de encontro às sugestões de diversos autores sobre o possível contributo das condições individuais e ambientais descritas para que a gravidez na adolescência se afigure como um projeto de vida válido e até realizador do ponto de vista pessoal (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001; Cavazos-Rehg et al., 2013; Matos & Simões, 2010; Merrick, 1995; Miller et al., 2005; Murry, 1995; Vilar & Gaspar, 1999). Salientam, no entanto, que essa maior aceitabilidade/desejabilidade pode traduzir-se não só na boa aceitação de uma gravidez que não havia sido planeada (Araújo Pedrosa, 2009; Cavazos-Rehg et al., 2013), mas também, e com uma frequência considerável, no planeamento da gravidez. A maior proporção de partos prévios observada entre as jovens destas regiões sugere ainda que o planeamento da gravidez poderá igualmente estar associado à recorrência da maternidade nesta fase do ciclo de vida.

Ainda de acordo com os resultados do *Estudo Empírico I*, independentemente de as jovens terem tido apenas um ou múltiplos parceiros sexuais, o planeamento da gravidez ocorreu no contexto de relações de namoro tendencialmente mais duradouras (em média entre os 21 e os 23 meses), caracterizadas por maiores diferenças de idade entre as adolescentes e os seus parceiros (em média entre os 5 e os 6 anos), estando estes maioritariamente empregados (60,29% e 61,29%) e menos frequentemente inseridos no sistema de ensino (11,76% e 12,90%) do que o verificado nas restantes trajetórias conducentes à gravidez (duração média das relações \leq 21 meses; diferenças médias de idade \leq 5 anos; inserção no sistema de ensino \geq 14,67%). Tais resultados contribuem para aumentar a especificidade do escasso conhecimento existente sobre as

¹⁷ O Índice Sintético de Desenvolvimento Regional reflete o resultado conjugado dos desempenhos regionais numa matriz de 65 indicadores distribuídos por três componentes: *Competitividade*, *Coesão* e *Qualidade Ambiental* (INE, 2014b).

características das relações e dos parceiros das adolescentes que engravidam de forma planeada (Agurcia et al., 2001; Canavarro & Pereira, 2001; Lindberg et al., 1997; Merrick, 1995).

Apesar de a literatura sugerir que as características masculinas acima descritas podem contribuir, por um lado, para um maior desejo de ser pai naquele momento das suas vidas comparativamente com aquele que é esperado entre adolescentes e, por outro, para um maior poder na relação com vista a uma tomada de decisão nesse sentido (Agurcia et al., 2001; Catalozzi, Simon, Davidson, Breitbart, & Rickert, 2011; Clear, Williams, & Crosby, 2012; Davies et al., 2006; Wang & Chiou, 2008), os resultados do *Estudo Empírico II* sugerem que esta situação poderá encontrar-se regionalmente circunscrita na realidade sociocultural portuguesa. De forma específica, apenas no Alentejo – região na qual as adolescentes grávidas se encontravam mais frequentemente casadas/unidas de facto, fora do sistema de ensino e desempregadas, apresentando igualmente a maior proporção de partos prévios de todo o país – a decisão de ter um filho naquele momento da vida foi igualmente atribuída pelas jovens ao seu parceiro ou a ambos os membros do casal. Nas restantes regiões do país, na perspectiva da maioria das adolescentes, o planeamento da gravidez foi uma decisão partilhada e tomada com vista ao fortalecimento da relação e/ou no contexto de projetos de vida voltados para a conjugalidade e maternidade, nomeadamente como via de autonomização da jovem do seu sistema parental. Nas regiões Norte, Centro e LVT verificaram-se, inclusivamente, casos isolados em que as jovens atribuíram a decisão de engravidar unicamente a si próprias (4,12%). Tais resultados vão ao encontro do que Lindberg et al. (1997) denominam como oportunidades de emancipação, possivelmente percebidas por estas jovens em função da maior autonomia dos seus parceiros e de visões idealizadas acerca da conjugalidade e da maternidade (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001).

A gravidez na adolescência enquanto fenómeno não planeado

No que respeita à gravidez não planeada, os resultados do *Estudo Empírico I* revelam que as motivações mais frequentes para a ausência de utilização de contraceção – uma das situações dominantes na região Centro e na RA da Madeira – variaram entre a ausência de informação sobre o risco de gravidez e/ou os métodos contraceptivos disponíveis e a indesejabilidade da jovem ou do seu parceiro em usar/continuar a usar os métodos contraceptivos conhecidos. A ausência de informação foi declarada apenas pelas jovens que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual. Estes resultados vão de encontro ao que Cavazos-Rehg et al. (2013) e Matos et al. (2012) referem acerca do facto de a adoção de comportamentos preventivos não depender exclusivamente do grau de conhecimentos, mas também da motivação e das competências adquiridas, nomeadamente ao nível da negociação da contraceção com o parceiro sexual (Davies et al., 2006; Miller, Clark, & Moore, 1997). Estes resultados reforçam, igualmente, a atenção que deve ser dada

às diferentes motivações que podem estar associadas a um mesmo comportamento de risco (Araújo Pedrosa, 2009; Phipps et al., 2008). Corroboram, em primeiro lugar, a necessidade de diferenciar as jovens que não usam contraceção em função de um plano de gravidez daquelas que não utilizam contraceção mas não planeiam engravidar, uma vez que a intervenção terá de ser necessariamente distinta nos dois grupos (Cavazos-Rehg et al. 2013; Gold et al., 2010; Sheeder et al., 2009a). Adicionalmente, reforçam a importância de atender às diferentes motivações para a ausência de utilização de contraceção por parte das jovens que não planeiam engravidar naquele momento das suas vidas (Phipps et al., 2008). O facto de estas motivações terem variado em função do número de parceiros sexuais salienta ainda a importância de atender aos contextos relacionais com vista à compreensão das condições sob as quais as diferentes motivações para a ausência de utilização de contraceção poderão emergir de forma mais frequente (Agurcia et al., 2001; Canavarro & Pereira, 2001; Davies et al., 2006; Ferreira, 2008; Phipps et al., 2008).

Por outro lado, da análise integrada dos *Estudos Empíricos I e II*, podemos concluir que mais de metade das adolescentes utilizava contraceção à data da conceção; esta proporção atingiu quase os três quartos quando foram apenas consideradas as jovens que não planearam a gravidez. A ocorrência da gravidez no contexto de utilização de contraceção com identificação da respetiva falha foi, aliás, a situação mais frequente nas regiões do Norte, LVT e Algarve e uma das mais frequentes nas regiões Centro e RA dos Açores e da Madeira, o que é ilustrativo da centralidade que assume no fenómeno da maternidade adolescente na realidade sociocultural portuguesa. Segundo estes resultados, e à semelhança do que referem os estudos dedicados à avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes portugueses (e.g., Dias, 2009; Matos, 2010, 2013), é então necessário reconhecer o atual conhecimento das jovens sobre métodos contraceptivos, as mais-valias dessa informação para as que se encontram motivadas a adotar comportamentos contraceptivos com vista à prevenção de uma gravidez e a sua capacidade para os planear. No entanto, tal como têm vindo a alertar alguns estudos internacionais (Abma et al., 1997; Jones et al., 2002; Klerman, 2000; Tripp & Viner, 2005), é igualmente necessário reconhecer as dificuldades das jovens na correta implementação desses comportamentos contraceptivos e as consequências que daí podem advir.

Acresce que, segundo os resultados do *Estudo Empírico I*, a identificação das falhas contraceptivas, apesar de mais frequente do que a ausência da sua identificação, não conduziu as jovens a comportamentos alternativos que fossem eficazes na prevenção da gravidez. Uma vez que as falhas reportadas disseram maioritariamente respeito a situações detetáveis ou passíveis de serem antecipadas e, em ambos os casos, colmatadas antes da ocorrência de uma gravidez¹⁸, tal resultado recomenda que os investimentos na compreensão e prevenção da gravidez na

¹⁸ Todas as falhas relatadas poderiam ter sido colmatadas, nomeadamente, através do recurso à contraceção de emergência. Também a ausência de relações sexuais ou a utilização de métodos contraceptivos de barreira durante os períodos de risco devidos a esquecimentos na toma da pílula e/ou interferências medicamentosas ou gastrointestinais com a sua eficácia – bem como os ajustes na toma deste contraceptivo oral recomendados nestas situações – poderiam ter sido ações eficazes na prevenção de uma gravidez não planeada (Adoles(Ser), 2013; Castro & Rodrigues, 2009; French & Cowan, 2009; Sampaio et al., 2000).

adolescência não se esgotem no planeamento e implementação de comportamentos contraceptivos adequados à prevenção da gravidez aquando das relações sexuais, nem na capacidade das jovens para monitorizar a qualidade desses comportamentos. Em vez disso, afigura-se como necessário que tais investimentos abranjam um processo contínuo que inclua também a mobilização atempada de estratégias alternativas face a dúvidas sobre a eficácia desses comportamentos.

Por fim, salientamos o facto de os nossos resultados serem coerentes com a necessidade de abandonar visões estereotipadas da maternidade não planeada na adolescência enquanto fenómeno desprovido de enquadramento afetivo e/ou resultante de relações estabelecidas unicamente entre adolescentes. O primeiro destes estereótipos tem sido corroborado pela literatura internacional que aponta o elevado número de parceiros sexuais e as relações ocasionais como fatores de risco para a ineficácia das jovens na prevenção de uma gravidez (e.g., Coker et al., 1994; Ford et al., 2001; O'Donnell et al., 2001). No entanto, a partir dos resultados do *Estudo Empírico I* é possível concluir que, à semelhança do que se verificou com a gravidez planeada, a gravidez não planeada foi mais frequente entre jovens que mantinham uma relação de namoro com o seu primeiro parceiro sexual. Apenas uma minoria residual das adolescentes engravidou no contexto de uma relação ocasional (1,31%), sendo as relações de namoro das restantes jovens consideravelmente duradouras (em média ≥ 14 meses). Nos *Estudos Empíricos IV e V*, apesar de o número de parceiros sexuais ter variado entre 1 e 10 na totalidade da amostra, foi ainda possível concluir pela inexistência de diferenças significativas relativamente ao número médio de parceiros entre jovens grávidas e adolescentes que foram eficazes na prevenção da gravidez até à data da avaliação.

Relativamente ao segundo destes estereótipos, apesar de existir um progressivo consenso acerca do papel assumido por homens adultos na ocorrência de uma gravidez durante a adolescência das suas parceiras (Agurcia et al., 2001; Lindberg et al., 1997; Lu, Hwang, Suhng, Chou, & Lee, 1999; Males & Chew, 1996), essa realidade tem sido encarada como particularmente válida no caso de a gravidez ter sido planeada (Agurcia et al., 2001; Lindberg et al., 1997) ou resultante de relações sexuais mantidas contra a vontade da jovem (Males & Chew, 1996; Taylor, Chavez, Adams, Chabra, & Shah, 1999). Em diversos países desenvolvidos, as restantes situações de gravidez na adolescência continuam a ser encaradas, científica e politicamente, como fenómenos que ocorrem em relações estabelecidas entre adolescentes¹⁹. No entanto, os resultados do *Estudo Empírico II* revelam que em todas as regiões do país a idade média dos parceiros das adolescentes era igual ou superior a 20 anos. Com base nos resultados dos *Estudos Empíricos I e V* é ainda possível inferir que, mesmo nas situações em que a gravidez não foi planeada, um número considerável de parceiros seriam adultos (i.e., ≥ 20 anos). Segundo o primeiro destes estudos, as diferenças de

¹⁹ Tal abordagem tem sido visível, por exemplo, em estudos que utilizam amostras constituídas apenas por homens adolescentes com vista à compreensão da influência masculina na ocorrência e vivência de uma gravidez nesta fase do ciclo de vida (e.g., Brindis et al., 1998; Miller, 1997; Pirog-Good, 1995; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2006). A mesma abordagem é ainda visível em políticas de saúde que preveem a implementação de programas de prevenção da gravidez na adolescência e de outros resultados indesejáveis apenas em contexto escolar ou, em alternativa, em contextos de saúde e comunitários mas de forma unicamente dirigida a grupos de mulheres e/ou homens adolescentes (Males, 1993; Males & Chew, 1996).

idade entre os membros do casal atingiram máximos de 13 a 23 anos, sugerindo que algumas destas gravidezes ocorreram não apenas no contexto de relacionamentos entre adolescentes e jovens adultos, mas também entre adolescentes e adultos consideravelmente mais velhos. Acrescem a estes dados a duração significativa das relações mantidas com estes indivíduos (em média entre os 14 e os 21 meses) e a ausência de quaisquer referências das jovens ao carácter indesejado da atividade sexual que culminou na ocorrência da gravidez.

A despenalização da IVG: Que oportunidades e que relevância para as adolescentes que engravidam?

Conforme tivemos oportunidade de expor no primeiro capítulo deste trabalho, a proporção de IVG realizadas por adolescentes em Portugal tem vindo a assumir valores estáveis na ordem dos 11% (DGS, 2013b, 2013c, 2014), sendo que em nenhuma região do país este é o desfecho mais frequente em caso de gravidez adolescente (DGS, 2011; PORDATA, 2013). No entanto, corroborando a relevância de considerar esta tomada de decisão reprodutiva na compreensão do processo multifásico que pode conduzir as adolescentes à maternidade e reforçando as evidências da literatura acerca da heterogeneidade dos percursos resultantes desse processo (Benson, 2004; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Elder, 1998; Miller et al., 2005), os nossos resultados revelam que o prosseguimento de uma gravidez não planeada na adolescência ocorre sob diferentes circunstâncias legais, decisórias e motivacionais nas diferentes regiões do país. Da análise dessas circunstâncias emergem algumas considerações acerca das oportunidades e da relevância que o recente quadro legal que despenaliza a IVG em Portugal assume para as jovens no percurso que as conduz à maternidade.

Em primeiro lugar, os resultados do *Estudo Empírico II* permitem concluir que, a nível nacional, mais de metade das jovens que prosseguiram uma gravidez não planeada não tinham enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto presencial com os serviços de saúde. Apesar dos esclarecimentos necessários acerca destes resultados exploratórios, desde já gostaríamos de abordar algumas hipóteses explicativas. Uma delas vai ao encontro do referido por diversos autores (Bailey et al., 2001; Dobkin et al., 2013; Leal, 2006; Needle & Walker, 2008) sobre a deteção habitualmente mais tardia da gravidez entre adolescentes e a sua maior necessidade de tempo para tomadas de decisão complexas. Estas situações, a verificarem-se, podem ter contribuído para que algumas adolescentes não tenham detetado atempadamente a gravidez (i.e., durante as primeiras 10 semanas) ou que, caso o tenham feito, não tenham conseguido gerir toda a informação e/ou recursos necessários à solicitação de uma IVG dentro do prazo legal para o efeito. Em ambos os casos, as adolescentes poderão ter procurado posteriormente obter acompanhamento pré-natal por estarem já cientes da impossibilidade legal de realizar uma IVG.

Por outro lado, à luz dos resultados do *Estudo Empírico VI*, parece-nos também possível hipotetizar que as adolescentes não tenham ponderado a opção de interromper a gravidez ou que a decisão de a prosseguir tivesse já sido tomada dentro do prazo legal para a IVG. Nestes casos, a solicitação de acompanhamento pré-natal poderá ter sido protelada para momentos mais avançados da gravidez, situação apontada por alguns estudos como sendo comum entre adolescentes (e.g., Dobkin et al., 2013; Leal, 2006; Silva, 1992; Wiemann, Berenson, Pino, & McCombs, 1997).

Em segundo lugar, na região Norte e na RA dos Açores, duas das três regiões portuguesas onde a IVG é o desfecho menos frequente em caso de gravidez adolescente (DGS, 2011; PORDATA, 2013), as jovens analisadas tinham maioritariamente enquadramento legal para a IVG à data do contacto com os serviços de saúde; no entanto, essa não foi uma opção por elas ponderada. Estes dados sugerem que, mesmo a existir, a oportunidade de realizar uma IVG parece não ser relevante para estas jovens no processo decisional que as conduz à maternidade. Tal pode dever-se a percepções positivas acerca da maternidade, formuladas com base na emergência de sentimentos de felicidade e/ou realização pessoal face à deteção da gravidez (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009; Neto et al., 2007; Oliveira et al., 2008), bem como à ausência de uma reflexão estruturada e/ou devidamente suportada acerca dos custos e benefícios envolvidos nas opções disponíveis (i.e., no prosseguimento e na interrupção da gravidez; Murry, 1995). Apesar de o *Estudo Empírico II* não nos permitir fundamentar inferências desta natureza, no *Estudo Empírico VI* os nossos resultados foram congruentes com os estudos internacionais que sugerem que a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente se associa a contextos familiares empobrecidos (Eisen, Zellman, Leibowitz, Chow, & Evans, 1983; Murry, 1995) e onde a aceitabilidade da maternidade precoce poderá ser maior em função da sua história prévia de gravidez adolescente (Coleman, 2006; Evans, 2001), a situações em que a valorização de projetos de vida escolarizados poderá ser menor à luz da menor escolaridade da população feminina da região de pertença ou do próprio insucesso/abandono escolar já vivenciado pela jovem (Adamczyk, 2008; Bradshaw, Finch, & Miles, 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004; Ourô & Leal, 2004) e à ausência de ponderação de ambas as alternativas possíveis (Murry, 1995).

Por fim, destacamos os resultados do *Estudo Empírico II* que revelam que as escassas adolescentes das regiões Norte e LVT que tinham enquadramento legal para a IVG e ponderaram essa possibilidade prosseguiram a gravidez maioritariamente por decisão própria, em função de crenças religiosas contra a IVG ou do desejo de ser mãe. Apenas nas regiões Centro, Alentejo e RA dos Açores o número residual de adolescentes nas mesmas circunstâncias prosseguiu a gravidez por imposição/influência da sua própria família, da família do companheiro ou do próprio. Neste estudo, a questão da autonomia na decisão reprodutiva foi apenas analisada relativamente às jovens que ponderaram a hipótese de realizar uma IVG mas decidiram prosseguir a gravidez. No entanto, os resultados do *Estudo Empírico VI* permitem-nos concluir que, entre todas as jovens que engravidaram de forma não planeada e tiveram oportunidade legal para a IVG, apenas 6,16% atribuíram a decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez a outros significativos. Os

resultados do mesmo estudo revelaram, ainda, que a influência da idade das jovens na sua decisão reprodutiva não variou em função da autonomia que tiveram na decisão. Estes resultados, apesar de exploratórios, são tranquilizadores face às preocupações de alguns autores sobre o efeito da coação de outros significativos (e.g., Evans, 2001) e/ou das leis de consentimento parental (e.g. Coleman, 2006) na decisão reprodutiva das jovens que engravidam.

A transversalidade e especificidade do contributo de fatores de diversos níveis de influência para as decisões e comportamentos analisados

Os nossos resultados revelam a existência de fatores, de diversos níveis de influência, que contribuem de forma transversal (i.e., influenciando todas as decisões/comportamentos analisados) e específica (i.e., assumindo papéis de relevo apenas em algumas dessas decisões/comportamentos) para ampliar o risco de maternidade adolescente na realidade sociocultural portuguesa; reforçam, assim, o carácter interdependente das decisões e comportamentos que podem conduzir as adolescentes à maternidade (Coker et al., 1994; Coleman, 2006; Lindberg et al., 1997; O'Donnell et al., 2001; Santelli & Melnikas, 2010; Wellings et al., 1999), mas também a natureza distinta de cada uma delas (Canavarro & Pereira, 2001; Hardy & Zabin, 1991). Apesar da prudência com que devem ser interpretados estes resultados²⁰, dada a inexistência de investigações que adotem uma perspetiva simultaneamente multifásica (Benson, 2004; Casper, 1990; Elder, 1998; Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005) e ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) da maternidade adolescente, os mesmos constituem um contributo pioneiro para a compreensão holística da etiologia deste fenómeno.

Contributos transversais

Através da análise integrada dos resultados dos *Estudos Empíricos III, IV, V e VI*, podemos concluir que as características dos principais sistemas sociais em que o desenvolvimento das adolescentes ocorre – bem como as interações que as jovens estabelecem com eles –, e dos contextos mais latos nos quais esses sistemas se integram estão entre os fatores que de forma mais consistente contribuem para explicar o risco de ser mãe durante a adolescência. Referimo-nos, em particular, a variáveis relacionadas com o sistema familiar (i.e., estrutura familiar e/ou

²⁰ Esta prudência é necessária, nomeadamente, em função do facto de nem todos os fatores terem sido testados como explicativos de todas as decisões e comportamentos analisados. À luz do macroparadigma orientador deste trabalho (Cicchetti, 2006; Compas & Relund, 2009; Lerner, 2006; Lerner & Galambos, 1998; Lerner et al., 2000a) e do modelo bioecológico no qual se baseou o seu desenho (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), para cada decisão e comportamento foram apenas testados os fatores que eram sugeridos como relevantes na literatura específica sobre os mesmos. Acresce que, pela natureza desta investigação, os estudos empíricos que a compõem foram conduzidos de forma independente, utilizando diferentes amostras, devidamente ajustadas aos objetivos a que se propunham.

história materna de gravidez adolescente), religioso (i.e., afiliação/envolvimento com uma religião) e escolar (i.e., situação escolar/habilitações literárias), bem como com as áreas de residência das jovens (i.e., urbanidade vs. ruralidade).

Estes resultados são congruentes com o sugerido por autores como Araújo Pedrosa (2009), Gordon (1996) e Salazar et al. (2009) acerca do papel primordial que as influências sociais e culturais podem assumir na saúde sexual e reprodutiva da população adolescente. Tais conclusões baseiam-se na assunção de que os adolescentes interiorizam normas, atitudes e comportamentos veiculados pelo meio que os envolve através de um processo de socialização que se baseia na construção e transmissão de representações, valores pessoais e expectativas que poderão ser de risco para a maternidade adolescente (Lourenço, 1998; Miller et al., 2005; Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006). O ambiente social e cultural influencia, aliás, a esfera relacional e individual e, conseqüentemente, o desenvolvimento emocional, cognitivo, da personalidade e interpessoal dos adolescentes (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001; Miller et al., 2005; Pereira, 2001; Rodrigues et al., 2004; Smetana et al., 2006). Como tal, o seu impacto na saúde sexual e reprodutiva desta população não deverá ser entendido de forma linear.

De forma específica, no que respeita ao sistema familiar, os nossos resultados corroboram as evidências da literatura sobre o maior risco de vir a ser mãe adolescente vivenciado pelas jovens com história materna de gravidez na adolescência (e.g., East et al., 2006; Evans, 2001; Pereira, 2001; Pereira et al., 2005). Quando olhamos apenas para os comportamentos sexuais e contraceptivos (i.e., para a iniciação sexual em idades mais precoces e para a ineficácia na prevenção da gravidez), de forma congruente com estudos prévios, verificamos ainda o contributo comum da pertença a famílias não intactas (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Lammers et al., 2000; Miller et al., 2005). Resultados semelhantes têm sido interpretados à luz da transmissão de atitudes mais permissivas e favoráveis face à atividade sexual e à ocorrência de uma gravidez na adolescência por parte de ambientes familiares com história de maternidade adolescente e/ou em que a maternidade foi vivenciada fora de um contexto conjugal ou de coabitação (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Wildsmith, Manlove, Jekielek, Moore, & Mincieli, 2012). Alguns autores acrescentam ainda que os agregados não intactos proporcionam menor apoio e supervisão, o que pode igualmente explicar o risco para a ocorrência de uma gravidez adolescente (Brauner-Otto & Axinn, 2010; Ramirez-Valles et al., 2002), nomeadamente ao proporcionar um desenvolvimento (e.g., emocional, cognitivo e interpessoal) mais pobre, ao contribuir para menores níveis de qualidade na comunicação entre pais e filhos e ao aumentar a probabilidade de envolvimento destes com pares desviantes e a procura de gratificação emocional em relacionamentos românticos, por vezes orientados para a conjugalidade e/ou para a maternidade (ver Pires, 2009, para uma revisão mais alargada).

Relativamente ao sistema religioso, os nossos resultados revelam que a ausência de afiliação/envolvimento com uma religião contribui para uma iniciação sexual em idades mais precoces e para ineficácia dos comportamentos contraceptivos na prevenção da gravidez. Os

estudos que encontram resultados semelhantes realçam a influência que os sentimentos mais negativos ou de maior desaprovação acerca da atividade sexual e da maternidade pré-marital e/ou durante a adolescência, coerentes com as crenças das diversas religiões e tanto mais esperados quanto mais forte for o envolvimento da jovem com a religião em causa, assumem ao nível do comportamento sexual e contraceutivo das adolescentes (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Brückner, Martin, & Bearman, 2004; East et al., 2006; Miller et al., 2005; Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001). Também o envolvimento em atividades extracurriculares de formação, lazer ou de voluntariado social e os sentimentos de pertença à comunidade, em muito potenciados entre os jovens pelo envolvimento com as instituições religiosas, surgem em vários estudos como importantes dissuasores do envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Canavarro & Pereira, 2001; Kirby, 2001). Já no que respeita à decisão reprodutiva, o contributo da afiliação religiosa foi também relevante – desta feita como moderador do efeito da religiosidade dos locais de residência das jovens –, mas operou, como seria de esperar (Adamczyk, 2008; Evans, 2001), no sentido da valorização da maternidade em detrimento da IVG.

Os nossos resultados vão também ao encontro da extensa literatura que aponta as variáveis relacionadas com o sistema escolar como particularmente relevantes na explicação do fenómeno da maternidade adolescente. Tal como refere Araújo Pedrosa (2009), a escolarização, quer concebida enquanto variável individual restrita (na medida em que afeta o funcionamento e a capacidade intelectual das jovens), quer enquanto contexto de interação da adolescente, assume-se como relevante para o aumento ou diminuição do risco de gravidez. De forma específica, espera-se que as adolescentes com forte orientação para prosseguir o percurso académico e que experimentam sucesso e boa integração no sistema escolar tenham menor probabilidade de ser sexualmente ativas e, caso o sejam, tenham maior probabilidade de usar contraceção e de optar pela IVG face à ocorrência de uma gravidez (Fergusson & Woodward, 2000; Manlove, 1998; Manlove, Ryan, & Franzetta, 2006).

No entanto, na nossa investigação o contributo da situação escolar não operou na mesma direção em todas as decisões/comportamentos analisados: enquanto a frequência da escola contribuiu para aumentar o risco de iniciar a vida sexual em idades mais precoces (embora apenas entre as adolescentes de origem étnica europeia e de forma contrária à tendência das jovens pertencentes a minorias étnicas), foram as baixas habilitações literárias e o abandono escolar que, conforme esperado (Adamczyk, 2008; Araújo Pedrosa et al., 2011; Corcoran et al., 2000; Evans, 2001; Murry, 1995; OMS, 2004b; Ourô & Leal, 1998), contribuíram para aumentar o risco de comportamentos contraceutivos ineficazes na prevenção da gravidez e de decidir pelo seu prosseguimento, respetivamente. O primeiro destes resultados, discutido em detalhe no *Estudo Empírico III*, não foi congruente com a literatura sobre o tema, reforçando o previamente preconizado por Schvaneveldt et al. (2001) em relação à complexidade das relações existentes entre as variáveis relacionadas com o sistema escolar e os comportamentos sexuais dos adolescentes e evidenciando a necessidade de atender às várias dimensões do sistema escolar na

avaliação do seu impacto nesses comportamentos. Os nossos resultados sugerem, ainda, a importância de ter em conta as possíveis variações do impacto das variáveis relacionadas com o sistema escolar em função das características culturais dos indivíduos e dos diferentes comportamentos em causa. A partir da análise integrada dos resultados dos *Estudos Empíricos III, IV, V e VI* podemos então concluir que, apesar de a iniciação da vida sexual em idades mais precoces entre adolescentes de origem étnica europeia ocorrer maioritariamente quando estas ainda se encontram inseridas no sistema de ensino, a escola poderá não conseguir exercer poder de atração suficiente para que muitas dessas jovens obtenham o sucesso desejado e/ou desenvolvam aspirações académicas que as levem a continuar os estudos. Tal facto, por sua vez, coloca-as em risco acrescido para comportamentos contraceptivos desadequados à prevenção de uma gravidez não planeada e à opção pelo prosseguimento da gravidez, quando esta se verifica.

No que toca à ruralidade vs. urbanidade dos locais de residência, a análise integrada dos resultados dos *Estudos Empíricos I, III, V e VI* sugere que as conclusões da literatura acerca da contribuição dos ambientes caracteristicamente rurais – enquanto áreas habitualmente mais empobrecidas económica e culturalmente, menos industrializadas e/ou desenvolvidas e onde a escolarização feminina é menos valorizada e a maternidade assume um papel mais central na vida da mulher (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Commendador, 2010; Smith & Elander, 2006; Uthman, 2008; Wellings et al., 1999) – para o risco de vir a ser mãe na adolescência poderão ser particularmente válidas na realidade sociocultural portuguesa apenas no caso de a gravidez ter sido planeada. Pelo contrário, entre as jovens que não planeiam engravidar, parecem ser os ambientes semiurbanos/urbanos aqueles que incrementam de forma mais acentuada a probabilidade de comportamentos e decisões que as podem conduzir à maternidade. Estes resultados reforçam a necessidade de atender à heterogeneidade de trajetórias que podem conduzir à maternidade adolescente no estudo da sua etiologia (Canavarro & Pereira, 2001; Hardy & Zabin, 1991) e recomendam alguma prudência na transposição dos dados da literatura internacional para a realidade portuguesa.

Contributos específicos

Apesar da transversalidade assumida por algumas variáveis na explicação do risco de vir a ser mãe na adolescência, da análise integrada dos *Estudos Empíricos III, IV, V e VI* podemos concluir que o risco para cada uma das decisões e comportamentos que podem conduzir à maternidade varia em função de diferentes combinações de fatores e processos. Procurando não repetir a discussão detalhada sobre a especificidade destes contributos que foi efetuada em seção adequada de cada um dos estudos empíricos, nem a síntese integrada dos resultados com a qual iniciámos o presente capítulo, neste ponto refletiremos acerca de duas implicações gerais destes resultados que consideramos particularmente pertinentes. O denominador comum a ambas diz

respeito ao aumento da compreensão holística da etiologia da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico e da conseqüente consciencialização de que esta é uma problemática complexa, que não se circunscreve a explicações lineares ou exclusivas.

As implicações dos nossos resultados refletem-se, em primeiro lugar na consciencialização acerca da relevância que diversas outras variáveis relacionadas com o desenvolvimento da adolescente (e.g., idade da menarca, idade de iniciação da vida sexual, idade atual), com o seu sistema familiar (i.e., nível socioeconómico e suporte emocional da mãe), com as suas relações interpessoais (i.e., diferença de idade relativamente ao parceiro sexual), com a sua área de residência (i.e., escolaridade da população feminina e religiosidade associada à conjugalidade) e com as circunstâncias culturais e históricossociais a que se encontra sujeita (i.e., origem étnica e contexto legal relativo à IVG) podem assumir na explicação de cada uma das decisões e comportamentos analisados. Estes dados vão ao encontro do preconizado pelo modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), salientando a importância de atender às várias ecologias de vida das jovens com vista à compreensão global do fenómeno da maternidade adolescente. Apesar do amplo corpo de investigação que sugere o contributo de variáveis de todos estes níveis de influência para a maternidade adolescente, no geral, e para cada uma das decisões/comportamentos envolvidas na sua ocorrência, em particular, os estudos levados a cabo têm sido conduzidos de forma independente. São escassas as investigações que testam o contributo de fatores de todos estes níveis de influência de forma simultânea, procurando identificar quais os fatores que em cada um deles se destacam na explicação do risco de tomar decisões e ou de adotar comportamentos que aumentam a probabilidade de vir a ser mãe nesta fase do ciclo de vida. No que respeita às características culturais e históricossociais, o investimento no esclarecimento do seu contributo para os comportamentos sexuais e contraceptivos e para a decisão reprodutiva na adolescência são particularmente escassos e recentes. A nossa investigação, perscrutadora na sua abordagem, contribui assim para reforçar a necessidade de estudos futuros que possam esclarecer quais os fatores de cada nível de influência que, na presença de outros pertencentes aos restantes níveis ecológicos, se evidenciam na predição do risco para cada uma das opções que podem conduzir as jovens à maternidade.

Em segundo lugar, e ainda de acordo com o mesmo modelo (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), as implicações dos nossos resultados refletem-se ao nível da compreensão da complexidade dos processos explicativos do contributo dos fatores mencionados. Contrariamente ao que durante largas décadas foi preconizado na investigação sobre o tema, segundo os nossos resultados o contributo desses fatores não deve ser interpretado apenas à luz de efeitos cumulativos (Matos, 2010; Spense & Matos, 2000), mas também do seu carácter interdependente e interatuante. Esse carácter traduz-se numa multiplicidade de efeitos (nomeadamente mediadores e/ou moderadores) que são informativos acerca da forma como e/ou das condições sob as quais o risco se processa e pode ser alterado em cada uma das etapas de

decisão que podem conduzir as jovens à maternidade²¹ (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009b; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner et al., 2000a; Williams et al., 2002). Apesar de esta conclusão ser válida para todas as decisões e comportamentos analisados, salientamos a variabilidade de perfis de risco identificados no *Estudo Empírico V* para a prevenção ineficaz da gravidez entre jovens sexualmente iniciadas como a demonstração mais evidente da diversidade de combinações de fatores que pode conduzir a um mesmo resultado indesejado que foi alcançada na presente investigação.

Os diferentes níveis de ajustamento socioemocional que podem conduzir as jovens grávidas à maternidade: O papel da percepção individual e do apoio social

Os nossos resultados revelam que, independentemente das características sociodemográficas e clínicas que se associam aos diferentes níveis de ajustamento socioemocional durante a gravidez na adolescência (i.e., etnia, planeamento da gravidez e complicações obstétricas), as jovens com percepções mais negativas acerca do impacto da gravidez nas suas vidas apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados e, conseqüentemente, menores níveis de QdV durante a gravidez. Apesar de exploratórios, estes resultados, alcançados no *Estudo Empírico VII*, reforçaram as escassas evidências da literatura acerca da relevância que a percepção individual sobre o impacto da gravidez pode assumir no ajustamento socioemocional das jovens grávidas (Araújo Pedrosa et al., 2011; Eshbaugh et al., 2006; Spear, 2001), evidenciando ainda as mais-valias de transpor os recentes investimentos efetuados ao nível da compreensão da associação entre a sintomatologia depressiva e a QdV em grávidas adultas (Boyce et al., 2000; Costa et al., 2006; Li et al., 2012; Setse et al., 2009) para o estudo da adaptação à gravidez na adolescência.

De acordo com a extensa literatura sobre o tema (Araújo Pedrosa et al., 2011; Bogat et al., 1998; Brown et al., 2012; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Pereira, 2001; Sieger & Renk, 2007; Soares & Jongenelen, 1998; Soares et al., 2001), os nossos resultados demonstram ainda que o apoio social da mãe da adolescente e do pai do bebé se constituem como importantes fatores de proteção a este nível. Acrescentam a esse conhecimento informação específica sobre os processos mediante os quais essa influência protetora poderá operar. De forma específica, os nossos resultados revelam que a severidade da sintomatologia depressiva (e, conseqüentemente, a QdV) decorrente da percepção individual acerca do impacto da gravidez se encontra dependente da satisfação da jovem com o apoio social recebido por parte destas figuras. A influência positiva das duas fontes de apoio analisadas nos níveis de ajustamento revelou-se,

²¹ Este foi o caso, por exemplo, do efeito da idade na decisão reprodutiva face à ocorrência de uma gravidez – que apenas se verificou quando não foram ponderadas ambas as alternativas possíveis (i.e., o prosseguimento ou a IVG) –, do efeito da situação escolar na idade de iniciação sexual – cuja direção variou em função da origem étnica das jovens –, ou do efeito da idade de iniciação sexual na (in)eficácia das jovens na prevenção da gravidez, que foi explicado pela diferença de idade entre a jovem e o seu parceiro e pelas suas menores habilitações literárias.

aliás, independente, evidenciando o papel protetor que cada uma delas – e não apenas a sua conjugação – poderá assumir na saúde mental da jovem durante a gravidez.

Estes resultados evidenciam que a gravidez na adolescência não constitui um fenómeno universalmente adverso do ponto de vista socioemocional, esclarecendo algumas das variáveis que poderão explicar os resultados discrepantes que têm vindo a ser observados na literatura sobre a saúde mental das jovens que engravidam (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Figueiredo et al., 2007; Pires, 2009; Siegel & Brandon, 2014; Sieger & Renk, 2007; Soares et al., 2001; Tasdemir et al., 2010). Constituem, por isso, importantes avanços ao nível da compreensão dos diferentes níveis de ajustamento socioemocional que podem conduzir as jovens grávidas à maternidade e, conseqüentemente, das iniciativas que poderão ser adequadas à minimização do potencial impacto negativo desta experiência na vida dos seus intervenientes. Debruçar-nos-emos detalhadamente sobre estas questões mais à frente neste capítulo.

Contributos da investigação

Limitações e pontos fortes

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser tidas em conta na interpretação e generalização dos seus resultados. A primeira, e em nosso entender a principal, decorre do seu desenho transversal. Conforme salientámos no Capítulo 2, esta opção metodológica foi tomada após uma ponderação cuidada sobre as condições de realização e as limitações temporais às quais a investigação se encontrava sujeita, bem como sobre as vantagens, custos e limitações da metodologia transversal para os objetivos a que nos propusemos. No entanto, não podemos deixar de concordar com a posição de Compas e Reslund (2009), segundo a qual os estudos de natureza longitudinal devem ser privilegiados na investigação dos processos subjacentes às trajetórias adaptativas e maladaptativas do desenvolvimento adolescente. Assim, apesar de a estabilidade/sequência temporal das variáveis cujo contributo foi alvo de interesse ter sido ponderada e das hipóteses relativas aos seus efeitos terem sido fundamentadas por um extenso corpo de investigação sobre o tema, consideramos que os nossos resultados devem ser interpretados à luz da sua natureza exploratória, uma vez que não permitem esclarecer a causalidade das relações propostas (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988).

Outras limitações, em muito relacionadas com a anterior, dizem respeito ao carácter retrospectivo das respostas, que poderá ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse

tipo de avaliação (Logan, Holcombe, Manlove, & Ryan, 2007), bem como da natureza sensível das questões colocadas, que poderá ter incrementado a probabilidade de respostas socialmente desejáveis (Palen et al. 2008; Rose et al., 2009), nomeadamente ao nível das variáveis relativas à saúde sexual e reprodutiva. Salientamos, ainda, o facto de a única fonte de informação ser o autorrelato das jovens, o que pode igualmente ter contribuído para que os resultados tenham sido contaminados com enviesamentos (Araújo Pedrosa, 2009) e/ou respostas socialmente desejáveis (Araújo Pedrosa, 2009; Palen et al. 2008; Rose et al., 2009).

Um outro conjunto de limitações diz respeito às características da amostra e resulta dos procedimentos de seleção das participantes. Apesar de, em termos de tamanho e constituição regional, a amostra ser representativa das adolescentes que se tornam mães no nosso país, as participantes grávidas foram adolescentes que solicitaram consultas pré-natais em instituições de saúde públicas. Logo, a amostra não é representativa das adolescentes que, engravidando, não vigiam a gravidez ou que usufruem de acompanhamento pré-natal exclusivamente em serviços de saúde privados. Também no que respeita aos grupos de comparação recrutados – i.e., adolescentes sem história de gravidez e adolescentes que ao engravidar optaram pela IVG – devem ser tidas em conta limitações semelhantes. Em primeiro lugar, a informação das participantes sem história de gravidez foi recolhida em escolas e serviços de saúde públicos, pelo que foram excluídas as jovens que usufruem exclusivamente de serviços de educação e/ou saúde privados. Em segundo lugar, embora decorra de uma delimitação conceptual explícita, em função dos objetivos estabelecidos, a informação relativa às participantes que realizaram uma IVG foi recolhida em consultas de aconselhamento reprodutivo oficiais ou oficialmente reconhecidas, pelo que foram excluídas as jovens que realizam interrupções de gravidez em contexto ilegal.

Apesar das limitações descritas, a presente investigação apresenta alguns pontos fortes que fazem dela um contributo válido e inovador para o conhecimento sobre os percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal. Em primeiro lugar, ao partir da identificação das necessidades atuais de prevenção e intervenção na realidade sociocultural portuguesa e do esclarecimento das linhas de investigação que melhor poderiam informar o seu planeamento e implementação face ao estado atual do conhecimento sobre o tema, a nossa investigação assumiu, desde logo, um compromisso de complementaridade face ao extenso corpo de literatura existente sobre maternidade adolescente e de fundamentação da ação no âmbito da sua prevenção e da minimização do seu potencial impacto negativo no nosso país. Esse compromisso foi assumido à luz dos princípios orientadores da Psicopatologia do Desenvolvimento – segundo os quais "(...) developmental theory should inform active clinical intervention with children and adolescents – and (...) treatment research should inform relevant theory" (Cicchetti, 2006, p. 16) –, sendo pioneiro no nosso país pela inexistência de investigações de âmbito e representatividade nacional que tenham perseguido no passado os objetivos a que nos propusemos.

Em segundo lugar, a nossa investigação foi a primeira do nosso conhecimento a adotar uma abordagem simultaneamente multifásica e ecológica da maternidade adolescente, constituindo importantes avanços conceptuais e metodológicos face à literatura nacional e internacional sobre o tema. Essa abordagem refletiu-se, nomeadamente, na valorização da compreensão das etapas de decisão que podem conduzir as jovens à maternidade (e não apenas da presença ou ausência do resultado final indesejado: a maternidade) e das diferentes trajetórias individuais nas quais o encadeamento dessas decisões e comportamentos pode traduzir-se (procurando compreender a variabilidade dessas trajetórias). A referida abordagem refletiu-se igualmente na avaliação de diferentes dimensões das várias ecologias de vida das participantes, em detrimento da valorização de áreas de influência restritas, e na busca pela compreensão do seu contributo para cada uma das decisões e comportamentos analisados, atendendo não só ao seu carácter interdependente, mas também à natureza específica dos mesmos. Para cada um desses níveis de análise, a constituição dos grupos alvo e de controlo foi mais restrita do que a verificada na extensa literatura sobre o tema, o que se traduziu numa maior especificidade dos resultados alcançados.

Em terceiro lugar, apesar de embeber das evidências empíricas do extenso corpo de literatura que se debruça sobre os comportamentos sexuais e contraceptivos da população adolescente em geral, bem como dos estudos levados a cabo com vista à compreensão do desfecho de uma gravidez adolescente, a nossa investigação permitiu colmatar importantes limitações que restringiam a generalização desses resultados para o contexto específico da maternidade adolescente. Salientamos, a este nível: 1) a inclusão de uma amostra com uma amplitude de idades superior à verificada na maioria dos estudos prévios (i.e., entre os 12 e os 19 anos); 2) a recolha de dados em diversos contextos educacionais e de saúde; e 3) a opção pelas operacionalizações das variáveis dependentes que melhor poderiam informar a prevenção e a intervenção na área da maternidade adolescente e facilitar a generalização dos dados para outras realidades socioculturais.

Em quarto lugar, a nossa investigação foi uma das primeiras no nosso país a investir no estudo intragrupo da (in)adaptação individual das jovens durante a gravidez, com vista ao esclarecimento dos fatores e processos que poderão contribuir para os níveis de ajustamento socioemocional experienciados nesse período, sendo a única com representatividade nacional sobre o tema. Destacamos, ainda, a adoção de uma abordagem compreensiva e multidimensional do conceito de (in)adaptação individual durante a gravidez na adolescência. Esta abordagem traduziu-se na inclusão de indicadores de ajustamento pouco utilizados na investigação com esta população (i.e., QdV), bem como na análise da relação existente entre as dimensões negativas (i.e., sintomatologia depressiva) e positivas da adaptação e do contributo de variáveis individuais e contextuais para a sua variação.

Implicações para estudos futuros

Os contributos e as limitações que apontámos ao nosso estudo constituem o ponto de partida para refletir acerca de investigações futuras. Especificamente, destacamos a necessidade de conduzir estudos capazes de integrar a complexidade dos percursos conducentes à maternidade adolescente, quer do ponto de vista da *conceptualização* (privilegiando uma perspetiva simultaneamente multifásica e ecológica da maternidade adolescente), quer dos *métodos de recolha de dados* (incluindo a avaliação de variáveis respeitantes às várias ecologias de vida das jovens e de dimensões negativas e positivas de (in)adaptação, o recurso a várias fontes de informação, tais como os pais e os companheiros, e o recurso a amostras representativas das realidades socioculturais a que se reportam). A realização de estudos de natureza longitudinal permitirá confirmar a causalidade das relações propostas, devendo por isso ser privilegiada em investigações futuras. No entanto, dada a elevada prevalência da maternidade adolescente no nosso país, como em muitos países desenvolvidos, a condução de estudos de natureza longitudinal sem abdicar da representatividade sociocultural da amostra tem subjacente a necessidade de mais recursos afetos à investigação.

Adicionalmente, a interpretação dos resultados obtidos levanta algumas *questões que merecem ser investigadas* em estudos posteriores. Estas questões foram, na sua maioria, apresentadas e fundamentadas em cada um dos estudos empíricos realizados. No entanto, na presente seção gostaríamos de recuperar sumariamente algumas delas, bem como expor outras que derivam da discussão integrada dos resultados dos diferentes estudos empíricos efetuada no presente capítulo.

Em primeiro lugar, destacamos a necessidade de esclarecimentos adicionais acerca da situação que de forma mais frequente conduziu as jovens à gravidez: a *utilização de contraceção, com identificação da falha ocorrida*. Apesar de a nossa investigação proporcionar resultados exploratórios relevantes para a compreensão desta problemática (nomeadamente através da descrição do tipo de métodos contraceptivos usados e das falhas identificadas), é necessário produzir conhecimento adicional que permita compreender melhor as circunstâncias em que estas gravidezes ocorrem. Uma das questões que seria relevante esclarecer diz respeito ao recurso dos adolescentes aos serviços de saúde para a prescrição e supervisão do uso da contraceção. Tal como chama a atenção Vilar (2012), o padrão geral de utilização de contraceção em Portugal, nomeadamente entre os mais jovens, é marcado por uma forte componente de automedicação. Tal facto é preocupante se tivermos em conta a suscetibilidade dos métodos contraceptivos mais usados pela população adolescente (i.e., o preservativo e a pílula) a erros por parte do utilizador. A ausência de prescrição e supervisão médica poderá mesmo contribuir para a inadequabilidade dos métodos escolhidos face às características e necessidades das jovens e das suas relações, bem como para falhas na utilização dos mesmos. Outra questão que seria relevante esclarecer diz

respeito aos comportamentos alternativos que possam estar a ser adotados pelas jovens após a relação sexual para evitar a gravidez – embora infrutiferamente – e/ou as razões que as levam a não adotar qualquer comportamento compensatório face à identificação de uma falha contracetiva. Com vista ao esclarecimento destas questões, poderá ser útil desenvolver estudos que avaliem variáveis tais como a perceção do casal acerca do risco de gravidez inerente à ocorrência de falhas contracetivas, o seu conhecimento sobre a ação da contraceção de emergência, as situações nas quais deve ser usada, a forma como podem aceder-lhe e os obstáculos percebidos à sua aquisição e/ou à solicitação do aconselhamento especializado de um técnico de saúde (Ahern, Frattarelli, Delto, & Kaneshiro, 2010; Castro & Rodrigues, 2009; Johnson, Nshom, Nye, & Cohall, 2010; Mollen et al., 2008; Morgado, Coutinho, & Duarte, 2013; Nunes, 2005).

Em segundo lugar, os nossos resultados reforçam a importância de aprofundar o conhecimento alcançado sobre as características e a influência dos parceiros das adolescentes que engravidam. Por um lado, a elevada amplitude detetada nas diferenças de idade entre o casal levanta importantes questões, nomeadamente legais (Males & Chew, 1996; Taylor et al., 1999), ao nível destes relacionamentos. Assim, o investimento na compreensão das circunstâncias em que estas relações se estabelecem e perduram parece-nos de elevada pertinência. Tal como sintetizam Lindberg et al. (1997) e William (1993), um conhecimento mais aprofundado sobre a história familiar (e.g., escolaridade dos pais, envolvimento na ocorrência de uma gravidez adolescente, condições habitacionais), o percurso escolar/profissional (e.g., sucesso académico, tipo de profissão), as representações (e.g., papéis de género) e os relacionamentos passados (e.g., (in)sucesso na procura de relações com pares adultos) destes indivíduos poderá ser relevante neste sentido, bem como ao nível do esclarecimento da influência negativa que eles parecem assumir nos comportamentos contracetivos das suas parceiras adolescentes. Por outro lado, e no que respeita à gravidez planeada, apesar de as adolescentes considerarem maioritariamente que a decisão de ter um filho naquele momento das suas vidas foi partilhada entre ambos os membros do casal, no Alentejo a atribuição dessa decisão apenas ao parceiro assumiu igual prevalência. Esta situação, apesar de regionalmente circunscrita, pode traduzir-se em decisões reprodutivas com as quais as jovens não se identifiquem, devendo ser alvo de atenção em estudos futuros, nomeadamente pelas repercussões que poderão ter ao nível da manutenção/amplificação da sua desvantagem social e dependência financeira (Agurcia et al., 2001).

Em terceiro lugar, destacamos a importância de conhecer melhor o processo que conduz as jovens ao prosseguimento de uma gravidez não planeada, nomeadamente explorando as hipóteses que estabelecemos previamente e/ou as questões que a partir delas se levantam sobre: 1) o momento em que a jovem deteta a gravidez e o desfasamento existente entre esse momento e o contacto com os serviços de saúde; 2) os conhecimentos, as competências e os recursos que as jovens que detetam a gravidez nas primeiras 10 semanas possuem para uma tomada de decisão reprodutiva de qualidade na ausência de suporte técnico/especializado e, caso pretendam realizar uma IVG, para a sua solicitação em tempo útil; 3) as circunstâncias sob as quais as adolescentes

que têm oportunidade de realizar uma IVG à data do contacto com os serviços de saúde não ponderam essa possibilidade; e, a todos estes níveis, 4) a participação (ou não) de outros significativos e o formato específico sob a qual essa participação ocorre. A inclusão de variáveis que permitam a análise detalhada destas questões poderá esclarecer se as situações identificadas ocorrem num contexto, por um lado, totalmente informado e esclarecido sobre o procedimento de IVG e, por outro, baseado em competências individuais para a tomada de decisão e/ou devidamente suportado por redes de apoio social (formal e/ou informal) que possam colmatar as necessidades específicas das adolescentes a esses níveis. Também a averiguação do impacto emocional das circunstâncias em que é tomada esta decisão reprodutiva na adaptação posterior das jovens pode ter um contributo importante para o conhecimento na área; dada a sua relevância clínica, em nosso entender esta questão merece ser alvo particular de investimentos num futuro próximo.

Em quarto lugar, os resultados alcançados sugerem a necessidade de aumentar o investimento levado a cabo ao nível da compreensão ecológica dos processos mediante os quais os contributos de fatores de diferentes níveis de influência operam. À luz dos nossos resultados, o aumento de conhecimento nessa área poderá ter avultados contributos para a compreensão holística do fenómeno da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico, e, conseqüentemente, para a eficácia das ações de prevenção e intervenção delineadas (Canavarro, 2009b; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006; Lerner et al., 2000a; Williams et al., 2002). No que respeita ao ajustamento socioemocional das jovens que engravidam e prosseguem a gravidez, em particular, gostaríamos de realçar a necessidade de investigações futuras que se dediquem ao esclarecimento dos fatores e processos explicativos das perceções individuais acerca do impacto da gravidez nas várias áreas da vida. Tal necessidade deriva do relevante papel assumido pelas perceções individuais acerca do impacto da gravidez no ajustamento socioemocional das jovens grávidas da nossa amostra, bem como da escassez de estudos empíricos que se debrucem sobre a confirmação das hipóteses sugeridas por diversos autores ao nível da determinação dessas mesmas perceções (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Pereira, 2001).

Por último, importa referir que a condução bem-sucedida de uma investigação implica uma estratégia de equilíbrio entre o que é relevante investigar e a exequibilidade da investigação. Tal facto obriga os investigadores a tomar opções sobre os tópicos a abordar, nomeadamente no que respeita às variáveis a incluir no protocolo de avaliação, em função da exequibilidade da recolha de dados e da responsabilidade ética de não sobrecarregar os participantes. Como seria expectável devido à sua abrangência nacional e à elevada dimensão pretendida para a sua amostra, foi este o caso da presente investigação. No entanto, tal facto não impede que reconheçamos que existem outras dimensões dos percursos conducentes à maternidade adolescente, que, apesar de não terem sido considerados no nosso estudo, devem ser objeto de investigação em estudos futuros. A este nível, gostaríamos de referir a pertinência de investigações dirigidas ao esclarecimento dos

fatores e processos explicativos da ocorrência de uma gravidez planeada e da recorrência da maternidade adolescente, bem como do papel assumido pelos pares na etiologia da gravidez adolescente não planeada. Consideramos, igualmente, que importaria considerar outras dimensões de perturbação emocional (nomeadamente, a perceção de stresse e outros indicadores de psicossintomatologia que não apenas a depressiva) e também de bom funcionamento, como indicadores de autoeficácia e de resiliência. Apesar de ultrapassar o âmbito específico do esclarecimento dos percursos conducentes à maternidade, não podemos deixar de referir que importaria ainda continuar a avaliar o ajustamento das adolescentes nos primeiros anos após o nascimento do bebé, investindo também na avaliação das práticas educativas e de outros indicadores da qualidade da relação mãe-bebé e do impacto desenvolvimental destes na díade e na família.

Implicações para as políticas e práticas de saúde

Ao proporcionar importantes pistas para o estabelecimento fundamentado de diretrizes em várias áreas de atuação, o conhecimento gerado pela nossa investigação pode contribuir para o aperfeiçoamento e para a atualização das políticas e práticas de saúde dirigidas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população adolescente. De forma específica, os nossos resultados constituem importantes avanços ao nível do esclarecimento das características e necessidades dos grupos de maior risco para a ocorrência de gravidez, para processos de tomada de decisão reprodutiva de menor qualidade e/ou para resultados mais negativos ao nível da saúde mental durante a gravidez, pelo que poderão informar a construção de protocolos de intervenção no âmbito de todos esses domínios, bem como o processo de identificação e seleção dos indivíduos a incluir nas ações delineadas, com vista à rentabilização dos recursos disponíveis e à maximização dos resultados da intervenção. Nos pontos que se seguem, salientaremos sumariamente as principais implicações dos nossos resultados a estes níveis.

Investir na prevenção de diferentes decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos

Os nossos resultados chamam a atenção para a diversidade, abrangência e especificidade regional que deve vigorar ao nível do planeamento das ações de prevenção seletiva e precoce previamente recomendadas pela literatura como vias de aperfeiçoamento e atualização da intervenção no âmbito da prevenção da gravidez adolescente (APF, 2010; Baird & Porter, 2011; Diamond & Savin-Williams, 2009; Gordon, 1983; Lerner & Galambos, 1998; Matos et al., 2010; Matos & Simões, 2010; Ramiro et al., 2011). De forma específica, afigura-se como necessário incorporar conteúdos e estratégias adequados à prevenção de diferentes decisões e

comportamentos sexuais e contraceptivos, investindo ainda diferencialmente nas necessidades particulares das jovens de cada região.

A nível nacional, parecem ser particularmente pertinentes políticas e práticas de saúde destinadas, por um lado, à prevenção de falhas na utilização da contraceção e, por outro, à promoção de uma mobilização atempada de estratégias alternativas face à sua ocorrência. Para tal, será essencial educar as adolescentes e os seus parceiros sobre as possíveis falhas na utilização de métodos contraceptivos tais como a pílula e o preservativo, as estratégias que poderão ser eficazes na sua deteção, o risco de gravidez a elas inerente e a ação da contraceção de emergência, assim como identificar e remover as barreiras percebidas por estes casais no acesso à mesma (Adoles(Ser), 2013; Ahern et al., 2010; Castro & Rodrigues, 2009; French & Cowan, 2009; Johnson et al., 2010; Mollen et al., 2008; Morgado, Coutinho, & Duarte, 2013; Nunes, 2005). Seria importante assegurar o reforço destes temas nos currículos de educação sexual em contexto escolar e a validação da sua compreensão e da aquisição das competências necessárias à execução dos comportamentos desejados por parte dos adolescentes que dela usufruem. No seguimento da crescente importância que tem vindo a ser atribuída ao papel dos profissionais de saúde como vias de ação alternativas à escola (Burstein et al., 2003; Chernick et al., 2012; Churchill et al., 2000; Pereira et al., 2010; Silva et al., 2012), a promoção da procura de prescrição e supervisão especializada para a utilização de contraceção e da adesão das adolescentes a métodos contraceptivos de longa duração, alheios a erros por parte do utilizador, devem também ser ações a privilegiar (Adoles(Ser), 2013; French & Cowan, 2009; OMS, 2004b; Sampaio et al., 2000; Vilar, 2012). Segundo as recomendações mais atuais da literatura nacional e internacional sobre o tema, a continuidade do investimento na generalização de serviços de aconselhamento sexual e contraceptivo apelativos e desenvolvimentalmente adequados às necessidades da população adolescente poderá ser essencial a estes níveis (Daley, Sadler, & Reynolds, 2013; French & Cowan, 2009; OMS, 2004b), assim como a formação dos técnicos de saúde sobre a ação e relevância da contraceção de emergência (Almeida, 2013) e a adequabilidade da prescrição de métodos de longa duração à população adolescente (CA, 2007; French & Cowan, 2009).

Por outro lado, ao revelarem que a gravidez planeada é também uma das situações mais frequentes em Portugal, nomeadamente no Alentejo e na RA dos Açores, os nossos resultados sugerem a pertinência de intervenções destinadas à promoção de projetos de vida alternativos à conjugalidade e à maternidade no seio da população adolescente e entre os indivíduos do sexo masculino que com ela se relacionam. De acordo com o sugerido por diversos autores, a avaliação das representações e expectativas das jovens acerca do seu percurso académico/profissional, da sua realização pessoal, da relação com o seu parceiro e do papel de mãe devem ser então priorizadas com vista a uma educação sexual e planeamento familiar compreensivos (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarró, 2009a; OMS, 2004b; Zink et al., 2002), nomeadamente, acrescentam os nossos resultados, quando as jovens destas regiões são mais velhas, menos escolarizadas, residentes em meios semiurbanos/rurais e se encontram envolvidas em relações duradouras com

parceiros substancialmente mais velhos, fora do sistema de ensino e empregados. Também a avaliação dos valores e crenças destes parceiros acerca do papel da mulher na sociedade e na família deverão ser alvo de atenção, assim como as motivações que os conduzem a estabelecer relações com mulheres consideravelmente mais novas (Castrucci, Clark, Lewis, Samsel, & Mirchandani, 2010; Lindberg et al., 1993; William, 1993). O combate ao abandono escolar e a promoção da inserção e do sucesso educativo/profissional são ainda iniciativas indispensáveis, requerendo a concertação de diferentes serviços e meios com vista à estimulação contínua de projetos educativos e de carreira sustentados e devidamente adaptados aos contextos socioculturais das jovens e aos seus desejos de autonomização do sistema parental. Neste sentido, poderão ser úteis campanhas de valorização da escolarização e da atividade profissional feminina com via de aquisição de uma identidade adulta e de autonomia, e a divulgação de informação clara e desenvolvimentalmente adaptada sobre as opções de educação e carreira disponíveis para esse fim (e.g., formação profissional).

Por último, uma vez que as trajetórias associadas à ausência de contraceção estiveram particularmente envolvidas na ocorrência de gravidez na região Centro e na RA da Madeira, vislumbra-se ainda a necessidade de não desinvestir das políticas e práticas de saúde que visam a promoção da utilização de contraceção. De acordo com os nossos resultados, e de forma congruente com a literatura sobre o tema (Adoles(Ser), 2013; CA, 2007; French & Cowan, 2009; OMS, 2004b; Sampaio et al., 2000; Zink et al., 2002), proporcionar informação sobre métodos contraceptivos e sobre a sua acessibilidade, fomentar um maior suporte na ponderação do risco envolvido em relações sexuais desprotegidas, promover o desenvolvimento de competências de negociação da utilização de contraceção com os parceiros e proporcionar um aconselhamento contraceptivo especialmente atento à qualidade da adesão das jovens aos métodos contraceptivos prescritos deverão ser iniciativas a priorizar nestas regiões. A este nível, poderá ser particularmente importante desmistificar as desvantagens percebidas pelas jovens e pelos seus parceiros na utilização da pílula e/ou do preservativo, esclarecendo os benefícios não contraceptivos de que poderiam advir da utilização desses ou de outros métodos. Também o envolvimento ativo do casal na escolha do método que melhor se adapta à sua situação poderá contribuir para uma maior adesão ao mesmo.

Potenciar o envolvimento da população masculina de maior risco nas ações delineadas

Conforme fomos dando conta ao longo do ponto anterior, nas medidas e orientações propostas o foco não deve ser exclusivo na adolescente, mas sim extensível ao sexo masculino, segmento muitas vezes negligenciado, mas, como reforçaram os nossos resultados, idiossincriticamente envolvido nas decisões e comportamentos que podem conduzir à gravidez (Canavarro & Pereira, 2001; Diamond & Savin-Williams, 2009; Moore et al., 1995). Acresce que, de

forma congruente com o que tem vindo a ser defendido por um conjunto restrito de autores (Agurcia et al., 2001; Castrucci et al., 2010; Linberg et al., 1997; Lu et al., 1999; Males & Chew, 1996), os nossos resultados evidenciam a necessidade de repensar as políticas e práticas de saúde de forma a potenciar o envolvimento, nas ações delineadas, da população masculina em maior risco de vir a estar envolvida numa gravidez adolescente.

De forma específica, os resultados da nossa investigação sugerem que as iniciativas que se focam apenas na população masculina adolescente e/ou no contexto escolar poderão estar a excluir à partida os homens em maior risco de virem a estar envolvidos numa gravidez durante a adolescência das suas parceiras, uma vez que estes são maioritariamente adolescentes mais velhos ou adultos que estão fora do sistema de ensino e inseridos no mercado de trabalho. Assim, a promoção de ações de prevenção seletiva e precoce na comunidade, entre adolescentes e adultos, deverá ser priorizada. De acordo com as mais recentes diretrizes sobre o tema, as consultas de planeamento familiar podem constituir-se como contextos privilegiados para este fim (e.g., Hartmann, Gilles, Shattuck, Kerner, & Guest, 2012), pelo que seria importante investir no planeamento de ações dirigidas à consciencialização social de que o homem, independentemente da sua idade, deve ser parte integrante dos processos de planeamento familiar e agente ativo das decisões e comportamentos delineados nessas consultas com vista à prevenção da gravidez em idades precoces. Uma vez que também as consultas de rotina, nomeadamente no âmbito da medicina geral e familiar têm sido apontadas como importantes vias de prevenção do fenómeno da gravidez na adolescência (Burstein et al., 2003; Chernick et al., 2012; Nunes, 2005), poderá ser igualmente relevante sensibilizar os profissionais envolvidos nesses cuidados de saúde para a necessidade de identificar utentes masculinos com as características descritas no nosso estudo que estejam envolvidos em relações com adolescentes substancialmente mais novas, com vista à sua inclusão em iniciativas preventivas devidamente adequadas às suas características e necessidades. A ambos os níveis, será indispensável ter presente as características dos contextos relacionais nos quais o risco de gravidez é mais prevalente, desmistificando estereótipos da gravidez adolescente enquanto fenómeno unicamente não planeado ou desprovido de enquadramento afetivo, resultante do envolvimento com múltiplos parceiros sexuais e apenas de relações entre adolescentes; a integração desse conhecimento na prática dos profissionais de saúde poderá aumentar a adequabilidade da sua atuação às necessidades destes casais, contribuindo para uma maior adesão às medidas implementadas.

Promover decisões reprodutivas de qualidade

Ao esclarecerem que a maioria das adolescentes que prosseguem uma gravidez não planeada não tem enquadramento legal para a IVG à data do contacto com os serviços de saúde, os nossos resultados vão ao encontro da necessidade de investir na sensibilização da população adolescente

e de todos os seus agentes educativos e cuidadores para a importância do despiste precoce de uma eventual gravidez e do contacto imediato com os serviços de saúde em caso de dúvidas ou da confirmação da gravidez (Bailey et al., 2001; Daley et al., 2013; Dobking et al., 2013; Goyal et al., 2013). Não sendo uma via privilegiada para a prevenção da maternidade adolescente, a IVG constitui, desde a sua despenalização, a última oportunidade legal e devidamente suportada mediante a qual as jovens que engravidam podem evitar o nascimento de um filho. Como tal, é desejável que o seu envolvimento atempado em processos de tomada de decisão reprodutiva de qualidade seja assegurado. Por via desse envolvimento, poder-se-á contribuir, por um lado, para ampliar as oportunidades das jovens que pretendem interromper a gravidez para realizarem a IVG num contexto legal e devidamente reconhecido para o efeito e, por outro, para promover o início precoce do acompanhamento pré-natal entre as jovens que pretendem prosseguir a gravidez.

Além da identificação destas necessidades de ação, a nossa investigação fornece ainda importantes pistas com vista à necessária especialização dos serviços de saúde no que concerne ao apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva na adolescência (APF, 2010; Bender, 2008; Benson, 2004; Evans, 2001; OMS, 2007; Needle, & Walker, 2008). Em primeiro lugar, apesar da inexistência de uma definição única sobre o que constitui um processo de tomada de decisão de qualidade, à luz dos diversos modelos teóricos que se debruçam sobre o tema (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001), ao não terem ponderado a opção de IVG, a maioria das jovens que optaram pelo prosseguimento da gravidez poderá ter desenvolvido processos de tomada de decisão reprodutiva de menor qualidade do que os seus pares que interromperam a gravidez após terem ponderado ambas as alternativas. Como tal, a promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adaptada acerca das alternativas existentes e dos seus custos/benefícios poderá ser essencial ao nível do apoio especializado a prestar às jovens que se dirijam aos serviços de saúde dentro do prazo legal para a IVG (Daley et al., 2013; Needle & Walker, 2008). Esta reflexão é de extrema importância para as jovens que solicitam uma IVG, tal como a Portaria nº 741-A/2007 o define (AR, 2007b), mas, à luz dos nossos resultados, poderá ser igualmente relevante em caso de solicitação de acompanhamento pré-natal, e tanto mais quanto mais jovem for a adolescente.

Em segundo lugar, os nossos resultados recomendam que o apoio a proporcionar ao processo de tomada de decisão reprodutiva destas jovens seja particularmente atento aos contextos familiares, sociais e culturais em que elas se encontram inseridas. Também a consideração da perceção da jovem acerca da aceitação e do apoio que poderá ser proporcionado à sua decisão pelos agentes desses contextos e das suas expectativas e reais oportunidades para o desenvolvimento de projetos de vida alternativos à maternidade deverá ser assegurada.

Investir na modificação dos fatores e processos de risco transversais para a maternidade adolescente

Tal como referem Araújo Pedrosa (2009) e Canavarro (2009a), para uma prevenção eficaz da gravidez nesta fase do ciclo de vida e, sobretudo, para provocar mudanças duradouras e com potencial para se repercutirem em várias áreas da vida das adolescentes e das suas famílias, as medidas tomadas não podem circunscrever-se a ações pontuais. Os nossos resultados reforçam, aliás, a necessidade de que os esforços destinados à prevenção dos determinantes proximais da maternidade adolescente sejam acompanhados por outros, mais vastos e continuados, que visem modificar valores sociais e dinâmicas familiares que contribuem de forma mais distal e transversal para o risco de gravidez, tendo em conta as circunstâncias culturais e históricossociais a que as adolescentes e as suas famílias se encontram sujeitas (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro, 2009a; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Miller et al., 2005; Santelli & Melnikas, 2010).

De forma específica, os nossos resultados revelam que as famílias alvo de atenção prioritária deverão ser aquelas que residem em meios caracteristicamente semiurbanos/urbanos, que apresentam história prévia de maternidade adolescente e estruturas não intactas e nas quais as adolescentes não se sentem vinculadas/envolvidas com nenhuma religião e vivenciam um desinvestimento/desinteresse crescente em termos escolares ao longo do seu desenvolvimento. A formação parental, que auxilie os pais a serem melhores educadores, proporcionando estrutura, disciplina mas também apoio emocional, poderá ser relevante para este esforço de prevenção. Melhorar as competências de comunicação da família, nomeadamente no que respeita à sexualidade e contraceção, deve também ser um objetivo a priorizar, uma vez que poderá aumentar a probabilidade de incutir nos adolescentes uma visão da sexualidade como área de vida sujeita a planeamento e decisões que se requerem responsáveis (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa et al., 2011; Canavarro, 2009a; Miller et al., 2008). Sem descuidar mecanismos de respeito pelo sigilo e confidencialidade, seria proveitoso, a este nível, coordenar a ação de instituições de saúde com a escola e outros agentes da comunidade; essa coordenação poderia facilitar, por um lado, a sinalização das famílias e jovens identificadas como de potencial risco e, por outro, a sua adesão às iniciativas levadas a cabo, que se prevê difícil em função das atitudes mais permissivas e favoráveis face à atividade sexual e à ocorrência de uma gravidez durante a adolescência que habitualmente as caracterizam (Araújo Pedrosa, 2009; Brauner-Otto & Axinn, 2010; Canavarro, 2009a; Wildsmith et al., 2012). Também o investimento no desenvolvimento pessoal destas jovens e na sua inserção escolar e comunitária parecem ser iniciativas a privilegiar com vista a uma redução transversal do risco de maternidade adolescente na realidade sociocultural portuguesa.

Atender à especificidade do risco para cada uma das decisões e comportamentos que podem conduzir à maternidade

Apesar das inquestionáveis mais-valias inerentes à modificação dos fatores e processos que aumentam transversalmente o risco de maternidade adolescente, os nossos resultados reforçam a importância de atender à especificidade do risco para cada uma das decisões e comportamentos que podem conduzir os jovens à maternidade (Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Hardy & Zabin, 1991; Miller et al., 2005) no planeamento de ações de carácter seletivo e precoce que visem uma redução efetiva da prevalência deste fenómeno.

Em função do conhecimento detalhado que proporcionam relativamente a essa especificidade, os nossos resultados fornecem importantes diretrizes ao nível da: 1) identificação das jovens que se encontram em maior risco de iniciar a vida sexual em idades mais precoces, com vista à sua inclusão em ações destinadas ao adiamento da iniciação sexual e à promoção precoce das competências necessárias a uma iniciação sexual informada e segura; 2) identificação das jovens sexualmente iniciadas que se encontram em maior risco de ser ineficazes na prevenção da gravidez e do planeamento de ações especificamente dirigidas à prevenção dessa ineficácia – nomeadamente quando as jovens iniciaram a sua vida sexual em idades mais precoces e, como tal, se encontram em risco acrescido para a mesma; e da 3) compreensão dos fatores e processos envolvidos na decisão reprodutiva das adolescentes que decidem prosseguir uma gravidez não planeada, com vista à especialização dos serviços na promoção de decisões reprodutivas de qualidade entre as mesmas. Todas estas implicações encontram-se detalhadamente discutidas nos *Estudos Empíricos III, IV, V e VI* e podem contribuir para aumentar a compreensibilidade dos decisores políticos, agentes educativos e profissionais de saúde acerca da forma como o risco se processa e pode ser alterado em cada uma das etapas de decisão que podem conduzir as jovens à maternidade.

De forma geral, não obstante o carácter interdependente das decisões e comportamentos em causa (Coker et al., 1994; Coleman, 2006; Lindberg et al., 1997; O'Donnell et al., 2001; Santelli & Melnikas, 2010; Wellings et al., 1999), nem a necessidade de adotar uma abordagem ecológica ao nível do planeamento e da implementação das ações destinadas à sua prevenção (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012), essa abordagem deverá atender às diferentes combinações de fatores e processos que contribuem para cada um dos resultados indesejados. A consideração dessa variabilidade deve refletir-se, na prática, no planeamento de esforços interventivos capazes de: 1) selecionar os conteúdos e as estratégias prioritárias à prevenção de cada decisão e comportamento alvo, com vista à promoção da uma intervenção específica, diretiva e potencialmente mais eficaz; 2) abranger os diferentes padrões de risco que poderão conduzir a resultados indesejados em contextos culturais distintos; e 3) avaliar idiossincraticamente os níveis de risco a que as adolescentes estão sujeitas em determinado

momento do seu desenvolvimento, de modo a adequar o *timing*, a regularidade e a intensidade da intervenção às suas necessidades.

Prevenir precocemente o desajustamento socioemocional das jovens que prosseguem a gravidez

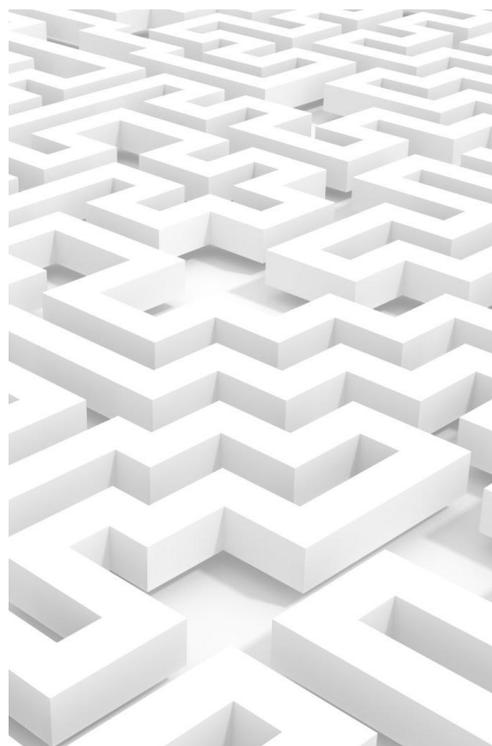
No que respeita aos níveis de ajustamento socioemocional que podem conduzir as adolescentes grávidas à maternidade, os nossos resultados foram coerentes com a perspetiva segundo a qual a intervenção com vista à promoção da saúde na transição para a maternidade deve começar tão cedo quanto possível, privilegiando uma abordagem mais preventiva do que remediativa (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarró, 2001a; Jomeen, 2004; Pires, 2009; Silva, 1992; Spence & Matos, 2000; Stenberg et al., 2013).

De forma específica, os nossos resultados reforçam não só a importância de incluir rotinas de triagem com vista à deteção de sintomas depressivos nos protocolos de acompanhamento pré-natal desta população, como ainda a necessidade de detetar precocemente as adolescentes com perceções negativas acerca do impacto da gravidez na sua vida. Ambas as situações permitirão promover a referenciação das jovens em maior risco para intervenções precoces e especializadas, aumentando assim as suas oportunidades para o tratamento bem-sucedido dessa sintomatologia (ou da sua prevenção) e, conseqüentemente, para a promoção de uma melhor QdV durante a gravidez.

Os nossos resultados proporcionam ainda diretrizes para o trabalho clínico com estas jovens. Em primeiro lugar, sugerem que a promoção de avaliações realistas acerca do impacto da gravidez em áreas tais como a imagem corporal, o cuidado consigo própria, o estado emocional, os projetos académicos e de carreira, as relações com companheiro, com a família e com os amigos, o tempo disponível para si própria e o dinheiro necessário à satisfação das suas necessidades, bem como a identificação e mobilização guiadas de estratégias que poderão ser úteis à minimização desse impacto, devem ser ações a priorizar. A mobilização dos recursos familiares e comunitários disponíveis deverá ser também precocemente ativada, de forma a fazer frente às exigências reais que a transição para a maternidade poderá colocar em algumas destas áreas. É importante que se encontrem mecanismos, por exemplo, que favoreçam a permanência na escola das jovens que engravidam (ou o seu regresso à mesma após o nascimento) e/ou a sua integração no mercado de trabalho, e que promovam a expressão emocional e a partilha de experiências com outras jovens que enfrentam ou enfrentaram no passado os mesmos desafios.

Por fim, segundo os nossos resultados, a promoção da qualidade das relações da adolescente com o pai do bebé e/ou com a sua própria mãe, fomentando um apoio satisfatório por parte destas figuras de acordo com as necessidades idiossincráticas da adolescente, poderá ser central na promoção do seu ajustamento socioemocional. Este trabalho poderá ser feito a dois níveis:

individual e familiar. Por um lado, será necessário promover a reflexão guiada da jovem sobre as suas necessidades de apoio, potenciando as suas capacidades para as comunicar às figuras mais significativas e para lhes proporcionar um feedback adequado e útil sobre a adequabilidade das suas ações. Por outro lado, será necessário promover a consciencialização da mãe da jovem e do pai do bebé acerca do papel que poderão assumir no ajustamento da grávida e na prossecução bem-sucedida da transição para a maternidade, envolvendo-os ativamente nos esforços interventivos levados a cabo. Melhorar a qualidade da comunicação entre todos estes elementos poderá ser essencial. Estas iniciativas poderão não só ter um impacto direto na sintomatologia depressiva experienciada, como ainda proteger as jovens com perceções negativas acerca do impacto da gravidez do desenvolvimento desta sintomatologia e, conseqüentemente, de compromissos ao nível da QdV. Depreendemos, assim, à semelhança do sugerido por diversos outros autores (Araújo Pedrosa et al., 2011; Figueiredo & Pacheco, 2010; Holub et al., 2007; Passino et al., 1993; Pires, 2009; Silva, 1992), que a gravidez constitui um momento crítico para o início do acompanhamento às jovens e às suas famílias.



Referências bibliográficas

- Abma, J. C., Chandra, A., Mosher, W. D., Peterson, L. S., & Piccinino, L. J. (1997). Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital and Health Statistics*, 23(19), 1-114. Retirado de <http://goo.gl/q5vSCh>
- Adamczyk, A. (2008). The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research*, 37, 657-672. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.09.003
- Adoles(Ser). (2013). *Guia de boas práticas*. Retirado de http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Info_Utente/GUIA_AdolesSer.pdf
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 89-95. doi:10.1007/s00737-005-0077-9
- Afable-Munsuz, A., Speizer, I., Magnus, J. H., & Kendall, C. (2006). A positive orientation toward early motherhood is associated with unintended pregnancy among New Orleans youth. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 265-276. doi:10.1007/s10995-005-0049-8
- Agurcia, C. A., Tickert, V. I., Bereson, A. B., Volk, R. J., & Wiemann, C. M. (2001). The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 822-830. doi:10.1001/archpedi.155.7.822
- Ahern, R., Frattarelli, L. A., Delto, J., & Kaneshiro, B. (2010). Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23, 273-278. doi:10.1016/j.jpjag.2010.02.010
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1981). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alferes, V. R. (2002). *SPSS: Syntax files* [Programas informáticos e documentação]. Retirado de www.fpce.uc.pt/nucleos/niips/spss_prc/index.htm
- Allan, C., Carrick-Sen, D., & Martin, C. R. (2013). What is perinatal well-being? A concept analysis and review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 381-398. doi:10.1080/02646838.2013.791920
- Almeida, M. C. (2013, outubro). *Contraceção de emergência*. Comunicação oral apresentada nas 14^{as} Jornadas da Associação para o Planeamento da Família, Coimbra.
- Alves, M., Santos, A. C., Barradas, C., & Duarte, M. (2009). A despenalização do aborto em Portugal – Discursos, dinâmicas e acção colectiva: Os referendos de 1998 e 2007. *Oficina do CES*, 320, 1-41. Retirado de <http://goo.gl/qs83ND>
- Alves, M. P. (2006). Representações sociais e sexualidade: Duplo-padrão sexual ou padrão sexual de género? *Psychologica*, 41, 25-43.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado de <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

- Amy, J. J., & Loeber, O. (2007). Pregnancy during adolescence: A major social problem. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12, 299-302. doi:10.1080/13625180701737635
- Aras, S., Semin, S., Gunay, T., Orcin, E., & Ozan, S. (2007). Sexual attitudes and risk-taking behaviors of high school students in Turkey. *Journal of School Health*, 77, 359-366. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00220.x
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Canavarro, M. C., & Carvalho, P. (2011). Perceived impact of pregnancy in a sample of Portuguese adolescents: Implications for multidisciplinary preventive intervention [Resumo]. *Psychology & Health*, 26, 81. doi:10.1080/08870446.2011.617185
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Ende, J., Gaszer, P., Iwawaki, S., ... Zhang, J.-E. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Coords.), *Parenting and psychopathology* (pp. 145-172). Chichester: Wiley.
- Assembleia da República. (1966, novembro, 25). Decreto-lei n.º 47344/66 de 25 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 274. Retirado de <http://goo.gl/1gixEm>
- Assembleia da República. (1984, março, 24). Lei n.º 3/84 de 24 de março (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 71, 981-983. Retirado de <http://goo.gl/vppc2R>
- Assembleia da República. (1986, outubro, 14). Lei n.º 46/86 de 14 de outubro (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 237, 3067-3081. Retirado de <http://goo.gl/XY3VZC>
- Assembleia da República. (1990, janeiro, 25). Decreto-lei n.º 35/90 de 25 de janeiro (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 21, 350-353. Retirado de <http://goo.gl/W2aW2r>
- Assembleia da República. (1998, outubro, 26). Lei n.º 67/98 de 26 de outubro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 247, 5536-5546. Retirado de <http://goo.gl/NXwlwZ>
- Assembleia da República. (1999a, maio, 13). Decreto-lei n.º 164/99 de 13 de maio (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 111, 2551-2553. Retirado de <http://goo.gl/qW5pGM>
- Assembleia da República. (1999b, agosto, 11). Lei n.º 120/99 de 11 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 186, 5232-5234. Retirado de <http://goo.gl/0YlakT>

- Assembleia da República. (2000, outubro, 17). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de outubro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 240*, 5784-5786. Retirado de <http://goo.gl/obTvpS>
- Assembleia da República. (2001a, maio, 29). Lei n.º 12/2001 de 29 de maio (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 124*, 3148. Retirado de <http://goo.gl/zBGYHp>
- Assembleia da República. (2001b, agosto, 20). Lei n.º 90/2001 de 20 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 192*, 5351-5352. Retirado de <http://goo.gl/M6Bdww>
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 255*, 7101-7103. Retirado de <http://goo.gl/filBfD>
- Assembleia da República. (2003, agosto, 22). Lei n.º 31/2003 de 22 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 193*, 5313-5329. Retirado de <http://goo.gl/KrBNbM>
- Assembleia da República. (2004a, julho, 29). Lei n.º 35/2004 de 29 de julho (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 177*, 4810-4885. Retirado de <http://goo.gl/ErMZi3>
- Assembleia da República. (2004b, agosto, 19). Lei n.º 46/2004 de 19 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 195*, 5368-5378. Retirado de <http://goo.gl/WvfmfW>
- Assembleia da República. (2005, dezembro, 16). Despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série). *Diário da República, Série II, 240*, 17515-17516. Retirado de <http://goo.gl/qMtJJH>
- Assembleia da República. (2007a, abril, 17). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 75*, 2417-2418. Retirado de <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembleia da República. (2007b, junho, 21). Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho (1.ª série). *Diário da República, Série I, 118*, 3936(2)-3936(11). Retirado de <http://goo.gl/zaGgmr>
- Assembleia da República. (2007c, junho, 21). Resolução da Assembleia da República n.º 27/2007 (1.ª série). *Diário da República, Série I, 118*, 3918. Retirado de <http://goo.gl/w5tY4z>
- Assembleia da República. (2007d, novembro, 21). Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 27/2007/A (1.ª série). *Diário da República, Série I, 228*, 8662. Retirado de <http://goo.gl/YbpXeP>
- Assembleia da República. (2009a, abril, 9). Lei n.º 91/2009 de 9 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 70*, 2194-2206. Retirado de <http://goo.gl/9snNq9>
- Assembleia da República. (2009b, agosto, 6). Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I, 151*, 5097-5098. Retirado de <http://goo.gl/3P8EGW>
- Assembleia da República. (2010, abril, 9). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 69*, 1170(2)-1170(4). Retirado de <http://goo.gl/am8fE7>
- Associação para o Planeamento da Família. (2010). *Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa*. Retirado de <http://goo.gl/uZT4HS>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine, 26*, 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778

- Bailey, P. E., Bruno, Z. V., Bezerra, M. F., Queiroz, I., Oliveira, C. M., & Chen-Mok, M. (2001). Adolescent pregnancy 1 year later: The effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health, 29*, 223-232. doi:10.1016/S1054-139X(01)00215-4
- Baird, A. S., & Porter, C. C. (2011). Teenage pregnancy: Strategies for prevention. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 21*, 151-157. doi:10.1016/j.ogrm.2011.03.001
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bandura, A. (1975). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baptista, M. I. (2013). Do recurso à interrupção voluntária da gravidez em Portugal: Uma análise exploratória. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade, 3*, 28-36. Retirado de <http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/36>
- Beers, L. A. S., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Current Problems in Adolescent and Pediatric Health Care, 39*, 216-233. doi:10.1016/j.cppeds.2009.09.001
- Bender, S. S. (2008). Three cases of adolescent childbearing decision-making: The importance of ambivalence. *Adolescence, 43*(172), 861-879.
- Benson, M. J. (2004). After the adolescent pregnancy: Parents, teens, and families. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*, 435-455. doi:10.1023/B:CASW.0000043358.16174.c6
- Berry, E. H., Shillington, A. M., Peak, T., & Hohman, M. M. (2000). Multi-ethnic comparison of risk and protective factors for adolescent pregnancy. *Child and Adolescent Social Work Journal, 17*, 79-96. doi:10.1023/A:1007554122283
- Bildircin, F. D., Kurtoglu, E., Kokcu, A., Isik, Y., Ozkarci, M., & Kuruoglu, S. (2014). Comparison of perinatal outcome between adolescent and adult pregnancies. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 27*, 829-832. doi:10.3109/14767058.2013.829816
- Black, D. S., Sun, P., Rohrbach, L. A., & Sussman, S. (2011). Decision-making style and gender moderation of the self-efficacy-condom use link among adolescents and young adults. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 165*, 320-325. doi:10.1001/archpediatrics.2011.17
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 16-26. doi:10.1207/S15374424JCCP3101_04
- Bogat, G. A., Guzmán, B., Galasso, L., & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology, 6*, 549-568. doi:10.1002/(SICI)1520-6629

- Boislard, P. M. A., & Poulin, F. (2011). Individual, familiar, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *Journal of Adolescence, 34*, 289-300. doi:10.1016/j.adolescence.2010.05.002
- Bombas, T. (2012). Impacto da despenalização da interrupção de gravidez em Portugal. In Sociedade Portuguesa da Contraceção (Coord.), *Contraceção* (p. 7). Coimbra: Sociedade Portuguesa da Contraceção. Retirado de <http://www.spdc.pt/files/publicacaocontracecao.pdf>
- Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Copas, A., Oakley, A., Stephenson, J., & Johnson, A. (2005). The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: Testing of hypotheses using longitudinal data from a randomized trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 223-230. doi:10.1136/jech.2004.023374
- Bongaarts, J. (1978). Framework for analyzing proximate determinants of fertility. *Population and Development Review, 4*, 105-132. doi:10.2307/1972149
- Boyce, P. M., Johnstone, S. J., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., Harris, M. G., & Trachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 3*, 91-97. doi:10.1007/s007370070002
- Boyce, W. F., Gallupe, O., & Fergus, S. (2008). Characteristics of Canadian youth reporting a very early age of first sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 17*(3), 97-109. Retirado de <http://goo.gl/Nz2M5B>
- Bradshaw, J., Finch, N., & Miles, J. N. V. (2005). Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 31*, 15-19. doi:10.1783/0000000052973022
- Brauner-Otto, S. R., & Axinn, W. G. (2010). Parental family experiences, the timing of first sex, and contraception. *Social Science Research, 39*, 875-893. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.06.015
- Brindis, C., Boggess, J., Katsuranis, F., Mantell, M., McCarter, V., & Wolfe, A. (1998). A profile of the adolescent male family planning client. *Family Planning Perspectives, 30*, 63-67. doi:10.2307/2991661
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742. doi:10.1037/0012-1649.22.6.723
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Coord.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review, 101*, 568-586. doi:10.1037/0033-295X.101.4.568

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Coord.), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (5^a ed., pp. 993-1028). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Coord.), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (6^a ed., pp. 793-828). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Brookmeyer, K. A., & Henrich, C. C. (2009). Disentangling adolescent pathways of sexual risk taking. *Journal of Primary Prevention, 30*, 677-696. doi:10.1007/s10935-009-0196-6
- Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., & Buman, M. P. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 894-900. doi:10.1007/s10995-011-0814-9
- Brückner, H., Martin, A., & Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and pregnancy: Adolescents' attitudes, contraception, and pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*, 248-257. doi:10.1111/j.1931-2393.2004.tb00029.x
- Burstein, G. R., Lowry, R., Klein, J. D., & Santelli, J. S. (2003). Missed opportunities for sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention services during adolescent health supervision visits. *Pediatrics, 111*, 996-1001. doi:10.1542/peds.111.5.996
- Calado, C. (2013). *Labirinto das escolhas*. Manuscrito não publicado, Associação Humanidades.
- Campero, L., Herrera, C., Benítez, A., Atienzo, E., González, G., & Marín, E. (2014). Incompatibility between pregnancy and educational projects, from the perspective of socially vulnerable adolescent women and men in Mexico. *Gender and Education, 26*, 151-167. doi:10.1080/09540253.2014.898024
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psicologica, 16*, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001a). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001b). *Consulta de Acompanhamento Psicológico: Relatório de actividades referentes ao ano de 2000*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C. (2009a). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C. (2009b). *Uma perspectiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Canavarro, M. C. (Coord.) (2013). *Relatório de actividades da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos*. Manuscrito não publicado.

- Canavarro, M. C., & Araújo Pedrosa, A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: Perspetivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 2, 34-55. Retirado de <http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/28>
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Coords.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2
- Carvalho, M. J. R. (2007). *Avós, mães adolescentes e bebés: Os vínculos ao longo das gerações* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho, P. L. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Casper, L. M. (1990). Does family interaction prevent adolescent pregnancy? *Family Planning Perspectives*, 22(3), 109-114. doi:10.2307/2135640
- Castro, J. F. & Rodrigues, V. M. C. P. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 889-894. doi:10.1590/S0080-62342009000400021
- Castrucci, B. C., Clark, J., Lewis, K., Samsel, R., & Mirchandani, G. (2010). Prevalence and risk factors for adult paternity among adolescent females ages 14 through 16 years. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 895-900. doi:10.1007/s10995-009-0527-5
- Catalozzi, M., Simon, P. J., Davidson, L. L., Breitbart, V., & Rickert, V. I. (2011). Understanding control in adolescent and young adult relationships. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 165, 313-319. doi:10.1001/archpediatrics.2011.32
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Iguchi, M., Schootman, M., Cottler, L., ... Bierut, L. J. (2012). Associations between sexuality education in schools and adolescent birthrates: A state-level longitudinal model. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166, 134-140. doi:10.1001/archpediatrics.2011.657
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B., & Bierut, L. J. (2010). Associations between multiple pregnancies and health risk behaviors among U. S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 47, 600-603. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.03.018
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B., & Bierut, L. J. (2013). Characteristics of sexually active teenage girls who would be pleased with becoming pregnant. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 470-476. doi:10.1007/s10995-012-1020-0

- Chernick, L., Kharbanda, E. O., Santelli, J., & Dayan, P. (2012). Identifying adolescent females at high risk of pregnancy in a pediatric emergency department. *Journal of Adolescent Health, 51*, 171-178. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.11.023
- Churchill, D., Allen, J., Pringle, M., Hippisley-Cox, J., Ebdon, D., Macpherson, M., & Bradley, S. (2000). Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: Case-control study. *British Medical Journal, 321*, 486-489. doi:10.1136/bmj.321.7259.486
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Coords.), *Developmental psychopathology*. Vol. 1. Theory and method (2^a ed., pp. 1-23). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Clear, E. R., Williams, C. M., & Crosby, R. A. (2012). Female perceptions of male versus female intendedness at the time of teenage pregnancy. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 1862-1869. doi:10.1007/s10995-011-0934-2
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Coker, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., McKeown, R. E., & Garrison, C. Z. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health, 64*, 372-377. doi:10.1111/j.1746-1561.1994.tb06208.x
- Colecchi, C. A., & Worthington, E.-L. (1989). *A retrospective analysis of decision making by pregnant adolescents using Janis and Mann's Decisional Conflict Model*. Retirado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED310336.pdf>
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 903-911. doi:10.1007/s10964-006-9094-x
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist, 53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Comissão Europeia. (2009). *Data protection and privacy ethical guidelines*. Bruxelas: Edição do autor. Retirado de http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/fp7/89827/privacy_en.pdf
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Commendador, K. A. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing, 36*(3), 147-156. Retirado de http://www.medscape.com/viewarticle/726737_1

- Committee on Adolescence. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics*, *120*, 1135-1148. doi:10.1542/peds.2007-2535
- Compas, B. E., & Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Coords.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. 1. Individual bases of adolescent development* (3ª ed., pp. 3-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cook, C. (2009). Challenging the Behavioural Model: Exploring individual, interpersonal, and structural predictors of adolescent dual protection use (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Toronto, Toronto, Canadá.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence*, *34*, 603-619.
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, *24*, 29-39. doi:10.1093/swr/24.1.29
- Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khaliffé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 95-102. doi:10.1007/s00737-005-0108-6
- Costa, E., & Leal, I. P. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. *Análise Psicológica*, *XXIII*, 247-260. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/87/pdf>
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide for the Edinburg Postnatal Depression Scale*. Londres: RCPsych Publications.
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. O., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008). Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *21*, 275-281. doi:10.1016/j.jpog.2008.02.002
- Crockett, L., Raffaelli, M., & Moilamen, K. (2003). Adolescent sexuality: Behavior and meaning. In G. Adams, & M. Berzonsky (Coords.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 371-392). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Cunha, O., Pires, A., & Vilar, D. (2012). Os adolescentes e a sua sexualidade – Conversas com adultos no contexto do Movimento Escutista: Estudo exploratório. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, *1*, 29-44. Retirado de <http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/20/pdf>
- Daley, A. M., Sadler, L. S., & Reynolds, H. D. (2013). Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *43*, 71-95. doi:10.1016/j.cppeds.2013.01.001
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington K., ... Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 43-49. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.011

- Davis, K., & Blake, J. (1956). Social-structure and fertility: An analytic framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4, 211-235. doi:10.1086/449714
- Deal, L., & Holt, V. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266-270. doi:10.2105/AJPH.88.2.266
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30-41. doi:10.1186/1471-2393-8-30
- Dennis, A. D., & Mollborn, S. (2013). Young maternal age and low birth weight risk: An exploration of racial/ethnic disparities in the birth outcomes of mothers in the United States. *The Social Science Journal*, 50, 625-634. doi:10.1016/j.soscij.2013.09.008
- Derme, M., Leoncini, E., Vetrano, G., Carlomagno, L., & Aleandri, V. (2013). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnant women: A retrospective study. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 10(4), 1-8. doi:10.2427/8641
- Drescher, K. M., Monga, M., Williams, P., Promenece-Cook, P., & Schneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188, 1231-1233. doi:10.1067/mob.2003.351
- Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent sexuality. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Coords.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. 1. Individual bases of adolescent development* (3^a ed., pp. 479-523). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Dias, J. (1985). *Os elementos fundamentais da cultura portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/Sida*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Direção-Geral da Saúde. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal – Ponto de situação: Relatório do director-geral e alto-comissário da saúde*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/FIAfEB>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Vol. 1. Prioridades*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/sX8xwX>
- Direção-Geral da Saúde. (2005a). *Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/bQozml>
- Direção-Geral da Saúde. (2005b). *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/FT9aqh>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher: Guia informativo*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/vKOVbq>
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Elementos estatísticos: Informação geral, saúde/2008*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/iMuTUv>

- Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/ZbXXlj>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Interrupções voluntárias da gravidez por opção da mulher, por grupo etário e local de residência – Ano de 2010*. Dados não publicados.
- Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/i4Cnaa>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez 2011-2012*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/JlrXzj>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/WisdoZ>
- Direção-Geral da Saúde. (2013c). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/7zCQ2a>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/6GAv0h>
- Dobkin, L. M., Perrucci, A. C., & Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 43*, 96-102. doi:10.1016/j.cppeds.2013.02.001
- Donnelly, B. W., & Voydanoff, P. (1996). Parenting versus placing for adoption: Consequences for adolescent mothers. *Family Relations, 45*, 427-434. doi:10.2307/585172
- Drake, P. (1996). Addressing developmental needs of pregnant adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 25*, 518-524. doi:10.1111/j.1552-6909.1996.tb01473.x
- East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science, 10*, 188-199. doi:10.1207/s1532480xads1004_3
- Eisen, M., Zellman, G. L., Leibowitz, A., Chow, W. K., & Evans, J. R. (1983). Factors discriminating pregnancy resolution decisions of unmarried adolescents. *Genetic Psychology Monographs, 108*, 69-95.
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development, 69*, 1-12. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Eshbaugh, E. M. (2006). Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 339-342. doi:10.1007/s00737-006-0146-8
- Eshbaugh, E. M., Lempers, J., & Luze, G. J. (2006). Objective and self-perceived resources as predictors of depression among urban and non-urban adolescent mothers. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 839-847. doi:10.1007/s10964-006-9108-8
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2003). *Selective prevention: First overview on the European situation*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/eewh3J>
- Eurostat. (2004). *Demographic statistics*. Bruxelas: Edição do autor.
- Eurostat. (2014). *Live births by mother's age at last birthday and legal marital status*. Bruxelas: Edição do autor.
- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nacional da Austrália, Camberra, Austrália.
- Evans, A. (2005). *Psychosocial aspects of teenage pregnancy resolution*. Camberra: Australian National University.
- Fatusi, A. O., & Blum, R. W. (2008). Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health, 8*, 136. doi:10.1186/1471-2458-8-136
- Fava, N. M., & Bay-Cheng, L. Y. (2012). Young women's adolescent experiences of oral sex: Relation of age of initiation to sexual motivation, sexual coercion, and psychological functioning. *Journal of Adolescence, 35*, 1191-1201. doi:10.1016/j.adolescence.2012.03.010
- Felton, G. M., & Bartoces, M. (2002). Predictors of initiation of early sex in Black and White adolescent females. *Public Health Nursing, 19*, 59-67. doi:10.1046/j.1525-1446.2002.19008.x
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2000). Teenage pregnancy and female educational underachievement: A prospective study of a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family, 62*, 147-161. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00147.x
- Ferreira, A. B. (2009, junho, 19). Sete mil adolescentes grávidas em 2008. *Diário de Notícias*. Retirado de http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1266546&page=-1
- Ferreira, P. M. (2008). A maternidade precoce: Tendência e perfis. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26*(1), 63-76. Retirado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2008-1/06.pdf>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica, XVIII*, 485-498. Retirado de <http://goo.gl/ay24qF>
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3*, 221-238. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28730211>

- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Margarino, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development, 8*(2), 123-138. doi:10.1080/14616730600785686
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 14*, 247-255. doi:10.1007/s00737-011-0217-3
- Figueiredo, B., & Pacheco, A. (2010). *Ser jovem, ser mãe e ser pai: Ajudando jovens mães e pais na transição para a parentalidade (programa de intervenção em grupo)*. Lisboa: Placebo Editora.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, 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*, 97-125. Retirado de <http://goo.gl/UES5Xg>
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica, XXII*, 551-570. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/226/pdf>
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa, 18*, 97-105. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1017/685>
- Fisher, C. B. (2012). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives, 33*, 100-132. doi:10.2307/2673765
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 115-134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115
- French, R. S., & Cowan, F. M. (2009). Contraception for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology, 23*, 233-247. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002
- Gameiro, S., Soares, A., Moura Ramos, M., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios.

- Gold, M. A., Sheftel, A. V., Chiappetta, L., Young, A. J., Zuckoff, A., DiClemente, C. C., ... Primack, B. A. (2010). Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *23*, 290-297. doi:10.1016/j.jpag.2010.02.012
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Molina, R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Revista Médica de Chile*, *137*, 1187-1192. doi:10.4067/S0034-98872009000900007
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, *123*(31), 561-584.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, *98*, 107-109. Retirado de <http://goo.gl/UTmhe0>
- Gordon, R. S. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg, & M. M. Silverman (Coords.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Goyal, M., Hersh, A., Luan, X., Mollen, C., Localio, R., Trent, M., & Zaoutis, T. (2013). Frequency of pregnancy testing among adolescent emergency department visits. *Academic Emergency Medicine*, *20*, 816-821. doi:10.1111/acem.12186
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Galen, B. R. (1998). Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transition. In R. Jessor (Coord.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 270-316). Cambridge: Cambridge University Press.
- Griffin-Carlson, M. S., & Mackin, K. J. (1993). Parental consent: Factors influencing adolescent disclosure regarding abortion. *Adolescence*, *109*(28), 1-11.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspectos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., & Collins, S. (2008). Parent-adolescent communication about sexual intercourse: An analysis of maternal reluctance to communicate. *Health Psychology*, *27*, 760-769. doi:10.1037/a0013833
- Haldre, K., Rahu, K., Rahu, M., & Karro, H. (2009). Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: An interview study. *European Journal of Public Health*, *19*, 266-270. doi:10.1093/eurpub/ckn143
- Halpern, C. T., Kaestle, C. E., & Hallfors, D. D. (2007). Perceived physical maturity, age of romantic partner and adolescent risk behavior. *Prevention Science*, *8*, 1-10. doi:10.1007/s11121-006-0046-1
- Halpern-Felsher, B. L., & Cauffman, E. (2001). Costs and benefits of a decision: Decision-making competence in adolescents and adults. *Applied Developmental Psychology*, *22*, 257-273. doi:10.1016/S0193-3973(01)00083-1
- Hardy, J. B., & Zabin, L. S. (1991). *Adolescent pregnancy in an urban environment: Issues, programs, and evaluation*. Washington, DC: The Urban Institute Press.

- Hartmann, M., Gilles, K., Shattuck, D., Kerner, B., & Guest, G. (2012). Changes in couples' communication as a result of a male-involvement family planning intervention. *Journal of Health Communication, 17*, 802-819. doi:10.1080/10810730.2011.650825
- Hawes, Z. C., Wellings, K., & Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research, 47*, 137-152. doi:10.1080/00224490903509399
- Helström, L., Zätterström, C., & Odlind, V. (2006). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 19*, 209-213. doi:10.1016/j.jpjpag.2006.02.007
- Henshaw, S. K., & Kost, K. (1992). Parental involvement in minors' abortion decisions. *Family Planning Perspectives, 24*, 196-208. doi:10.2307/2135870
- Hillman, J. B., Negriff, S., & Dorn, L. D. (2010). Perceived competence and contraceptive use during adolescence. *Contraception, 81*, 249-253. doi:10.1016/j.contraception.2009.11.001
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics, 133*, 1-9. doi:10.1542/peds.2013-0927
- Hoffman, S. D. (2006). *By the numbers: The public costs of adolescent childbearing*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Holgate, H., Evans, R., & Yuen, F. (2006). Introduction. In H. Holgate, R. Evans, & F. Yuen (Coords.), *Teenage pregnancy and parenthood: Global perspectives, issues and interventions* (pp. 1-6). Londres: Routledge.
- Holub, C. K., Kershaw, T. S., Ethier, K. A., Lewis, J. B., Milian, S., & Ickovics, J. R. (2007). Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: Identifying a high-risk subgroup. *Maternal and Child Health Journal, 11*, 153-159. doi:10.1007/s10995-006-0159-y
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Silva, M. O. da, Astin, M., Wyness, L., ... Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health, 17*, 630-636. doi:10.1093/eurpub/ckm014
- Instituto da Segurança Social. (2012). *CASA 2012: Caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens (art.º 10.º do Capítulo V da Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto)*. Lisboa: Edição do autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Nados-vivos (N.º) por local de residência da mãe (NUTS – 2002), sexo, idade da mãe e ordem de nascimento: Anual*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/kSgGiZ>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Reorganização administrativa territorial autárquica: Informação geográfica – Conceitos e definições*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/ieWff>
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por idade da mãe – anual*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/9qlmxi>

- Instituto Nacional de Estatística. (2014a). *Indicadores de natalidade*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/xn9oe4>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014b). *Índice sintético de desenvolvimento regional: 2011*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/QazWGX>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014c). *Inquérito à fecundidade 2013*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/sWC5Zd>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014d). *Taxa de emprego (série 2011 – %) por sexo e grupo etário, Anual: NUTS II*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/Hyv85d>
- Jaffe, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J. A. Y., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology, 13*, 377-397. Retirado de <http://goo.gl/eqJOoH>
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Nova Iorque: Free Press.
- Johnson, R., Nshom, M., Nye, A. M., & Cohall, A. T. (2010). There's always plan B: Adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception, 81*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.005
- Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing, 8*, 143-155. doi:10.1016/j.cein.2005.02.001
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U. S. women having abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*, 294-303. doi:10.2307/3097748
- Jongenelen, I. (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: Da matriz relacional à matriz contextual*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 2*, 97-147. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720210>
- Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C., & Ford, C. A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology, 161*, 774-780. doi:10.1093/aje/kwi095
- Katz, B., Fortenberry, J. D., Zimet, G. D., Blythe, M. J., & Orr, D. P. (2000). Partner-specific relationship characteristics and condom use among young people with sexually transmitted diseases. *Journal of Sex Research, 37*, 69-75. doi:10.1080/00224490009552022
- Kaufmann, R. B., Spitz, A. M., Strauss, L. T., Morris, L., Santelli, J. S., Koonin, L. M., & Marks, J. S. (1998). The decline in US teenage pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics, 102*, 1141-1147. doi:10.1542/peds.102.5.1141
- Keddie, A. M. (1992). Psychosocial factors associated with teenage pregnancy in Jamaica. *Adolescence, 27*(108), 873-890.

- Kershaw, T., Murphy, A., Divney, A., Magriples, U., Niccolai, L., & Gordon, D. (2013). What's love got to do with it: Relationship functioning and mental and physical quality of life among pregnant adolescent couples. *American Journal of Community Psychology, 52*, 288-301. doi:10.1007/s10464-013-9594-2
- Khan, R. L., & Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltles, & O. B. Brim (Coords.), *Life span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-368). Nova Iorque: Academic Press.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Applied Developmental Psychology, 34*, 175-187. doi:10.1016/S0193-3973(01)00081-8
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics, 116*, 281-286. doi:10.1542/peds.2005-0999
- Klerman, L. V. (2000). The intendedness of pregnancy: A concept in transition. *Maternal and Child Health Journal, 4*, 155-162. doi:10.1023/A:1009534612388
- Koleva, H., & Stuart, S. (2014). Risk factors for depressive symptoms in adolescent pregnancy in a late-teen subsample. *Archives of Women's Mental Health, 17*, 155-158. doi:10.1007/s00737-013-0393-4
- Kuhn, D. (2009). Adolescent thinking. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Coords.), *Handbook of adolescent psychology* (3ª ed., pp. 152-186). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health, 26*, 42-48. doi:10.1016/S1054-139X(99)00041-5
- Lanzi, R. G., Ramey, S. L., & Bert, S. C. (2012). The Parenting Responsibility and Emotional Preparedness (PREP) screening tool: A 3-item screen that identifies teen mothers at high risk for nonoptimal parenting. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 166*, 749-755. doi:10.1001/archpediatrics.2012.143
- Lazarus, J. V., Moghaddassi, M., Godeau, E., Ross, J., Vignes, C., Ostergren, P. O., & Liljestrang, J. (2009). A multilevel analysis of condom use among adolescents in the European Union. *Public Health, 123*, 138-144. doi:10.1016/j.puhe.2008.10.014
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Leal, D. M. M. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no distrito da Guarda* (Tese de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

- Lee, E., Clements, S., Ingham, R., & Stone, N. (2004). *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Leichtliter, J. S., Chandra, A., Liddon, N., Fenton, K. A., & Aral, S. O. (2007). Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, *196*, 1852-1859. doi:10.1086/522867
- Leppälahti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2006). Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open*, *3*, 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2013-003225
- Lerner, R. M. (2006). Developmental science, developmental systems, and contemporary theories of human development. In W. Damon, & R. M. Lerner (Coords.), *Handbook of child psychology: Vol. I. Theoretical models of human development* (6^a ed., pp. 1-17). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000a). Applying developmental science in the 21st century: International scholarship for our times. *International Journal of Behavioral Development*, *24*, 24-29. doi:10.1080/016502500383430
- Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000b). Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, *71*, 11-20. doi:10.1111/1467-8624.00113
- Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, *49*, 413-446. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.413
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2009). The scientific study of adolescent development: Historical and contemporary perspectives. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Coords.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. I. Individual bases of adolescent development* (3^a ed., pp. 3-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal*, *16*, 1355-1363. doi:10.1007/s10995-011-0900-z
- Lindberg, L. D., Sonenstein, F. L., Ku, L., & Martinez, G. (1997). Age differences between minors who give birth and their adult partners. *Family Planning Perspectives*, *29*, 61-66. doi:10.2307/2953363
- Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing: A white paper*. Washington, DC: Child Trends. Retirado de <http://goo.gl/hyn0H5>
- Logsdon, M. C., Hertweck, P., Ziegler, C., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*, 116-123. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00215.x
- Longmore, M. A., Manning, W. D., Giordano, P. C., & Rudolph, J. L. (2004). Self-esteem, depressive symptoms, and adolescents' sexual onset. *Social Psychology Quarterly*, *67*, 279-295. doi:10.1177/019027250406700304

- Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Lu, T.-H., Hwang, M.-N., Suhng, L.-A., Chou, M.-C., & Lee, M.-C. (1999). Demographic characteristics of fathers of infants born to adolescent mothers in Taiwan. *Journal of Adolescent Health, 24*, 446-448. doi:10.1016/S1054-139X(98)00085-8
- Luster, T., & Bates, L. (2002). Understanding the caregiving practices of adolescent mothers. In H. E. Fitzgerald, K. H. Karraker, & T. Luster (Coords.), *Infant development: Ecological perspectives* (pp. 115-141). Nova Iorque: Routledge Falmer.
- Machado, M. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde infantil e juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa, 42*, 195-204. Retirado de <http://goo.gl/FO4sJN>
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). The association between pregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health, 53*, 413-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- Magnusson, D., & Cairns, R. (1996). Developmental science: Toward a unified framework. In R. B. Cairns, G. H. Elder, & E. J. Costello (Coords.), *Developmental science* (pp. 7-30). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Mais Vale Prevenir. (2008). *Manual de boas práticas na prevenção e acompanhamento da gravidez e maternidade na adolescência*. Lisboa: Maternidade Alfredo da Costa & Fundação Calouste Gulbenkian. Retirado de <http://www.gulbenkian.pt/index.php?section=154&artId=1858>
- Males, M. (1993). School-age pregnancy: Why hasn't prevention worked? *Journal of School Health, 63*, 429-432. doi:10.1111/j.1746-1561.1993.tb06075.x
- Males, M., & Chew, K. S. Y. (1996). The age of fathers in California adolescent births, 1993. *American Journal of Public Health, 86*, 565-568. doi:10.2105/AJPH.86.4.565
- Manlove, J. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence, 8*, 187-220. doi:10.1207/s15327795jra0802_2
- Manlove, J., Logan, C., Moore, K. A., & Ikramullah, E. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*, 105-117. doi:10.1363/4010508
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2006). Sample selection for adolescent sexual relationships. In A. C. Crouter, & A. Booth (Coords.), *Romance and sex in adolescence and emerging adulthood: Risks and opportunities* (pp. 233-240). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2007). Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: The role of relationships, partners, and sexual histories. *Demography, 44*, 603-621. doi:10.1353/dem.2007.0031

- Manning, W. D., Flanigan, C. M., Giordano, P. C., & Longmore, M. A. (2009). Relationship dynamics and consistency of condom use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*, 181-190. doi:10.1363/4118109
- Matos, M. G. de (Coord.) (2010). *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de ler.
- Matos, M. G. de (2013, outubro). *Caracterização do jovem atual: Dados da "Aventura Social"*. Comunicação oral apresentada nas 14^{as} Jornadas Nacionais da Associação Para o Planeamento da Família, Coimbra.
- Matos, M. G. de, Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo – dados nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL & FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, G. M. de, Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2014a). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 335-355. doi:10.15309/14psd150203
- Matos, G. M. de, Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2014b). Sexual education in schools in Portugal: Evaluation of a 3 years period. *Creative Education, 5*, 1353-1362. doi:10.4236/ce.2014.515154
- Matos, M. G. de, & Simões, C. (2010). Sexualidade, segurança e SIDA. In M. G. de Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 257-279). Lisboa: Coisas de ler.
- Matos, M. G. de, Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., ... Morais, M. (2010). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses: Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). In M. G. de Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 93-158). Lisboa: Coisas de ler.
- Mavroforou, A., Koumantakis, E., & Michalodimitrakis, E. (2004). Adolescence and abortion in Greece: Women's profile and perceptions. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 17*, 321-326. doi:10.1016/j.jpjag.2004.06.007
- Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., ... Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 208*, 1-7. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.020
- Merrick, E. N. (1995). Adolescent childbearing as career "choice": Perspective from an ecological context. *Journal of Counseling and Development, 73*, 288-295. doi:10.1002/j.1556-6676.1995.tb01750.x
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 328-340. doi:10.1037/0022-006X.72.2.328

- Miller, B. C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research, 39*, 22-26. doi:10.1080/00224490209552115
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s. *Journal of Marriage and Family, 52*, 1025-1044. Retirado de <http://goo.gl/Zlf3Vc>
- Miller, B. C., Sage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. In T. P. Gullota, & G. R. Adams (Coords.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatments* (pp. 567-587). Nova Iorque: Springer.
- Miller, K. S., Clark, L. F., & Moore, J. S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives, 29*, 212-214. doi:10.2307/2953397
- Miller, K. S., Wyckoff, S. C., Lin, C. Y., Whitaker, D. J., Sukalac, T., & Fowler, M. C. (2008). Pediatricians' role and practices regarding provision of guidance about sexual risk reduction to parents. *Journal of Primary Prevention, 29*, 279-291. doi:10.1007/s10935-008-0137-9
- Mitchell, K., & Wellings, K. (1998). First sexual intercourse: Anticipation and communication – Interviews with young people in England. *Journal of Adolescence, 21*, 717-726. doi:10.1006/jado.1998.0191
- Mollborn, S., Lawrence, E., James-Hawkins, L., & Fomby, P. (2014). How resource dynamics explain accumulating developmental and health disparities for teen parents' children. *Demography, 51*, 1199-1224. doi:10.1007/s13524-014-0301-1
- Mollen, C. J., Barg, F. K., Hayes, K. L., Gotcsik, M., Blades, N. M., & Schwarz, D. F. (2008). Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minor, adolescent girls: An in-depth interview study. *Pediatrics, 122*, 329-401. doi:10.1542/peds.2008-0009
- Montgomery, K. S. (2002). Planned adolescent pregnancy: What they wanted. *Journal of Pediatric Health Care, 16*, 282-289. doi:10.1067/mpH.2002.122083
- Moore, K. A., Miller, B. C., Gleit, D., & Morrison, D. R. (1995). *Adolescent sex, contraception, and childbearing: A review of recent research*. Washington, DC: Child Trends.
- Moreau, C., Trussell, J., & Bajos, N. (2012). Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *Journal of Adolescent Health, 50*, 389-394. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.013
- Morgado, A. P., Coutinho, E., & Duarte, J. (2013). As jovens e a contraceção de emergência: Vivências da sexualidade. *Millenium, 44*, 141-169. Retirado de <http://goo.gl/tAetWz>
- Mosher, W. D., & McNally, J. W. (1991). Contraceptive use at first premarital intercourse: United States, 1965-1988. *Family Planning Perspectives, 23*, 108-116. doi:10.2307/2135822
- Mott, F. L., Fondell, M. M., Hu, P. N., Kowaleski-Jones, L., & Menaghan, E. G. (1996). The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Family Planning Perspectives, 28*, 13-18. doi:10.2307/2135957

- Moura Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth & Society, 26*, 325-350. doi:10.1177/0044118X95026003003
- Nebot, M., Borrell, C., & Villalbí, J. R. (1997). Adolescent motherhood and socioeconomic factors: An ecologic approach. *European Journal of Public Health, 7*, 144-148. doi:10.1093/eurpub/7.2.144
- Needle, R., & Walker, L. (2008). *Abortion counseling*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Nobre, S., & Tomé, M. T. (2011). As citologias na promoção da saúde sexual das adolescentes utentes do Centro de Atendimento a Jovens de Coimbra. *Acta Médica Portuguesa, 24*, 413-418. Retirado de <http://goo.gl/tGwHaX>
- Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 1071-1079. doi:10.1007/s10995-012-1089-5.
- Nunes, C., Alves, P. A., & Silva, T. (2012). Competitividade regional. *Boletim Mensal de Economia Portuguesa, 1*, 91-73. Retirado de <http://goo.gl/tKvoOk>
- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contraceção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21*, 247-256. Retirado de <http://goo.gl/G4WYaV>
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives, 33*, 268-276. doi:10.2307/3030194
- Oliveira, I. T. (2007). A transição da fecundidade e o sistema de respostas múltiplas em Portugal. *Análise Social, 183*, 471-484.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico*. Lisboa: Edição do autor.
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/d29Avq>
- Organização Mundial de Saúde. (2004a). *Adolescent pregnancy: Issues in adolescent health and development*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/sb54iU>
- Organização Mundial de Saúde. (2004b). *Contraception: Issues in adolescent health and development*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/R4nHVS>
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds: A review of the literature and programmes*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/U8DxdB>

- Ott, M. A., Adler, N. E., Millstein, S. G., Tschann, J. M., & Ellen, J. M. (2002). The trade-off between hormonal contraceptives and condoms among adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*, 6-14. doi:10.1363/3400602
- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica, XVI*, 441-446. Retirado de <http://goo.gl/k5xrl0>
- Palen, L.-A., Smith, E., Caldwell, L. L., Plisher, A. J., Wegner, L., & Vergani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health, 42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Parlamento Europeu. (2002). *Relatório sobre direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva* (resolução 2001/2128(INI)). Estrasburgo: Edição do autor.
- Passino, A. W., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellencach, C. J., Maxwell, S. E., Keogh, D., & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence, 28*(109), 97-115.
- Pauwels, E., & European Commission. (2007). *Ethics for researchers: Facilitating research excellence in FP7*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Pearson, M. R., Kholodkov, T., Henson, J. M., & Impett, E. A. (2012). Pathways to early coital debut for adolescent girls: A recursive partitioning analysis. *Journal of Sex Research, 49*, 13-26. doi:10.1080/00334499.2011.565428
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e proteção para a gravidez na adolescência* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence, 40*(159), 655-671.
- Pereira, J. (2012). *Interrupção voluntária da gravidez em Portugal: Influência de características desenvolvimentais e fatores individuais, socioculturais e relacionais na decisão reprodutiva e na adaptação*. Manuscrito não publicado.
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013a). Elective abortion in Portugal: Reasons for abortion and subsequent emotional adjustment in a sample of female adolescents [Resumo]. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*(Sup. 1), 90-91. doi:10.3109/13625187.2013.793038
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013b). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(2), 329-338.
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013c, Julho). Interrupção voluntária da gravidez: Especificidades desenvolvimentais do processo de tomada de decisão. In M. C. Canavarro (Mod.), *Decisões reprodutivas ao longo do ciclo de vida*. Simpósio conduzido no II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde/II Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro.

- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2014). The decision-making on elective abortion in a sample of Portuguese adolescents [Resumo]. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *19*(Sup. 1), S93.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, *9*(2), 109-123.
- Pereira, S., Morais, M., & Matos, M. G. de (2010). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In M. G. de Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 19-31). Lisboa: Coisas de ler.
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*, 1411-1420. doi:10.1590/S0102-311X2006000700006
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *61*, 265-274. doi:10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x
- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff, Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *21*, 9-15. doi:10.1016/j.jpjpag.2007.07.009
- Pinho, P. J. (2006). *Relatório de actividades do estágio da carreira técnica superior de saúde em Psicologia Clínica*. Manuscrito não publicado.
- Pires, R. S. A. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pirog-Good, M. A. (1995). The family background and attitudes of teen fathers. *Youth & Society*, *26*, 351-376. doi:10.1177/0044118X95026003004
- PORDATA. (2013). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: Total e por grupo etário da mãe – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/g5BAld>
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Coords.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-163). Amsterdão: IOS Press.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Rafaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, *39*, 1036-1046. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1036

- Ramirez-Valles, J., Zimmerman, M. A., & Juarez, L. (2002). Gender differences of neighborhood and social control processes: A study of the timing of first intercourse among low-achieving, urban, African American youth. *Youth & Society, 33*, 418-441. doi:10.1177/0044118X02033003004
- Ramiro, L., & Matos, M. G. de (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública, 42*, 684-692. doi:10.1590/S0034-89102008005000036
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G. de, & Diniz, J. A. (2013). Percepções de professores e pais/mães sobre educação para a saúde e educação sexual na família e nas escolas portuguesas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade, 3*, 37-45. Retirado de <http://goo.gl/OzYxUJ>
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G. de, & Diniz, J. A. (2014). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine, 19*, 614-624. doi:10.1080/13548506.2013.845299
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G. de, Diniz, J. S., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29*, 11-21. Retirado de <http://goo.gl/WjD1VS>
- Ravert, A. A., & Martin, J. (1997). Family stress, perception of pregnancy, and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence, 32*, 261-269.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G. de, & Diniz, J. S. (2013). Educação sexual e estudantes do ensino superior: A importância da educação sexual e a influência da família, da escola e dos amigos na adoção de comportamentos sexuais saudáveis nos estudantes do ensino superior. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade, 3*, 20-27. Retirado de <http://goo.gl/OPhQHj>
- Rink, E., Tricker, R., & Harvey, S. M. (2007). Onset of sexual intercourse among female adolescents: The influence of perceptions, depression, and ecological factors. *Journal of Adolescent Health, 41*, 398-406. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.04.017
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memórias de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica, XXII*, 643-665. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/257/pdf>
- Rodríguez, M. A., & Jiménez, M. A. R. (2001). Epidemiological assessment of the influence of socio-family factors in adolescent pregnancy. *European Journal of Epidemiology, 17*, 653-659. doi:10.1023/A:1015555314059
- Rorbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2005). Medical versus surgical abortion: Comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Human Reproduction, 20*, 834-838. doi:10.1093/humrep/deh643
- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior, 2*, 328-335. Retirado de <http://heb.sagepub.com/content/2/4/328.refs>

- Rosenstock, I. M., Strecher, V., & Becker, H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, *15*, 175-183. Retirado de <http://goo.gl/FKSHUu>
- Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychology*, *65*, 414-418. doi:10.3109/08039488.2011.590606
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teen's contraceptive consistency. *Youth & Society*, *39*, 182-208. doi:10.1177/0044118X06296907
- Salazar, L. F., Santelli, J. S., Crosby, R. A., & DiClemente, R. J. (2009). Sexually transmitted disease transmission and pregnancy among adolescents. In R. J. DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (Eds.), *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors* (pp. 275-303). Nova Iorque: Jossey Bass.
- Sampaio, M. G. L., Chaves, I., & Dias, A. (2000). Contraceção hormonal oral. *Acta Médica Portuguesa*, *13*, 231-236. Retirado de <http://goo.gl/i4V1DE>
- Santelli, J. S., & Melnikas, A. J. (2010). Teen fertility in transition: Recent and historic trends in the United States. *Annual Review of Public Health*, *31*, 371-383. doi:10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090830
- Santos, R. S. (1997). Gravidez em mães adolescentes: Estudo no distrito de Beja 1986-1991. *Acta Médica Portuguesa*, *10*, 681-688. Retirado de <http://goo.gl/Va9DyU>
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, *16*, 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Schvaneveldt, P. L., Miller, B. C., Berry, E. H., & Lee, T. R. (2001). Academic goals, achievement, and age at first sexual intercourse: Longitudinal, bidirectional influences. *Adolescence*, *36*, 767-787.
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R., & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal and Child Health Journal*, *13*, 577-587. doi:10.1007/s10995-008-0392-7
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009a). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 1: An indicator of gaps in family planning services. *Maternal and Child Health Journal*, *13*, 295-305. doi:10.1007/s10995-008-0360-2
- Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009b). Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 2: A proxy for childbearing intentions. *Maternal and Child Health Journal*, *13*, 306-317. doi:10.1007/s10995-008-0368-7
- Shields, N., & Pierce, L. (2006). Controversial issues surrounding teen pregnancy: A feminist perspective. In H. Holgate, R. Evans, & F. Yuen (Coords.), *Teenage pregnancy and parenthood: Global perspectives, issues and interventions* (pp. 129-148). Londres: Routledge.

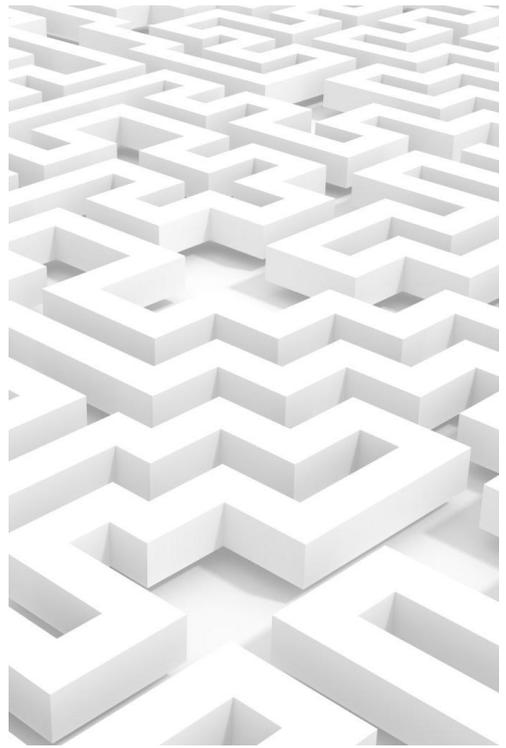
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27, 138-150. doi:10.1016/j.jpag.2013.09.008
- Sieger, K., & Renk, K. (2007). Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 567-581. doi:10.1007/s10964-007-9182-6
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, 8-15. Retirado de <http://goo.gl/awkSiZ>
- Silva, M. O. da (1992). *A gravidez na adolescência: Relevância clínica da intervenção pré-natal* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Silva, M. O. da, Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(Sup. 1), S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, 8-15. Retirado de <http://goo.gl/hzuOWV>
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sipsma, H. L., Ickovics, J. R., Lewis, J. B., Ethier, K. A., & Kerchaw, T. S. (2011). Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Women's Health Issues*, 21, 110-116. doi:10.1016/j.wi.2010.09.004
- Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial – A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190124
- Smith, D. M., & Elander, J. (2006). Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15-year-old girls. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 399-410. doi:10.1080/13548500500429353
- SmithBattle, L. (2006). Helping teen mothers succeed. *Journal of School Nursing*, 22, 130-135. doi:10.1177/10598405060220030201
- SmithBattle, L. (2007). Legacies of advantage and disadvantage: The case of teen mothers. *Public Health Nursing*, 24, 409-420. doi:10.1111/j.1525-1446.2007.00651.x

- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, XVI, 373-384. Retirado de <http://goo.gl/CDxwpm>
- 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 (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto.
- Spence, S. H., & Matos, M. G. de (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In M. G. de Matos, C. Simões, & S. F. Carvalhosa (Coords.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 17-33). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana & Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P., Anderson, I., Gulmesogly, A., Temmerman, M., ... Bustreo, F. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383, 1333-1354. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X
- Stevens-Simon, C., Sheeder, J., & Harter, S. (2005). Teen contraceptive decisions: Childbearing intentions are the tip of the iceberg. *Women and Health*, 42(1), 55-73. doi:10.1300/J013v42n01_04
- Stotland, N. L. (1996). Conceptions and misconceptions: Decisions about pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 18, 238-243. doi:10.1016/0163-8343(96)00043-6
- Suner, J., Nakamura, S., & Caulfield, R. (2003). Kids having kids: Models of intervention. *Early Childhood Education Journal*, 31, 71-75. doi:10.1023/A:1025145104485
- Tasdemir, S. T., Balci, E., & Günay, O. (2010). Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115, 275-281. doi:10.3109/03009731003628724
- Taylor, D. J., Chavez, G. F., Adams, E. J., Chabra, A., & Shah, R. S. (1999). Demographic characteristics in adult paternity for first births to adolescents under 15 years of age. *Journal of Adolescent Health*, 24, 251-258. doi:10.1016/S1054-139X(98)00122-0
- Treffers, P. E., Olukoya, A. A., Ferguson, B. J., & Liljestrand, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 111-121. doi:10.1016/S0020-7292(01)00368-X
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultures. *Psychological Review*, 96, 506-520. doi:10.1037/0033-295X.96.3.506
- Tripp, J., & Viner, R. (2005). Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, 330, 590-593. doi:10.1136/bmj.330.7491.590
- Tyler, C. P., Whiteman, M. K., Kraft, J. M., Zapata, L. B., Hillis, S. D., Curtis, K. M., ... Marchbanks, P. M. (2014). Dual use of condoms with other contraceptive methods among adolescents and young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 54, 169-175. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.042

- Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos. (2010). *Equipa clínica: Informações e procedimentos*. Manuscrito não publicado.
- United Nations Population Fund. (2013). *The state of world population 2013: Motherhood in childhood – Facing the challenge of adolescent pregnancy*. Nova Iorque: Edição do autor. Retirado de <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/EN-SWOP2013-final.pdf>
- Uthman, O. A. (2008). Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: A multilevel and spatial analysis. *International Journal of Health Geographics*, 7, 27. doi:10.1186/1476-072X-7-27
- Vale, M. C. (s. d.). *Ensaios clínicos em populações vulneráveis*. Retirado de <http://www.ihmt.unl.pt/docs/Ensaios-Clinicos-em-Populacoes-Vulneraveis.pdf>
- Vale, M. C., & Oliveira, G. (s. d.). *Consentimento informado em menores*. Retirado de http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/Documentos/DOCUMENTOS_REFLEXAO/Consent%20Inf%20Menores%20Eu%20e%20GO%20CEIC.pdf
- Valle, A. K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K. I., & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health*, 15, 185-194. doi:10.1093/eurpub/cki121
- Van Horne, B. S., Wiemann, C. M., Berenson, A. B., Horwitz, I. B., & Volk, R. J. (2009). Multilevel predictors of inconsistent condom use among adolescent mothers. *American Journal of Public Health*, 99, 417-424. doi:10.2105/AJPH.2007.131870
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2012). Posfácio. In M. G. Matos, M. Reis, L. Ramiro, & Equipa Aventura Social (Coords.), *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo – dados nacionais* (pp. 109-112). Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL & FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Vilar, D., & Gaspar, A. M. (1999). Traços redondos (a gravidez em mães adolescentes). In J. M. Pais (Coord.), *Traços e riscos de vida* (pp. 31-94). Porto: Ambar.
- Wang, R.-H., & Chiou, C.-J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behavior among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., ... Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet*, 358, 1843-1850. doi:10.1016/S0140-6736(01)06885-4

- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., & Macdowall, W. (1999). Teenage fertility and life chances. *Reviews of Reproduction, 4*, 184-190. doi:10.1530/ror.0.0040184
- Westman, J. C. (2009). *Breaking the adolescent parent cycle: Valuing fatherhood and motherhood*. Plymouth: University Press of America.
- Whitehead, B. D., Wilcox, B. L., & Rostosky, S. S. (2001). *Keeping the faith: The role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551-558. Retirado de <http://goo.gl/1udO2Y>
- Wiemann, C. M., Berenson, A. B., Pino, L. G., & McCombs, S. L. (1997). Factors associated with adolescents' risk for late entry into prenatal care. *Family Planning Perspectives, 29*, 273-276. doi:10.2307/2953416
- Wildsmith, E., Manlove, J., Jekielek, S., Moore, K. A., & Mincieli, L. (2012). Teenage childbearing among youth born to teenage mothers. *Youth & Society, 44*, 258-283. doi:10.1177/0044118X11398366
- Wilkinson, P., French, R., Kane, R., Lachowycz, K., Stephenson, J., Grundy, C., ... Wellings, K. (2006). Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet, 368*, 1879-1886. doi:10.1016/S0140-6736(06)69777-8
- William, M. (1993). Adolescent males' orientation toward paternity and contraception. *Family Planning Perspectives, 25*, 22-31. doi:10.2307/2135989
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Greenley, R. F. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 828-842. doi:10.1037//0022-006X.70.3.828
- Woodward, L., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and Family, 63*, 1170-1184. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.01170.x
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2006). Gender differences in the transition to early parenthood. *Development and Psychopathology, 18*, 275-294. doi:10.1017/S0954579406060159
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association, 284*, 3043-3045. doi:10.1001/jama.284.23.3043
- Wrennick, A. W., Schneider, K., & Monga, M. (2005). The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192*, 1465-1468. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.026
- Young, A. M., & d'Arcy, H. (2005). Older boyfriends of adolescent girls: The cause or a sign of the problem? *Journal of Adolescent Health, 36*, 410-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.007

- Zimmer-Gembeck, M., & Helfand, M. (2007). Ten years of longitudinal research on U. S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review, 28*, 153-224. doi:10.1016/j.dr.2007.06.001
- Zink, T. M., Shireman, T. I., Ho, M., & Buchanan, T. (2002). High-risk teen compliance with prescription contraception: An analysis of Ohio Medicaid claims. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 15*, 15-21. doi:10.1016/S1083-3188(01)00134-6



Anexo

Quadro 1 | Instituições onde decorreu a recolha de amostra, por região (NUTS II, 2002) e grupo alvo da recolha

Instituição	Grupo alvo da recolha de dados		
	AG	AIVG	ASHG
Norte	AG	AIVG	ASHG
Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, EPE	✓		
Hospital de São Marcos	✓		
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	✓		
Centro Hospitalar do Porto, EPE – Maternidade Júlio Dinis	✓	✓	
Centro Hospitalar de São João, EPE – Hospital de São João		✓	
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II		✓	
Centro Hospitalar do Alto do Ave, EPE – Unidade Hospitalar de Guimarães		✓	
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE – Hospital de São Sebastião, EPE		✓	
Instituto Português do Desporto e Juventude de Braga – Gabinete de Saúde Juvenil			✓
Associação para o Planeamento da Família (APF) Norte – Centro de Atendimento a Jovens			✓
Escola Profissional de Braga			✓
Escola E.B. 2/3 Dr. Leonardo Coimbra			✓
Centro	AG	AIVG	ASHG
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE – Hospital Pêro da Covilhã	✓		
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Hospital Sousa Martins	✓		
Centro Hospitalar Tondela/Viseu, EPE – Hospital de S. Teotónio	✓		
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Hospital Infante D. Pedro	✓	✓	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – Maternidade Daniel de Matos	✓	✓	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – Maternidade Bissaya Barreto		✓	
Centro Hospitalar de Leiria Pombal, EPE – Hospital de Santo André		✓	
Escola Secundária Afonso de Albuquerque			✓
EnsiGuarda – Escola Profissional da Guarda			✓
Escola Secundária Avelar Brotero			✓
Escola Secundária c/3.º Ciclo de Pinhel			✓
Lisboa e Vale do Tejo	AG	AIVG	ASHG
HPP Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida	✓		
Hospital Garcia de Orta, EPE	✓		
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Maternidade Alfredo da Costa	✓	✓	
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital De São Bernardo	✓	✓	
Clínica dos Arcos		✓	
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE – Hospital Nossa Senhora do Rosário		✓	
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria		✓	
Hospital Vila Franca de Xira		✓	
APF Lisboa, Tejo e Sado – Centro de Atendimento a Jovens			✓
Escola Secundária Baixa da Banheira			✓
Escola Secundária do Lumiar			✓
Escola Secundária Dom Manuel Martins			✓
Escola Profissional de Setúbal			✓
Alentejo	AG	AIVG	ASHG
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes	✓		
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano; EPE – Hospital Dr. José Maria Grande	✓	✓	
APF Alentejo – Centro de atendimento a Jovens			✓
Escola Secundária com 3º ciclo D. Manuel I			✓
Algarve	AG	AIVG	ASHG
Hospital de Faro, EPE	✓	✓	
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE		✓	
Escola E.B. 2/3 Poeta Bernardo Passos			✓
Escola Secundária Manuel Teixeira Gomes			✓
Região Autónoma dos Açores (ilha)	AG	AIVG	ASHG
Centro de Saúde da Praia da Vitória (Terceira)	✓		
Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (Terceira)	✓		
Centro de Saúde da Calheta (S. Jorge)	✓		
Centro de Saúde das Velas (S. Jorge)	✓		
Centro de Saúde da Vila de Santa Cruz (Graciosa)	✓		
Centro de Saúde da Horta (Faial)	✓		

Região Autónoma dos Açores (ilha) - continuação	AG	AIVG	ASHG
Centro de Saúde da Madalena (Pico)	✓		
Centro de Saúde de São Roque (Pico)	✓		
Centro de Saúde de Santa Cruz (Flores)	✓		
Centro de Saúde das Lajes (Pico)	✓		
Centro de Saúde de Ribeira Grande (Terceira)	✓		
Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (S. Miguel)	✓		
Centro de Saúde da Povoação (S. Miguel)	✓		
Centro de Saúde de Lagoa (S. Miguel)	✓		
Centro de Saúde de Vila do Porto (Santa Maria)	✓		
Centro de Saúde de Ponta Delgada (S. Miguel)	✓		
Unidade de Saúde de Rabo de Peixe (S. Miguel)	✓		
Unidade de Saúde de São José (S. Miguel)	✓		
Unidade de Saúde de Arrifes (S. Miguel)	✓		
Posto de Saúde de Capelas (S. Miguel)	✓		
Posto de Saúde de Feteiras (S. Miguel)	✓		
Posto de Saúde da Maia (S. Miguel)	✓		
Hospital da Horta, EPE (Faial)	✓		
Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo, EPER (Terceira)	✓		
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE (S. Miguel)	✓		
Escola Básica Integrada da Praia da Vitória (Terceira)			✓
Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo (Terceira)			✓
Escola Profissional da Praia da Vitória (Terceira)			✓
Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade (Terceira)			✓
Escola Básica Integrada dos Biscoitos (Terceira)			✓
Escola Básica Integrada da Horta (Faial)			✓
Escola Secundária Manuel de Arriaga (Faial)			✓
Escola Profissional da Horta (Faial)			✓
Região Autónoma da Madeira	AG	AIVG	ASHG
Serviço de Saúde da RAM, EPE – Hospital Dr. Nélio Mendonça	✓	✓	
Centro de Saúde da Nazaré			✓
Centro Saúde Funchal – Bom Jesus			✓
Escola Básica e Secundária de Santa Cruz			✓
Total: 81	Total: 42	Total: 19	Total: 28