

Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só¹

João Justo*

Resumo

Neste artigo empreende-se uma discussão sistemática acerca da gravidez na adolescência, das suas causas e das suas consequências. Entre outras, são apontadas as circunstâncias psicológicas, psicossociais e familiares que parecem favorecer o aparecimento da gravidez durante a adolescência. Além disso, são referidas as características da interação precoce que ocorre entre a mãe adolescente e o seu bebé. São também discutidos diversos exemplos de intervenção. Entre estes, destacam-se os que visam uma diminuição da frequência de gravidezes na adolescência, assim como aqueles que buscam uma melhoria interactiva entre as mães adolescentes e os seus bebés. Finalmente, é discutida a pertinência da prevenção nos vários âmbitos psicossociais em causa.

ABREVIATURAS

(o significado das siglas é singular ou plural de acordo com o texto):

ACEP – adolescentes com escolaridade primária; AG – adolescentes grávidas; ANG – adolescentes não grávidas; ASA – adolescentes sexualmente activas; ASEP – adolescentes sem escolaridade primária; ASFEP – adolescentes do sexo feminino envolvidas no programa; ASMEP – adolescentes do sexo masculino envolvidos no programa; BE – baixa escolaridade; CAG – casadas antes da gravidez; CBE – clínicas baseadas na escola; CPN – consultas pré-natais; ERS – experiência de relacionamento sexual; FMAdo – filhos de mães adolescentes; FMAdu – filhos de mães adultas; GA – grávidas adolescentes; IF – informação factual; ISF10-19AI – número de indivíduos do sexo feminino entre os 10 e os 19 anos de idade (inclusive); IVG – interrupção voluntária da gravidez; IVGA – interrupção voluntária da gravidez em adolescentes; JSA – jovens sexualmente activos; MAdo – mães adolescentes; MAdu – mães adultas; NM<20AI – número de filhos nascidos de mães com menos de vinte anos de idade; NDNPG – não desejaram nem planearam a gravidez; PD – parto distóxico; PG – planearam a gravidez; PTD – processo de tomada de decisão; QI – quociente de inteligência; RCSP – rede dos cuidados de saúde primários; REBS – rede do ensino básico e secundário; RECP – risco de engravidar a curto prazo; RN – recém-nascido; RNMAdo – recém-nascidos de mães adolescentes; RNMAdu – recém-nascidos de mães adultas; TN – total de nascimentos; TP – trabalho de parto.

¹ Este artigo é dedicado ao Dr. João Dória Nóbrega que durante tantos anos se bateu pela humanização dos cuidados de saúde em obstetrícia. A criação da Consulta de Obstetrícia para Adolescentes na Maternidade Dr. Alfredo da Costa é apenas um dos muitos frutos do seu combate discreto mas eficaz.

* Professor Auxiliar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

A gravidez na adolescência constitui uma circunstância obstétrica preocupante. A atenção que os médicos sempre dispensaram a estes casos aponta-lhes complicações clínicas de todo o tipo. Infelizmente, esta preocupação não termina com o trabalho de parto respectivo. Findo este, e nascido o bebé, começa a preocupação relacionada com a qualidade da interacção precoce. É que, nalguns aspectos a mãe adolescente parece ser suficientemente competente. Nalguns outros, diz a experiência, só com muitas ajudas e muita dedicação se consegue que a mãe adolescente resista e amadureça face a tantas exigências impostas pela natureza e pelo destino. A prova de que é difícil lidar com essas exigências reside no facto de algumas adolescentes engravidarem várias vezes antes de atingida a idade adulta. Não podendo descurar por mais tempo as causas e as consequências deste fenómeno, a nossa sociedade tenta arquitectar uma resposta adequada. Faz parte da realidade dos nossos dias que, nas maternidades nascem consultas especializadas para grávidas adolescentes, nos centros de saúde os médicos de família discutem a especificidade dos cuidados primários de saúde nestas utentes, e nos programas do ensino secundário já existem módulos de educação para a saúde vocacionados para a prevenção deste problema. No entanto, esta resposta está ainda a erguer-se. Por isso, tem as suas fragilidades e hesitações. O desenvolvimento futuro da nossa capacidade de intervir neste domínio passa, em nosso entender, por uma

reflexão aturada dos vários elementos em causa. Não só das causas (se é que existem, são várias), não só das consequências (que só podem ser graves), mas também das formas de intervenção, pois que falamos de uma população que está a crescer e, portanto, em crise. É, então, a esta reflexão dos vários elementos em causa que vamos dedicar as próximas linhas.

INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A incidência da gravidez na adolescência varia consoante os países e, também, consoante as épocas. Além disso, torna-se de difícil discussão por não haver estatísticas que nos falem directamente da sua dimensão. Em muitos países, a forma mais corrente de apreciar este problema consiste na relação entre o NM<20AI e o TN. A fim de estudar a realidade portuguesa, decidimos usar os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, referentes a nascimentos ocorridos em mães de todas as idades, bem como referentes a nascimentos ocorridos em mães com menos de vinte anos de idade, posteriores a 1945 (I.N.E., 1946-1966; I.N.E., 1967-1972, 1973-a, 1974-1983, 1984-a, 1985, 1986, 1987-a, 1988-a, 1989, 1990-a, 1991, 1992-a, 1993-a, 1994-a, 1995-a, 1996-a, 1997; 1998-a). Observando as estatísticas referentes até ao ano de 1997, notamos algumas variações na natureza dos dados apurados. Estas variações dizem respeito à possibilidade de discriminar em simultâneo várias

condições relativas ao RN. Entre estas condições temos a vitalidade (nado-vivo/nado-morto), a legitimidade (nascimentos dentro e fora do casamento) e a idade de gestação (superior ou inferior a 28 semanas). De forma a harmonizar as estatísticas do intervalo escolhido, e pensando que a melhor aproximação ao total de gravidezes corresponde ao conjunto de todos os casos que resultam de uma gravidez, decidimos optar pelo TN, isto é: todos os nados-vivos e todos os nados-mortos, quer tenham nascido dentro ou fora do casamento, e em qualquer idade de gestação. Infelizmente, após 1970 a estatística dos fetos-mortos não quantifica os de gestação inferior a 28 semanas. De 1946 a 1970, o TN e o NM<20AI incluem os fetos-mortos com menos de 28 semanas de gestação. De 1971 a 1996, o TN e o NM<20AI só incluem os fetos-mortos com 28 ou mais semanas de gestação. Tendo em conta os dados de 1969 e de 1970, em que a idade de gestação dos fetos-mortos é discriminável, podemos afirmar que a variação introduzida nos dados ronda os 0,5% no TN, enquanto que no NM<20AI a variação se aproxima de 0,3%.

Tendo presente a limitação referida anteriormente, a tabela 1 permite-nos acompanhar a evolução absoluta e relativa dos NM<20AI, nas últimas cinco décadas. Em termos absolutos, a evolução dos NM<20AI é composta por dois grandes vectores: um vector ascendente entre 1946 e 1977, e um vector descendente entre 1977 e 1996. Começando com valores

na casa dos 8.000 (1946/1947), no fim dos anos quarenta e princípio dos anos cinquenta os NM<20AI atingem valores superiores a 9.000. Na segunda metade da década de cinquenta estamos acima dos 10.000, fazendo prever que na década de sessenta a fertilidade adolescente vai atingir os 11.000. Nos anos seguintes os valores crescem com mais facilidade: em 1971 estamos já acima dos 12.000; em 1974 ultrapassamos os 13.000 e, em 1975 situamo-nos além dos 15.000. Em 1976 e 1977 atingimos o máximo absoluto, uma vez que não voltaremos a estar acima dos 20.000. Nos anos seguintes a descida é ligeira mas constante. Duas ligeiras excepções (1980 e 1990) não são suficientes para inverter uma tendência descendente que nos coloca em 1997 num valor absoluto inferior ao valor de que partimos ($n=8.974$ em 1946). Passando agora aos valores relativos, podemos ter uma visão mais apurada da evolução do NM<20AI face ao TN. Partindo de valores próximos dos 4% nos anos quarenta, os NM<20AI oscilam em torno dos 4,5% durante toda a década de cinquenta. No entanto, durante a década de sessenta encontramos aumentos anuais que fazem ultrapassar os 5% em 1966, e os 6% em 1969. Os primeiros anos da década de setenta confirmam a tendência ascendente, uma vez que em 1972 estamos já acima dos 7% e em 1975 ultrapassamos os 8%. Apesar disso, o salto mais importante é observado nos últimos anos desta década, em que 1975 significa o ultrapassar dos 8% (pela primeira vez o salto anual é superior

Tabela 1. Nascimentos em que a mãe tem menos de 20 anos de idade (NM<20AI), total de todos os nascimentos (TN) e percentagem dos primeiros em relação aos segundos, desde 1946 a 1997.

<i>Ano</i>	<i>NM<20AI</i>	<i>TN</i>	<i>NM<20AIx100/TN</i>
1946	8.974	212.659	4,22
1947	8.818	207.197	4,26
1948	9.459	228.382	4,14
1949	9.424	218.932	4,31
1950	9.266	211.683	4,38
1951	9.407	214.297	4,39
1952	9.617	217.902	4,41
1953	9.319	208.202	4,48
1954	9.107	203.429	4,48
1955	9.966	215.610	4,62
1956	9.563	208.331	4,59
1957	10.290	217.168	4,74
1958	10.261	218.135	4,70
1959	10.029	218.271	4,60
1960	10.150	219.164	4,63
1961	10.279	222.734	4,62
1962	10.870	225.351	4,82
1963	10.736	217.216	4,94
1964	11.027	221.736	4,97
1965	10.640	214.824	4,95
1966	11.057	211.452	5,23
1967	11.774	206.262	5,71
1968	11.888	198.686	5,98
1969	11.808	195.577	6,04
1970	11.318	177.854	6,36
1971	12.563	193.241	6,50
1972	12.553	178.363	7,04
1973	12.653	175.643	7,20
1974	13.672	174.942	7,82
1975	15.741	182.409	8,63
1976	20.292	189.447	10,71
1977	20.711	183.746	11,27
1978	19.151	169.789	11,28
1979	17.829	162.467	10,97
1980	18.139	160.238	11,32
1981	17.084	153.803	11,11
1982	16.953	152.650	11,11
1983	16.151	145.844	11,07
1984	15.760	144.210	10,93
1985	13.790	131.762	10,47
1986	12.756	127.917	9,97
1987	11.873	124.263	9,56
1988	11.242	123.091	9,13
1989	8.686	119.506	7,27
1990	10.051	117.195	8,58
1991	9.916	117.204	8,46
1992	9.521	115.745	8,23
1993	9.331	114.730	8,13
1994	8.623	109.929	7,84
1995	8.072	107.771	7,45
1996	7.908	110.957	7,13
1997	7.715	113.739	6,78

a 2%), e onde 1976 representa a proximidade de um patamar de estabilização caracterizado por valores superiores a 11% entre 1977 e 1983 (1979 é uma exceção muito próxima). É no centro deste patamar de estabilização que atingimos o valor relativo máximo, que corresponde a 11,32%, e é referente ao ano de 1980. A partir de 1984 os valores situam-se definitivamente abaixo dos 11%, apresentando um decréscimo ligeiro mas constante. Este decréscimo é interrompido em 1990, mas retomado logo a seguir, uma vez que os valores baixam até que em 1997 se situam nos 6,78%, valor muito próximo dos ocorridos no princípio dos anos setenta.

Se bem que a relação entre o TN e o NM<20AI permita observar a importância da fertilidade adolescente no contexto da fertilidade nacional, algumas reservas devem ser colocadas. Entre estas temos a considerar que, aquela relação pode ser gravemente afectada se no período em estudo acontecerem variações importantes no número de nascimentos ocorridos em MAdU. Esta suspeita é aceitável, uma vez que a partir de 1965 se observam menos partos de ano para ano (só em 1971, 1975, 1976, 1991, 1996 e 1997 acontece o contrário). Tendo em conta que entre 1966 e 1977 a tendência numérica da fertilidade adolescente é fortemente crescente (excepções ocorrem em 1969, 1970 e 1972), pode acontecer que a relação entre o TN e o NM<20AI apresente valores exageradamente elevados em alguns momentos da nossa análise. Por isso, deveríamos conside-

rar a possibilidade de discutir a gravidez na adolescência com base em outros indicadores.

Outra forma de apreciar a evolução da gravidez na adolescência durante as últimas décadas, consiste na relação entre o número de grávidas adolescentes e o número total de adolescentes. No estudo desta relação, utilizaremos o número de NM<20AI como aproximação do número de gravidezes na adolescência. Com respeito ao número total de adolescentes, escolhemos o ISF10-19AI. Esta escolha tem por base, não só, a necessidade de abranger o universo "teenager", mas também o facto de na estatística dos nascimentos algumas mães apresentarem uma idade extremamente jovem (casos com 11 anos de idade estão referidos nas estatísticas do I.N.E. relativas aos anos de 1964, 1980, 1982, 1983 e 1991). Para o cálculo do número de ISF10-19AI usámos os dados referentes aos recenseamentos dos seguintes anos: 1950, 1960, 1970, 1981 e 1991 (I.N.E., 1963, 1973-b, 1984-b, 1996-b). No que respeita aos anos entre os recenseamentos utilizámos as estimativas publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., 1952, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1983, 1987-b, 1987-c, 1988-b, 1990-b, 1992-b, 1993-b, 1994-b, 1995-b, 1996-c, 1998-b, 1998-c). Para os anos entre 1946 e 1949, bem como para os anos de 1980, 1982, 1983, 1984 e 1988, usámos os dados do Gabinete de Estudos da Área Demográfica e Social, do I.N.E..

Na tabela 2 podemos constatar que a relação entre o NM<20AI e o

ISF10-19AI cresce, embora de forma hesitante, desde os meados dos anos quarenta até aos meados dos anos setenta. Os valores mais elevados situam-se entre 1976 e 1981, período em que esta relação se encontra na casa dos 2%. A partir de 1982, os valores vão descer fortemente, até se encontrarem perto de 1% no fim da década de noventa. Pormenorizando a evolução destes valores, podemos observar dois períodos de incremento. O primeiro é o que podemos considerar como fruto das profundas alterações psicossociais que os anos sessenta provocaram na sociedade ocidental. De facto, só a partir de 1962 é que os valores sobem acima de 1,30%; só a partir de 1967 é que os valores ultrapassam 1,40%; e, após 1971 estamos claramente acima de 1,60%. Subidas muito fortes, sobretudo se comparadas com a estabilidade dos resultados que caracterizavam os anos quarenta e cinquenta. O segundo período de incremento decorre entre 1974 e 1977, e coincide no tempo com um período de amplas e profundas transformações psicossociais ocorridas na sociedade portuguesa. É neste período que se situa o máximo absoluto do NM<20AI (em 1977 atinge 20.711), bem como a percentagem máxima do NM<20AI face ao número de ISF10-19AI (em 1977 alcança 2,36%).

Se bem que, numa avaliação global, a evolução dos dados das duas tabelas pareça semelhante, a verdade é que os dados percentuais em causa apontam para duas realidades distintas. Na tabela 1, em 1997 os nascimen-

tos de filhos de MAdo representam 6,78% do total de nascimentos, o que nos coloca num nível semelhante ao que existia entre 1971 e 1972. Na tabela 2, em 1997, o número de "teenagers" que deu à luz é 1,19% do total de "teenagers", o que nos coloca num nível próximo do que existia no início da década de cinquenta.

De acordo com os dados que temos vindo a referir, pensamos poder concluir que a gravidez na adolescência é um fenómeno em remissão espontânea. Possivelmente esta remissão não será absoluta nem definitiva. Além disso, temos presente que em certos contextos a adolescência é o momento culturalmente mais apropriado para o casamento e a constituição da família. No entanto, os conteúdos que vamos referir nas próximas linhas fazem crer que há problemas médicos, psicológicos e relacionais que poderiam ser minimizados se pudéssemos reduzir a incidência da gravidez na adolescência.

FACTORES BIOLÓGICOS E SOCIAIS EM DESENVOLVIMENTO

Um dos aspectos mais inesperados na discussão da fertilidade adolescente é a coincidência, porventura negativa, de os vários factores que influenciam o desenvolvimento dos adolescentes serem, eles próprios, protagonistas de desenvolvimento. Alguns destes aspectos dizem respeito ao desenvolvimento psicológico das adolescentes, outros relacionam-se com o seu desenvolvimento orgâ-

Tabela 2. Total dos nascimentos em que a mãe tem menos de 20 anos de idade (NM<20AI), total de indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos de idade (ISF10-19AI), e percentagem dos primeiros em relação aos segundos, desde 1946 a 1997.

<i>Ano</i>	<i>NM<20AI</i>	<i>ISF10-19AI</i>	<i>NM<20AIx100/ISF10-19AI</i>
1946	8.974	797.230	1,13
1947	8.818	804.500	1,10
1948	9.459	801.990	1,18
1949	9.424	802.460	1,17
1950	9.266	800.259	1,16
1951	9.407	799.500	1,18
1952	9.617	798.500	1,20
1953	9.319	797.700	1,17
1954	9.107	796.700	1,14
1955	9.966	796.200	1,25
1956	9.563	795.200	1,20
1957	10.290	793.700	1,30
1958	10.261	793.400	1,29
1959	10.029	793.300	1,26
1960	10.150	796.908	1,27
1961	10.279	798.600	1,29
1962	10.870	800.900	1,36
1963	10.736	801.200	1,34
1964	11.027	801.800	1,38
1965	10.640	802.700	1,33
1966	11.057	804.500	1,37
1967	11.774	805.700	1,46
1968	11.888	805.500	1,48
1969	11.808	806.600	1,46
1970	11.318	777.255	1,46
1971	12.563	759.000	1,66
1972	12.553	770.900	1,63
1973	12.653	777.700	1,63
1974	13.672	787.900	1,74
1975	15.741	864.300	1,82
1976	20.292	871.900	2,33
1977	20.711	876.100	2,36
1978	19.151	877.300	2,18
1979	17.829	878.200	2,03
1980	18.139	844.200	2,15
1981	17.084	845.562	2,02
1982	16.953	848.700	1,99
1983	16.151	848.200	1,90
1984	15.760	847.000	1,86
1985	13.790	847.800	1,63
1986	12.756	847.500	1,51
1987	11.873	843.700	1,41
1988	11.242	834.800	1,35
1989	8.686	828.800	1,05
1990	10.051	791.300	1,27
1991	9.916	800.661	1,24
1992	9.521	768.430	1,24
1993	9.331	749.760	1,25
1994	8.623	726.090	1,19
1995	8.072	698.420	1,16
1996	7.908	669.890	1,18
1997	7.715	643.980	1,19

nico e, finalmente, ainda outros dizem respeito ao desenvolvimento da sociedade.

Tal como é reconhecido, os adolescentes encontram-se a crescer (*adolescere* = crescer) e, é esperado, as oportunidades sociais e culturais ao seu alcance fazem com que cresçam cada vez mais depressa. Ora, devido a essas oportunidades, a passagem pela adolescência é cada vez mais demorada. À medida que se prolongam os estudos, ou as fases de preparação profissional, a idade com que se chega a adulto é cada vez mais tardia. O mesmo é dizer, a dependência económica e familiar arrasta-se no tempo e faz pensar que o crescimento mais rápido dentro da adolescência acarreta um crescimento mais lento na passagem da infância para a vida adulta.

Outro factor que cresce depressa na adolescência é o corpo. Mas, geralmente não nos damos conta de que há mais um aspecto a crescer depressa: a própria velocidade de crescimento do corpo. Fruto das inúmeras alterações alimentares e educativas deste século, os jovens da sociedade ocidental apresentam alterações importantíssimas no seu desenvolvimento orgânico. Uma das mais discutidas no sexo feminino é a idade da menarca. De acordo com os estudiosos da questão (May, 1978), nos finais do século XIX, a idade mais provável para o primeiro fluxo menstrual situar-se-ia entre os dezasseis e os dezassete anos. Nos dias de hoje, a idade apontada para este fenómeno situa-se entre os doze e os treze anos de idade. No en-

tanto, e recordando os dados do I.N.E. sobre a fertilidade adolescente, temos de concluir que o limite inferior da idade da menarca pode situar-se abaixo dos doze anos de idade.

Feliz ou infelizmente, o contexto social em que os adolescentes crescem também é palco de inúmeras modificações ligadas directamente ao fenómeno da reprodução. Uma das facetas que mais se desenvolveu na nossa sociedade é a sexualização da cultura. Sobretudo na produção artística dos nossos tempos, a divulgação da sexualidade e do erotismo atingiu uma dimensão insuspeitada há apenas um século atrás, quando se avançava timidamente uma etiologia sexual para as perturbações psicológicas do tipo histérico. Paralelamente, a democratização do acesso à cultura (cinema, rádio, televisão, jornais, etc.) vem massificar muito rapidamente a difusão da vida sexual como fonte de inspiração artística. Acontece, talvez por ironia do destino, que o desenvolvimento social subjacente a estas modificações conduziu a nossa sociedade a um tipo de organização familiar cada vez mais restritivo: vivemos em apartamentos cada vez mais pequenos; as nossas famílias são menos numerosas (geralmente de tipo nuclear); as fratrias resumem-se a um ou dois irmãos, etc. A consequência relevante é que, este tipo de organização familiar e social nos afastou fisicamente do fenómeno da maternidade. Os nossos jovens já não observam nascimentos nem óbitos em casa, além de que têm cada vez menos nascimentos, e cada vez menos óbitos na

sua família próxima. E aqui se gera uma contradição difícil de ultrapassar: na vida dos adolescentes de hoje há cada vez mais sexo (por via cultural), mas há cada vez menos vida a acontecer (por via familiar).

Associando a precocidade da menarca com a progressiva lentidão que caracteriza a passagem da infância para a vida adulta, e não esquecendo a libidinização cultural do século XX, é forçoso concluir: I – na vida dos jovens existe um período em que a fertilidade é biologicamente possível e socialmente indesejável (já se pode ser mãe, ou pai, mas ainda não se conquistaram os atributos adequados); II – esse período é cada vez mais longo (à medida que o desenvolvimento social estimula e prolonga o desenvolvimento dos factores que envolvem o adolescente) e; III – se a adolescência é o palco desse período biologicamente favorável e socialmente desfavorável então, a adolescência constitui uma das fases mais intensamente conflituosas na vida dos jovens.

A CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DA GRÁVIDA ADOLESCENTE

Se bem que em todos os estratos sociais existam adolescentes que engravidam, a experiência diz-nos que é mais provável encontrar uma adolescente grávida nas famílias oriundas de meios fortemente desfavorecidos. O mesmo é dizer: habitação carenciada ou de tipo "social"; famílias muito numerosas (gran-

des fratrias e vários níveis familiares no mesmo agregado familiar); nível de escolaridade baixo ou nulo (tanto para a adolescente que engravidou, como para os que a rodeiam); formação profissional inexistente (tanto para a adolescente como para os seus progenitores); desemprego crónico, etc. Tal como é de esperar, a estas características associam-se alguns aspectos de saúde particularmente negativos: doenças crónicas na família próxima; falta de consumo de cuidados de saúde; prevenção de saúde inexistente e, durante a gravidez da adolescente, ausência de consultas médicas regulares.

Estas características são repetidamente encontradas nas investigações que tentam elucidar as condições que aumentam o risco de gravidez nesta faixa etária da população. No nosso país, foram desenvolvidas algumas investigações sobre este problema (Silva, 1983; Almeida, 1987). Devido à pertinência que assumem acerca da maternidade adolescente que entre nós se verifica, passamos a expôr as conclusões mais pertinentes.

Silva (1983) usa uma amostra de 100 puérperas adolescentes e realça alguns dados extremamente elucidativos: a média da fratria é de 4,7 (55% têm 4 irmãos ou mais); 68% da amostra reside em bairros de lata; 54% têm 4 anos ou menos de escolaridade (8% são analfabetas); 65% não estuda nem trabalha; 56% são solteiras; 41% vive com a família de origem; 19% vive com a família do companheiro; apenas 23% tiveram consultas médicas no primeiro trimestre da gravidez

(20% = 0 CPN, 12% = 1-3 CPN, 40% = 4-5 CPN, 28% = 6 ou mais CPN); 29% dos partos são distócicos; 47% tem os pais separados (30% dos casos são devidos a ruptura conjugal, 17% dos casos são devidos ao falecimento do pai da adolescente); a profissão do pai é, de um modo geral, indiferenciada. Quanto aos bebés que estas mães adolescentes deram à luz, possuem algumas características que importa considerar: 19% nasceram com menos de 2.500g e, apenas 15% nasceram com mais de 3.500g; 25% apresentam valores de Apgar inferiores a 7 (1º minuto).

Os dados referidos até agora são interessantes e confirmam a apreensão geral sobre a gravidez e a maternidade em adolescentes. Além disso, articulando algumas destas variáveis e observando como funcionam em conjunto, Silva (1983) descobriu algumas associações importantes: a BE de muitas adolescentes está associada com a indiferenciação, ou inexistência, da profissão das adolescentes; a BE está associada com o estatuto conjugal das adolescentes (geralmente são solteiras); a BE está associada com a indiferenciação profissional dos pais das adolescentes; a BE está associada com um menor número de CPN; as adolescentes casadas têm um maior número de CPN; as adolescentes mais novas têm menos CPN; a BE está associada com o PD; a BE está associada com o baixo peso do RN; um número reduzido de CPN está associado com a probabilidade de ocorrência de alguns problemas (baixo peso do RN, parto antes do termo, PD) e

com a probabilidade de a adolescente desconhecer as técnicas de planeamento familiar; os RN das adolescentes que planearam a gravidez tendem a apresentar índices de Apgar superiores a 7; o PD é mais frequente nas adolescentes cuja mãe teve uma resposta negativa face à gravidez e, os RN com menos de 2.500g são mais frequentes nas adolescentes mais jovens.

Em 1987, Almeida publicou um estudo semelhante, cuja amostra foi constituída por mais de 2.000 puérperas adolescentes (menos de 20 anos de idade) entrevistadas nas enfermarias da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Muitos dos dados recolhidos por este autor reforçam o quadro psicossocial que temos vindo a traçar para a generalidade das grávidas adolescentes. Entre as mães com menos de 16 anos só 2% são casadas, embora entre as que têm 16 anos ou mais haja um número apreciável de jovens que afirmam ter casado depois de engravidar (32%). O estatuto conjugal da jovem mãe mostrou estar associado a várias questões: entre as solteiras, 65% não planeou nem desejou a gravidez, enquanto isso só ocorreu em 3% das CAG; nestas últimas apenas 3% ponderaram a hipótese de interromper a gravidez, o que foi ponderado por 45% das solteiras; 13% das solteiras referem que a gravidez causou problemas com a sua família de origem, o que apenas se passa em 1% das CAG; as solteiras têm uma incidência de problemas clínicos (39%) muito superior à encontrada entre as CAG (16%); 36% das

solteiras sofreram de hipertensão, o que não ultrapassou os 10% das CAG; as eclâmpsias e pré-eclâmpsias reduzem-se a 1% entre as CAG, subindo até aos 10% entre as solteiras; a ocorrência de gravidezes pré-termo não excedeu os 3% entre as CAG, elevando-se a 11% entre as solteiras; os problemas clínicos com o RN não vão além de 6% entre os filhos das CAG, mas entre os das solteiras encontramos um valor de 15%; além disso, 4% dos RN das CAG foram considerados pequenos para a idade de gestação, o que é manifestamente inferior aos 9% detectados entre os RN das mães solteiras.

No mesmo estudo, Almeida detecta também um importante número de questões associadas com a escolaridade das jovens mães da sua amostra. Na realidade, 10% da amostra não possui a escolaridade primária, a qual é atingida por 39%. Numa visão mais global, é praticamente metade desta amostra de mães adolescentes que não vai além da 4ª classe o que, para uma amostra recolhida nos anos oitenta, não deixa de nos elucidar sobre os valores reais da educação no nosso país. Mais concretamente, as ACEP ou inferior apresentam tendências muito nítidas: na grande maioria são “domésticas”; na quase totalidade não têm educação sexual; têm menos conhecimento sobre contracepção do que as jovens mais escolarizadas; o seu acesso aos meios de contracepção é também mais difícil e, apresentaram percentagens elevadas de gravidezes não desejadas e não planeadas (ACEP = 17%; ASEP = 30%).

Nesta amostra, a percentagem de jovens oriundas de famílias desagregadas (30%) não é tão elevada quanto na amostra de Silva (1983). Apesar disso, ainda são visíveis algumas relações que importa salientar pois, essas adolescentes são: mais frequentes entre as que têm menos de 16 anos de idade (35%) do que entre as que têm 16 anos ou mais (29%); têm maiores probabilidades de não estarem casadas; têm maiores probabilidades de não completar a escolaridade primária, e apresentam uma percentagem menor de gravidezes planeadas. Por sua vez, o facto de as gravidezes terem sido planeadas, ou não, também se associa com alguns aspectos importantes: as jovens que NDNPG são muito mais frequentes no grupo com menos de 16 anos de idade (40%) do que no grupo entre os 16 e os 19 anos (15%); as jovens que PG só muito raramente ponderam a sua interrupção (1%), enquanto as que NDNPG o fazem frequentemente (72%); as jovens que PG afirmam que a gravidez não causou problemas com a família (0%), ao contrário das jovens que NDNPG (12%); se as jovens PG, a incidência de problemas clínicos no fim da gravidez limita-se a 15% dos casos, o que é muito inferior à proporção detectada entre as jovens que NDNPG (51%); quanto à hipertensão temos um dado semelhante (9% entre as jovens que PG v.s. 36% entre as jovens que NDNPG); o mesmo se passa com a incidência de pré-eclâmpsias e de eclâmpsias (1% entre as jovens que PG v.s. 10% entre as jovens que NDNPG); também a ocorrência de

partos-prematuros é nitidamente inferior entre as jovens que PG (4%) do que entre as jovens que NDNPG (18%) e, inevitavelmente, os RN trazem as mesmas tendências (os problemas clínicos dos RN são mais frequentes quando as mães NDNPG (17% v.s. 7%) e, os RN pequenos para a idade de gestação são mais frequentes quando as mães NDNPG (11% v.s. 4%). É interessante notar que nesta amostra existe um terceiro grupo: o das adolescentes que não planejaram mas desejaram a gravidez. Na maioria das relações estudadas, este grupo está muito próximo das adolescentes que PG e, por consequência, muito distante do grupo que NDNPG.

Algumas investigações têm salientado outro tipo de características das AG, quando comparadas com ANG: as AG apresentam níveis de auto-estima nitidamente mais baixos do que é esperado para a sua idade, ou do que os níveis apresentados por ANG, além de sinais clínicos indiciadores de conflito, defensividade, e perturbação psicológica (Zongker, 1977); as AG têm uma relação menos íntima com as suas mães do que as ANG (Rogers e Lee, 1992); as AG apresentam mais problemas escolares, entre os seus familiares ou amigos é mais fácil de encontrar alguém com uma gravidez em curso, esperam que os cuidados a prestar ao bebé sejam relativamente fáceis e, antes de engravidarem usavam contraceptivos com menos frequência do que as ANG (Holden et al, 1993); alguns acontecimentos desencadeadores de "stress" de vida são nitidamente mais frequentes en-

tre as AG do que nas ANG (Records, 1993); as adolescentes com gravidez (actual ou passada) tiveram a sua primeira relação sexual mais cedo, e atribuem maior relevância à influência que os outros podem ter na sua saúde do que as adolescentes sem história de gravidez (Morgan et al., 1995). A comparação entre MAdo e MAdu também é elucidativa: as MAdu apresentam níveis mais elevados do que as MAdo, no que respeita ao apoio familiar captado nas relações com a sua família mais próxima (Schilmoeller et al., 1991); as MAdo têm uma incidência de divórcios muito elevada na sua família de origem, apresentam níveis de desenvolvimento do Eu mais baixos (mesmo estando acima dos 18 anos de idade) do que os das MAdu e, os seus níveis de desenvolvimento do Eu estão relacionados com a idade dos filhos, o que não acontece entre os filhos das MAdu (Schamess, 1993).

A PREVISÃO PSICOMÉTRICA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Sabendo da relevância social que assume a gravidez na adolescência, e tendo conhecimento das suas consequências, ocorre-nos perguntar se é possível prever, com alguma antecedência, quais as adolescentes que vão engravidar? A resposta a esta pergunta envolve dificuldades metodológicas assinaláveis. Uma das formas de ultrapassar este problema consiste em investigar as características psicológicas das adolescentes com maior e

menor RECP. Uma das formas de operacionalizar o RECP consiste em dividir as adolescentes de acordo com a sua experiência sexual e, ter em conta o conhecimento, o uso e a eficácia do uso de cuidados contraceptivos. Com este propósito, Hart e Hilton (1988) dividiram uma amostra de adolescentes (entre os 17 e os 20 anos) do sexo feminino em quatro grupos: 1- jovens sexualmente inactivas, que nunca tiveram relações sexuais; 2- jovens sexualmente activas e que usam adequadamente métodos contraceptivos eficazes; 3- jovens sexualmente activas, que não usam cuidados contraceptivos, ou usam-nos de forma desadequada e, 4- jovens grávidas, planeando levar a sua gravidez até ao fim. De forma a avaliar a organização psicológica destas jovens foram usados alguns instrumentos psicométricos: o Teste de Completamento de Frases da Universidade de Washington; o Rorschach, operacionalizado segundo três cotações específicas (o Sistema de Cotação do Nível de Desenvolvimento, Friedman, 1960; a Escala de Empatia das Relações Objectais, Pruitt e Spilka, 1964 e, a Escala de Mutualidade da Autonomia, Urist, 1977) e o TAT, além de dados recolhidos por entrevista. Deste conjunto de instrumentos, ressaltam nove resultados que permitem discriminar significativamente entre os grupos. Curioso é que, em todos estes sinais, o grupo 2 surge sempre com o valor mais elevado. De acordo com a interpretação dos autores, estes valores apontam para o facto de o grupo das jovens sexualmente activas e

contraceptivamente eficazes, quando comparadas com as dos grupos 1, 3 e 4, possuem: a) "níveis mais diferenciados e mais complexos de organização psíquica"; b) maiores capacidades de estabelecer uma identificação de tipo adulto, de expressão emocional, de tolerância à frustração, de relacionamento com os outros; c) uma vida psicológica interior mais rica; d) aspectos de independência e de auto-análise mais desenvolvidos; e) melhor integração da vida impulsiva ao serviço de objectivos futuros; f) um uso mais frequente da sublimação, e da capacidade de tolerar e experimentar a culpabilidade. Além destes aspectos, devemos acrescentar que o grupo 2 também evidenciou uma maior capacidade empática, assim como uma maior maturidade ao nível das representações objectais.

As conclusões do estudo de Hart e Hilton (1988) são extremamente relevantes para a discussão da maternidade adolescente. Com base nas diferenças psicológicas atrás enunciadas, podemos compreender que o risco de gravidez na adolescência não é uma função directa da vida sexual dos jovens. Em primeiro lugar, parece ser uma função da sua vida mental. Tal como podemos apreciar, as jovens que têm uma vida sexual activa, mas eficazmente protegida, são psicologicamente maduras, desenvolvidas e organizadas; quer dizer, funcionam como adultas. Por outro lado, aquelas que são sexualmente activas, mas não se protegem, parecem funcionar a um nível psicologicamente imaturo e indiferenciado; diríamos mesmo,

infantil. Finalmente, e uma vez que as jovens sexualmente inactivas se mostram tão imaturas e tão pouco desenvolvidas quanto aquelas que não se protegem, devemos questionar o seu nível de risco para engravidar no curto prazo. De acordo com os autores que temos vindo a citar, a ausência de actividade sexual não reduz o risco de gravidez. Pelo contrário, o facto de estas jovens se caracterizarem por baixos níveis de maturidade e de diferenciação psicológica, pode conduzir a uma maior permeabilidade às pressões da vida social. Quando, por qualquer motivo ligado à aproximação da idade adulta, estas jovens passam a viver num novo contexto relacional, a sua vulnerabilidade psicológica pode ser o primeiro passo para uma gravidez não desejada e não planeada.

LIGANDO AS DIFERENÇAS PSICOLÓGICAS COM A ORGANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES

Assumindo que as adolescentes com elevado RECP são psicologicamente diferentes das que possuem um baixo risco, gostaríamos de perguntar, qual a origem da diferença? No nosso entender, as diferenças referidas anteriormente apontam para aspectos de personalidade cuja origem radica nas relações familiares mais elementares. De facto, as AG avaliam o seu “stress” familiar como muito mais elevado do que a generalidade das adolescentes (Ravert e Martin, 1997). De acordo com as teo-

rias dinâmicas da personalidade, é no seio da família nuclear que se constroem e sedimentam as características de funcionamento que organizam e estruturam o desenvolvimento da vida humana que ocorre na juventude, na vida adulta, na meia idade e, etc. Entre todos os aspectos enunciados sobre a vida familiar das AG, surge um que aparenta ter um peso indiscutível: o estatuto familiar do pai da adolescente que engravidou. Na amostra de Silva (1983), recordemos, em 47% dos casos, os progenitores da adolescente estão separados. Entre estas separações, 30% devem-se a ruptura conjugal e 17% ao falecimento do pai. Na amostra de Rodriguez e Moore (1995), a percentagem de adolescentes (grávidas ou mães) que vivem com apenas um dos pais atinge os 58%. Dados igualmente preocupantes acerca das famílias das AG foram encontrados em estudos realizados na Finlândia (Widholm et al., 1974) e nos E.U.A. (McCullough e Scherman, 1991; Barnett et al., 1991). Apreciados globalmente, estes dados implicam uma primeira realidade: perto de metade da amostra não tem relações próximas com o progenitor do sexo masculino. Uma boa parte da amostra, aliás, não tem, nem pode vir a ter, quaisquer relações. Se a ausência de relações com a figura paterna está na origem das dificuldades psicológicas que se impõem às adolescentes que engravidam, vamos perguntar o que se passa com as adolescentes da outra metade da amostra. Realmente, a outra metade da amostra não tem os pais separados e, por-

tanto, parece contrariar a importância psicológica da ausência do pai. Aqui, poderemos questionar sobre a qualidade da relação destes pais (presentes) com as filhas adolescentes que engravidam. É que, alguns progenitores, apesar de presentes, não constituem um estímulo saudável para o desenvolvimento dos jovens que habitam na mesma casa e se defrontam com o aparecimento da adolescência orgânica e psicológica. Estão neste âmbito, os pais que sofrem de uma ou várias doenças, ou perturbações de comportamento que os incompatibilizam com uma vida familiar, social e profissional proveitosa. Tanto quanto sabemos, desde que surgiram nos nossos hospitais consultas de obstetrícia dedicadas às GA, os casos entrevistados por psicólogos apontam para uma realidade dramática: se uma adolescente está grávida, muito provavelmente o seu pai ou não existe (foi-se embora, desapareceu, fugiu, suicidou-se, morreu de morte natural ou de morte violenta), ou então, está em casa mas não desempenha uma função estimulante, nem criativa, nem saudável face à personalidade da adolescente (é vítima e protagonista do alcoolismo, da toxicod dependência, da violência doméstica, do desemprego crónico ou de perturbações de saúde mental). Acresce a esta realidade que a gravidez na adolescência pode contribuir para perpetuar as dificuldades sócio-familiares em que a adolescente se encontra mergulhada quando engravida (Johnson, 1974). Só muito raramente o quadro se inverte, surgindo um pai atento e preocupa-

do, enquanto a mãe está ausente ou desligada da evolução e da personalidade da adolescente. A este propósito, a amostra de Babikian e Goldman (1971) é elucidativa: 80% das AG provêm de famílias separadas e, as restantes 20% têm relações marcadamente mais próximas com o pai (alcoólico, ex-alcoólico, super-protector, etc.). Outro factor a não negligenciar, é a possibilidade de as adolescentes que engravidam terem sido vítimas de alguma forma de abuso sexual (Moeller e Bachmann, 1989; McCullough e Scherman, 1991; Becker-Lausen e Rickel, 1995), o que constitui uma ameaça para a sua auto-estima (Medora et al., 1993). A hipótese de este tipo de abuso ter ocorrido em casa leva-nos, mais uma vez, a questionar a qualidade dos laços familiares que envolvem a AG no seu dia-a-dia. A este propósito, recorde-se que, quanto mais jovem é uma mãe quando dá à luz, maior é a probabilidade de o seu filho sofrer algum tipo de abuso (Leventhal, 1981). Segundo Buchholz e Korn-Bursztyn (1993), as difíceis condições emocionais, sociais e materiais em que vivem as famílias das mães adolescentes contribuem mais para a ocorrência do abuso sobre os filhos das adolescentes do que a idade da própria mãe.

Se a gravidez na adolescência ocorre num quadro familiar em que as relações se caracterizam pela ausência (ou insuficiência) do progenitor masculino, a gravidez pode ser encarada como a forma de ultrapassar a carência objectal própria da vida psicológica da adolescente que

engravidar. Isto é, ao engravidar a adolescente tenta, e consegue, conquistar um objecto relacional. Este objecto relacional é vivido como tendo potencialidades afectivas equilibradoras. É imaginado como sendo capaz de colmatar a problemática afectiva da adolescente que nasceu e cresceu numa família deficitária ao nível da gestão da comunicação. Neste contexto, a gravidez acontece porque as circunstâncias enunciadas põem em marcha um mecanismo psicológico do tipo passagem ao acto, ou "acting-out". Classicamente, considera-se que a realidade subjacente a este tipo de mecanismos é a ausência de recursos psicológicos apropriados para lidar com as exigências presentes na vida do indivíduo humano. O que estamos a supor é que: I - as adolescentes que engravidam têm origem em famílias onde as relações familiares e a comunicação inerente são deficitárias do ponto de vista do progenitor masculino (contexto); II - este déficit relacional e comunicacional gera uma carência objectal na vida psicológica da adolescente (problemática interior); III - o advento da adolescência, nas suas vertentes orgânicas, sociais e psicológicas, fragiliza o funcionamento global da adolescente (induz um estado de crise) e, IV - a vivência da crise conduz a um empobrecimento dos recursos psicológicos disponíveis e, por consequência, motiva o uso de mecanismos em que a elaboração psicológica está ausente ou reduzida (passagem ao acto ou "acting-out"). Se a passagem ao acto resulta da sequência que apontámos,

o menos que podemos dizer é: as adolescentes que se tornam mães, engravidam porque necessitam, isto é, desejam (Gordon, 1996).

O que precisa de ser realçado é que, muitas destas adolescentes podem vir a beneficiar com o fruto desta situação. Quando a passagem ao acto conduz os jovens para a toxicodependência, para a delinquência ou para a violência gratuita, as consequências são sempre negativas para todos (indivíduo, família, sociedade, etc.). Quando a adolescente engravida, a gestação presente e o futuro bebé oferecem uma nova oportunidade de desenvolvimento. Além de poder amadurecer psicologicamente com a gravidez, a adolescente pode também favorecer o amadurecimento da sua família. E, quando a reactividade familiar, apesar dos primeiros soluços, consegue aderir a uma nova proposta de vida, conseguimos compreender que a hipótese colocada sobre o funcionamento das famílias destas adolescentes é realista. De facto, são sobretudo as mães das adolescentes grávidas que reagem positivamente. Muitas vezes reagem em duas etapas: a) quando recebem a notícia evidenciam uma reacção negativa, mas b) algum tempo depois, tomam a iniciativa de enquadrar a gravidez da filha dentro dos parâmetros médicos requeridos a uma gravidez saudável. Esta reaproximação positiva pode ser encarada de várias formas. Pode até colocar-se a hipótese de que estas mães desejam assegurar um protagonismo exagerado no relacionamento com os netos. De

qualquer forma, é graças a esta segunda fase que muitas adolescentes grávidas conseguem reencontrar a estabilidade psicológica e familiar indispensável ao assumir dos cuidados pré-natais, ao amadurecimento próprio da maternidade e ao relacionamento precoce que se avizinha. Entre outras coisas, o apoio familiar captado pela AG, bem como o apoio social oriundo de outras fontes, também contribuem para compatibilizar o papel maternal assumido no pós-parto com o desenvolvimento de outros papéis sociais (Kissman, 1990), além de proporcionarem uma redução do nível de "stress" relatado pelas MAdo (Colletta e Gregg, 1981). Note-se também que, a organização e a comunicação familiar influenciam decisivamente alguns aspectos da vida das MAdo: a) a sua relação com o pai do bebê; b) a permanência em casa dos pais; c) a desistência da escola e, d) a procura de recursos de planeamento familiar no pós-parto (Nathanson et al., 1986).

Uma consequência não desprezível da gravidez na adolescência é a pressão familiar para concretizar um casamento. Se bem que aparentemente benéfica, esta situação mostra-se muitas vezes artificial. Um dos resultados mais frequentes consiste na criação de novos problemas familiares, em detrimento de soluções válidas para os problemas que induziram a própria gravidez. Além disso, os divórcios subsequentes também são notoriamente elevados (Klein, 1978).

Já que falamos de diferenças psicológicas, é importante referir dois

factos: a) não é impossível que antes, após, ou nas proximidades do trabalho de parto a jovem sofra um acidente psiquiátrico e, b) nestes casos o prognóstico é menos favorável do que nos casos ocorridos noutros momentos da adolescência (Gillberg et al., 1986).

A COMPETÊNCIA OBSTÉTRICA DA GRÁVIDA ADOLESCENTE

A visão clássica sobre a competência obstétrica das adolescentes é particularmente negativa. A realidade é que, estudos relativamente recentes sobre a maternidade adolescente apontam uma incidência elevada de alguns problemas clínicos (e não só) ligados ao desenvolvimento da gravidez, ao TP, e à saúde do RN: desconhecimento do tempo de gravidez, anemia, proteinúria, aumentos da tensão arterial, toxemia (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), baixo ganho de peso para o tempo de gestação, ruptura prematura das membranas, desencadeamento prematuro do TP, TP prematuro, aumento do tempo de TP, complicações do TP, parto pós-maturo, PD, prematuridade, RN com peso médio inferior ao dos RN de MAdo, desproporção feto-pélvica, infecções urinárias, infecções do tracto genital, gonorreia (Marchetti e Menaker, 1950; Bochner, 1962; Briggs et al., 1962; Mussio, 1962; Battaglia et al., 1963; Israel e Woutersz, 1963; Stearn, 1963; Hassan e Falls, 1964; Grant e Heald, 1972; Gernez e Duwat, 1974; Duenhoelter et al., 1975; Dott e

Fort, 1976; Rautanen et al., 1977; Young et al., 1977; Arkutu, 1978; Perkins et al., 1978; Hutchins et al., 1979; Colette e Bouvard, 1979; Elliott e Beazley, 1980; Silva e Nóbrega, 1980; Osbourne et al., 1981; Ward e Biggs, 1981; Viseu e Nóbrega, 1983; Zuckerman et al., 1983; Hardy et al., 1987; Juárez e Sánchez, 1987; Sánchez e Juárez, 1987; Scholl et al., 1987; Monteiro e Sousa, 1988). Além dos problemas já referidos, devemos acrescentar que a mortalidade entre os bebés das MAdo também ultrapassa, estatisticamente, a mortalidade observada entre os bebés de MAdu (Hassan e Falls, 1964; Osofsky e Kendall, 1973; Gernez e Dwat, 1974; Dott e Fort, 1976; Perkins et al., 1978; Hutchins, et al. 1979; National Center for Health Statistics, 1981; Babson e Clarke, 1983; McCormick et al., 1984; Haglund e Cnattingius, 1990), sendo que certas investigações detectam este problema na quantificação da mortalidade neonatal, outras na quantificação da mortalidade perinatal, ou no apuramento da mortalidade infantil e, algumas na incidência da síndrome de morte súbita. Quando a origem étnica e as carências sócio-económicas estão associadas, esta tendência é particularmente nítida (Battaglia et al., 1963; Hardy et al., 1978). É de realçar que, este problema é mais nítido entre as adolescentes com menos de 17 anos.

O que não pode ser ignorado é, cada uma das investigações atrás referidas apenas detectar diferenças significativas num número reduzido de problemas obstétricos das adolescen-

tes, ou de problemas pediátricos dos seus bebés. Quer dizer, apesar de uma leitura global nos empurrar para um quadro clínico muito pessimista, temos de realçar que uma parte importante das AG estudadas nas amostras destas investigações não apresentou sinais nem sintomas das variáveis obstétricas que ora nos preocupam. O mesmo pode ser afirmado em relação aos bebés daquelas jovens e às variáveis pediátricas investigadas.

Pelo que nos é dado observar, alguns problemas clínicos são particularmente frequentes na população que nos preocupa. Na gravidez adolescente, a anemia é um sinal especialmente preocupante. Em parte porque existe uma competição entre o organismo fetal e o organismo materno por certos nutrientes específicos (Naeye, 1981) e, em parte porque essa competição requer um conjunto de compensações específicas (Moghissi, 1981). Geralmente, este problema é interpretado como consequência do baixo estatuto sócio-económico de um grande número de grávidas adolescentes, e das carências alimentares inerentes. Assim sendo, é de difícil resolução: pelas dificuldades de mobilidade social sentidas por estas jovens e, pela fraca motivação (individual e familiar) para obter cuidados médicos adequados e frequentes. Quanto às toxemias, responsáveis por uma boa parte da mortalidade materna (Chesley, 1984) e da mortalidade neonatal (Sibai et al., 1983), sabemos que a tensão arterial elevada desempenha um papel importante na sua génese, supondo-se que o mecanismo

fisiológico subjacente é de tipo imunológico (Willems, 1977). Talvez não seja estranho a este mecanismo, o facto de o funcionamento psicológico influenciar as variações da tensão arterial. Muito concretamente, a dificuldade de expressão dos estados emocionais contribui para o aumento significativo dos níveis da tensão sistólica (Spielberger et al., 1988). Não é difícil imaginar que as adolescentes grávidas, sobretudo as que vivem em famílias de menores recursos relacionais familiares, se sintam incapazes de expressar as inúmeras tensões emocionais que acompanham o desenvolvimento da gestação. No que respeita às dificuldades do TP, como sabemos que o TP prematuro (Omer et al., 1986; Pinelli e Ferrari, 1988; Teichmann e Breull, 1989), o aumento do tempo de TP (Davids et al., 1961; MacDonald et al., 1963; Beck et al, 1980) e as consequências deste aumento são mais frequentes nas parturientes cuja gravidez é caracterizada por níveis mais elevados de ansiedade, bem como por outros indicadores psicológicos, não nos admiramos que entre as parturientes adolescentes estes problemas apresentem uma incidência elevada. O problema do TP prolongado coloca-se, sobretudo, entre as adolescentes com menos de 14 anos, devido à falta de desenvolvimento da bacia óssea. De acordo com Moerman (1982), a bacia óssea tem uma velocidade de crescimento inferior à do resto do organismo feminino. No entanto, segundo o mesmo autor, a região inferior desta estrutura já atingiu um desenvolvimento

suficiente por volta dos quinze anos. Por isso, a partir desta idade, a concretização prematura do TP torna-se mais fácil. O nascimento de bebês prematuros é relativamente frequente em parturientes adolescentes e, por consequência, o peso médio dos RNMAdu é inferior ao peso médio dos RNMAdu. A consequência inevitável é o facto de os níveis de saúde dos RNMAdu serem particularmente problemáticos, o que arrasta o já citado aumento da mortalidade destes bebês, sobretudo quando comparados com a mortalidade dos RNMAdu.

Perante um quadro clínico tão comprometedor, alguns estudiosos têm colocado a hipótese de que estes problemas não se devem a uma incompetência específica das adolescentes, mas sim a uma combinação de factores desfavoráveis. O primeiro destes factores prende-se com a origem social das AG. Frequentemente oriundas de famílias desfavorecidas (com todas as características já referidas), muitas AG vivem uma carência relativa, mas persistente, de cuidados básicos. À realidade das carências anteriores à gravidez junta-se uma carência repetidamente encontrada em investigações sobre esta população: as AG têm, em média, um número de CPN significativamente inferior ao das grávidas adultas. Ora, uma das condições de sucesso da obstetrícia moderna é justamente a frequência de cuidados médicos adequados durante toda a gravidez. Se muitas AG tardam em dirigir-se às consultas médicas e se, além disso, fazem intervalos

demasiado longos entre consultas, não só se dificulta a eficácia do diagnóstico médico, como também dos próprios tratamentos. Sabendo que muitas adolescentes tardam em revelar a sua gravidez perante a família, e equacionando as dificuldades familiares que vulgarmente se colocam nestas situações, podemos também ponderar a motivação das adolescentes e das suas famílias para aprendem e evoluírem com a educação proporcionada pelos técnicos de saúde. Nesta sequência imaginamos que, para muitas AG é difícil aderir a programas de educação para o parto psicoprofilático, aceitar os conselhos médicos que implicam uma mudança nos estilos de vida ou, mobilizar recursos individuais e familiares com vista a programar um relacionamento estável e saudável com o futuro bebé. De qualquer forma, se os problemas clínicos vividos pelas AG na gravidez e no parto são fruto de uma conjuntura desfavorável então, esses problemas podem ser atenuados ou eliminados quando a conjuntura for vencida, o mesmo é dizer, quando podermos conquistar as AG para um relacionamento mais precoce, mais frequente e mais profícuo com os técnicos de saúde que a elas se dedicam. Quando referirmos os vários programas de intervenção com as AG, e porque esses programas têm como resultado uma melhoria dos indicadores clínicos da gravidez e do TP, defenderemos que as AG podem ser competentes do ponto de vista obstétrico, sobretudo se beneficiarem de condições de apoio médico e psicossocial.

A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES

A interrupção de uma gravidez por opção da grávida, do casal, ou por sugestão médica, realizada dentro da legalidade estabelecida e com as condições médicas necessárias é uma possibilidade real. No entanto, as inesperadas reacções psicossomáticas e emocionais que surgem espontaneamente em algumas mulheres adultas dão que pensar. Tudo estava calmamente decidido e planeado e, afinal, nada foi suficiente para prevenir as crises de vômitos, de dores e de pânico abruptamente desencadeadas quando aquele capítulo da vida parecia encerrado. O que poderá acontecer, perguntamo-nos, se a opção em causa é tomada por uma adolescente? Sabendo que além de todas as adversidades sociais e familiares, a GA ainda tem de viver a sua crise da adolescência, a situação afigura-se problemática. Um dos aspectos principais nesta crise é a construção da identidade. Afirma-se que, para construir a identidade da vida adulta, a jovem tem de perder algo da sua identidade infantil e juvenil. Supõe-se que esta perda é vivida como fragilizante e desequilibradora das estruturas psicológicas da adolescente. Neste sentido, uma intervenção cirúrgica que implique a perda da gravidez é vivida como uma ameaça à integridade da jovem grávida. Paralelamente, temos de considerar que a IVGA lhe retira uma possibilidade de desenvolvimento e amadurecimento. O acom-

panhamento destas jovens mostra, com frequência, que existe um benefício real na vivência integral da gravidez. A realidade desta vivência é tanto mais benéfica quanto mais acompanhada estiver a GA (pelos médicos, pelas enfermeiras, pelas assistentes sociais, pelos psicólogos e pelas figuras familiares capazes de amadurecer com a adolescente). Não é uma realidade fácil de construir, mas é extremamente fácil de destruir. A resposta a estes casos não pode ser unívoca nem igual para todos os casos. Antes pensamos que uma decisão, a acontecer, deveria ser tomada pelos responsáveis da adolescente (clínicos e não só), em conjunto com a AG, e deveria ter em conta, sobretudo, a possibilidade de concretizar um futuro saudável para a adolescente e para o seu bebé.

A avaliar pelos dados disponíveis, o número de IVGA é extremamente elevado. Por exemplo, nos Estados Unidos atinge 40% das gravidezes ocorridas em adolescentes (I.C.A.A., 1987) estimadas em 1,1 milhão por ano, bastante mais baixo do que o milhão de IVGA anuais referidas por Hanson em 1978. Um problema de dimensão tão elevada implica a ponderação dos resultados da investigação psicológica, o que segundo Melton e Russo (1987) não aconteceu nas decisões do Supremo Tribunal da nação americana. Neste âmbito, a preocupação fundamental parece ser a imaturidade das adolescentes e a sua vulnerabilidade psicológica. Contrapõe o I.C.A.A. (1987) que: as adolescentes parecem ser capazes de

conceptualizar e raciocinar acerca de problemas e tratamentos de saúde de modo semelhante ao dos adultos; o envolvimento dos pais das adolescentes no PTD acerca da IVG pode ter efeitos negativos; os efeitos negativos da IVGA são diminutos e transitórios e, além disso, os efeitos negativos da gravidez na adolescência podem suplantam os prejuízos induzidos pela IVGA (Adler e Dolcini, 1986). Sobre os preceitos legais adoptados em alguns estados americanos para regular o acesso das adolescentes à IVG, Melton (1987) considera-os ineficazes do ponto de vista dos objectivos legais em causa: proteger a adolescente e preservar a integridade da sua família de origem. Além disso, o papel atribuído aos pais da adolescente nas audiências dos tribunais contribui negativamente para a gestão da comunicação familiar, uma vez que: o testemunho dos pais das adolescentes efectua-se num espaço de tempo muito limitado; as suas opiniões raramente pesam na decisão final; os casos mais graves são apreciados de forma semelhante aos casos menos graves e, o depoimento de especialistas é relativamente raro (Pliner e Yates, 1986).

Debrucemo-nos agora sobre as características das adolescentes que decidem optar pela IVG: as adolescentes que decidem envolver os pais no PTD rondam os 50%, passando-se o mesmo entre as que optam por levar a gravidez até ao fim (Rosen, 1980); a influência das mães das adolescentes parece ser mais relevante do que a influência de outras pessoas no

PTD (Rosen, 1980); entre aquelas que preferem os trâmites dos tribunais ao consentimento familiar, 90% são consideradas suficientemente maduras para concretizar a sua escolha (Mnookin, 1985; Pliner e Yates, 1986); as adolescentes que optam por não envolver os pais no PTD são, geralmente, mais velhas que as outras; as adolescentes que evitam o envolvimento dos pais no PTD podem estar a reagir ao estilo comportamental destes; não magoar os sentimentos das mães é o motivo mais frequente para não as envolver no PTD e, além disso, o receio das reacções negativas dos pais vai no mesmo sentido (Clary, 1982); as adolescentes com baixos níveis de auto-avaliação da sua competência, e com elevados índices de conflito face à necessidade de tomar uma decisão relacionada com a gravidez, têm maiores probabilidades de envolver os pais no PTD (Rosen, 1980); a probabilidade de as adolescentes grávidas procurarem a opinião dos pais é inversamente proporcional à idade (Torres et al., 1980; Ashton, 1979; Clary, 1982); a qualidade da comunicação familiar e a dependência emocional e financeira face aos pais influenciam a possibilidade de as AG envolverem os seus pais no PTD (Griffin-Carlson e Mackin, 1993); questionadas sobre a sua decisão face à gravidez, as adolescentes, quando comparadas com adultas, invocam com menos frequência a sua capacidade de criar uma criança, ou o impacto da decisão nas suas famílias (Lewis, 1980); as adolescentes que

decidem levar a gravidez até ao fim apresentam níveis de auto-estima mais elevados do que as adolescentes que optam pela IVG (Berger et al., 1991); comparadas com mulheres adultas, as adolescentes que optam pela IVG têm maiores probabilidades de se sentirem insatisfeitas, além de relatarem um sofrimento psicológico mais acentuado após a IVG (Franz e Reardon, 1992) e, é de salientar, as GA mais novas referem muito mais frequentemente do que as mais velhas, que os técnicos consultados sobre a gravidez invocam a IVG como alternativa possível, além de interpretarem a opinião destes técnicos de saúde como contrária à IVG (Ashton, 1979). Em termos práticos, a realidade é que a reacção psicológica das AG que optam pela IVG está relacionada com o apoio que recebem dos seus pais: mais adversa quando os pais se opõem, e mais saudável quando os pais não se opõem (Bracken et al., 1974).

De acordo com Lewis (1987), as tarefas de desenvolvimento da adolescência não prejudicam a capacidade de as adolescentes raciocinarem e tomarem decisões acerca de tratamentos de saúde. Esta opinião baseia-se no estudo de Weithorn e Campbell (1982) que mostra não haver diferenças, neste aspecto, entre as jovens de 14, de 18 e de 21 anos de idade. No entanto, é preciso notar que o estudo citado refere-se a situações hipotéticas. Mais concreto é o estudo de Foster e Sprinthall (1992), no qual se verificou que adolescentes e adultas

que optam pela IVG não se distinguem quanto ao nível de raciocínio empregue para avaliar a decisão de interromper a gravidez, embora se distingam no que respeita ao desenvolvimento do Eu e ao desenvolvimento moral. Esta discrepância deve pôr-nos de sobreaviso pois, provavelmente, indica duas coisas: I) as AG que optam pela IVG, apesar do esforço que fazem, continuam a ser adolescentes e, II) a elaboração mental que fazem da situação só parcialmente se pode confundir com a que acontece nas mulheres adultas. Além disso, deve ser referido que a avaliação dos resultados (riscos e consequências) de PTD hipotéticos evolui claramente durante a adolescência (Lewis, 1981).

O desenvolvimento da ajuda ao PTD na AG é particularmente complicado, não só porque se trata de uma decisão cujas consequências são irreversíveis, mas também porque a decisão não resulta apenas do desejo da AG vir a ser mãe. Entre outras coisas, a decisão também será influenciada pelos valores pessoais, familiares e religiosos (Farber, 1991). Segundo a opinião de Marecek (1987), os objectivos fundamentais da relação de ajuda a praticar nestes casos devem ser: a mobilização dos recursos psicológicos da adolescente; o fornecimento da informação e do apoio emocional que a jovem necessita para atingir e executar uma decisão informada acerca da gravidez e, ajudar a adolescente a tomar uma decisão final e integrada, com um mínimo de sofri-

mento emocional. Este apoio não deve descurar, nunca, que a crise gerada pela gravidez é uma oportunidade de maturação e desenvolvimento psicológico (Polsby, 1974). Segundo Bracken e colaboradores (1978) estes objectivos devem ser alcançados numa sucessão de quatro fases: diagnóstico e aceitação da realidade da gravidez; exploração e ponderação das alternativas possíveis; escolher uma decisão entre as várias possíveis e, assumir pessoalmente a decisão tomada. Em todo este processo, um dos aspectos mais importantes é a produção de fantasias acerca da IVG geradas pela AG (Marecek, 1987). Entre estas temos o exagero das sequelas físicas, que podem chegar a provocar a infertilidade. Além disso, na vida mental da AG, a IVG pode ser vivida como o castigo indicado para quem teve relações sexuais antes do casamento, ou antes da idade adulta. Nesta perspectiva, a IVG não é mais do que fugir a um castigo "merecido" (Flaherty et al., 1982).

Outra possibilidade no âmbito do PTD das AG é a adopção. Esta alternativa também parece ser difícil de assumir, porquanto: a) as jovens crêem que a adopção pode desencadear punições sociais; b) a informação acerca do processo de adopção é, geralmente, diminuta; c) os profissionais que deveriam disponibilizar esta informação partilham de uma visão socialmente desfavorável e, d) as AG antecipam um elevado nível de sofrimento psicológico como consequência desta alternativa (Custer, 1993).

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E OS CONSUMOS TÓXICOS

Segundo Jessor e Jessor (1977), as adolescentes que consomem produtos tóxicos com regularidade, quando comparados com adolescentes sem esses hábitos de consumo (ou cujos consumos são mais ligeiros), apresentam índices mais elevados de experiência sexual. Logo, parece haver uma relação directa entre a existência dos consumos tóxicos e a possibilidade de engravidar na adolescência. Esta relação é ainda mais preocupante quando nos apercebemos de dois aspectos: a) os consumos tóxicos na adolescência estão associados com inúmeros problemas psicológicos, familiares e comportamentais (Jessor et al., 1980), sendo particularmente verdade no caso das AG (Scafidi et al., 1997) e, b) o início precoce da experiência sexual nas adolescentes está associado à tolerância face ao comportamento desviante, bem como à frequência dos seus modelos sociais no ambiente próximo (Jessor e Jessor, 1975). Além disso, quando uma adolescente toxicodependente engravida, existe uma probabilidade elevada de o pai da futura criança também ser toxicodependente (Amaro et al., 1989). No entanto, o aparecimento da gravidez pode estimular algumas adolescentes a reduzir ou abandonar os consumos tóxicos que pratica (Johnson et al., 1987; Gilchrist et al., 1990; Hall et al., 1993). Infelizmente, as adolescentes que fumam durante a gravidez parecem elab-

orar os seus consumos de uma forma defensiva e, por isso, difícil de vencer: a) fumam como forma de controlar o seu aumento de peso; b) para darem à luz bebés mais pequenos, na esperança de reduzirem a duração e as dores do TP; c) para lidarem com a ansiedade gerada por sentimentos de abandono e, d) para estruturar uma identidade psicológica independente das identidades dos pais e amigos que consomem álcool e outras drogas (Lawson, 1994). A este propósito, vale a pena mencionar que a tendência das AG para negar a realidade dos consumos tóxicos é semelhante à detectada em grávidas adultas (Zuckerman et al., 1989-a).

Mais problemática é a possibilidade de estes consumos não cessarem quando a gravidez tem início. Sobre tudo, se pensarmos que as jovens com comportamentos-problema se sentem menos motivadas a procurarem os cuidados de saúde pré-natais (Zuckerman et al., 1986). A questão dos consumos se manterem durante a gravidez, coloca um problema mais complexo: a) estes consumos afectam o desenvolvimento pré- e pós-parto do futuro bebé (Zuckerman, 1986; Chouteau et al., 1988; Little et al., 1989; Zuckerman et al., 1989-b; Petitti e Coleman, 1990; Streissguth et al., 1991); b) contribuem para o desenca-deamento prematuro do TP (Ney et al., 1990); c) contribuem para a ocorrência da morte súbita do recém-nascido (Haglund e Cnattingius, 1990); d) favorecem o desenvolvimento dos estados depressivos (Scafidi et al., 1997) e, e) mais tarde ou mais cedo, a

AG vai culpabilizar-se pelos consumos e pelas consequências que recaem sobre o bebê. Se durante a gravidez, a adolescente não for alvo de um apoio psicológico específico, é provável que a sua disponibilidade emocional fique bloqueada. Aí, não só o RN tem dificuldades próprias para se desenvolver, como também se confronta com a ausência da ressonância emocional da mãe.

Tendo em conta a gravidade das consequências geradas pela toxicod dependência durante a gravidez, devemos assumir duas conclusões: a) a consulta obstétrica de rotina não pode dispensar o diálogo sobre este problema, nem as análises clínicas capazes de o indiciar; b) nos casos em que a abstinência é mais difícil de alcançar, deve equacionar-se o internamento como possibilidade de tratamento simultâneo para a gravidez e para a toxicod dependência. A questão do tratamento simultâneo relaciona-se, não só, com os perigos clínicos já referidos, mas também com as dificuldades que irão surgir quando a síndrome de abstinência se confrontar com o efeito (limitado no tempo) dos medicamentos que os obstetras podem administrar durante a gravidez. É que esses medicamentos têm um período de eficácia inferior ao intervalo entre duas administrações. Assim, ao sofrimento físico e psicológico que as grávidas toxicod dependentes enfrentam quando se encontram em abstinência, deve juntar-se o sofrimento que, periodicamente, surge por antecipação psicológica antes dos medicamentos perderem os seus efeitos. Este jogo

entre os efeitos dos medicamentos e os efeitos das drogas é demasiado intenso para a maioria das grávidas toxicod dependentes. Muito provavelmente, para que esta etapa seja bem sucedida é necessário conjugar alguns aspectos: a) o internamento hospitalar deveria ocorrer em meio obstétrico (a AG toxicod dependente, junto das grávidas "normais" vai beneficiar de um contexto psicossocial globalmente positivo); b) o atendimento clínico realizado pelos técnicos de saúde terá de ser "personalizado" (está a ser estabelecida uma relação de longa duração, e com consequências a longo prazo); c) o internamento hospitalar é uma oportunidade para a AG amadurecer psicológica e socialmente (todas as oportunidades de favorecer o desenvolvimento psicossocial da AG são bem vindas) e, d) o acompanhamento psicoterapêutico durante o internamento é indispensável (para beneficiar das qualidades do meio hospitalar, a AG tem de mudar psicologicamente, e muito).

OS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES

Consumado o trabalho de parto, a MAdo vai defrontar-se externamente, pela primeira vez, com a realidade física e psicológica do seu bebê. Se o parto foi eutócico, e se o bebê é saudável, não existem razões médicas para que os primeiros momentos da relação precoce não se processem naturalmente. Apesar disso, a adolescência da mãe é um factor de magnitude imponderável. Se, nalguns casos,

a MAdo aproveitou para amadurecer psicologicamente com a gravidez, e por isso está disponível para a relação com o bebé, noutros casos tal amadurecimento não se verificou, e a nossa preocupação é acrescida. Esperamos, pois, que entre os RNMA do existam bebés que, apesar de se encontrarem em boas condições clínicas, apresentam dificuldade de expressar as suas potencialidades interactivas. É o que parece ser confirmado por Thompson et al. (1979). Nesta investigação, foi usada a escala NBAS (Brazelton, 1973) para comparar o comportamento de RNMA do com os RNMA du. Os dados apurados mostram que, apesar de não haver diferenças no que respeita aos estados de sono e vigília iniciais e predominantes, existem diferenças nalguns itens: a resposta de habituação face à luz é obtida mais rapidamente nos RNMA do do que nos RNMA du; os RNMA do apresentam respostas mais pobres de orientação face a estímulos inanimados (bola), face a estímulos animados (face e voz) e, face a estímulos combinados (face e voz em simultâneo); os RNMA do apresentaram um desempenho mais pobre quando puxados para sentar ("pull to sit"), nos movimentos defensivos (remoção do lenço sobre a face) e, de igual modo, os RNMA do tinham mais dificuldade de se acalmarem (mão na boca) ou de se deixarem acalmar pelo observador (resposta às carícias). Para finalizar, também se encontram diferenças importantes nas categorias globais da escala NBAS: processos interactivos, processos mo-

tores e processos de controlo dos estados. Nestas dimensões, a maioria dos RNMA do obtém notas que oscilam entre o médio e o preocupante, enquanto a maioria dos bebés das MA du se situa entre o muito bom e o médio. É de realçar que, nos processos interactivos, a grande maioria dos RNMA do é classificada como preocupante. Resultados semelhantes foram também observados em RNMA do no estudo de Gomes-Pedro et al. (1986).

Preocupados ficam os técnicos de saúde que lidam com estas mães e estes bebés, uma vez que as diferenças de que falamos foram encontradas entre o segundo e o quinto dia de vida. Embora não saibamos qual o verdadeiro gerador destas diferenças, pensamos que não se devem nem a factores obstétricos, nem pediátricos (exaustivamente controlados). De acordo com os autores citados a única diferença visível entre os dois grupos era de facto a idade das mães. Sendo assim, coloca-se a hipótese de a imaturidade psicológica das MA do ser capaz de gerar as diferenças observadas. Esta hipótese tem como *modus operandi* a interacção precoce, muito concretamente nos dois/três primeiros dias de vida. Se esta hipótese é viável, então, os RNMA do são suficientemente sensíveis para se adaptarem à especificidade do comportamento materno. E, pelo que vimos, esta adaptação vai no sentido de rejeitar o estímulo, ou a situação em que poderiam interagir com as mães: habituação mais rápida à luz; orientação mais pobre face a estímulos ina-

nimados e animados; desempenho motor mais pobre e, dificuldade de ser acalmado. Caso os RNMA do estejam a rejeitar, ou a evitar a relação com as mães, teremos de nos perguntar que comportamentos estão a influenciar esta reacção. De acordo com os dados de Lawrence et al. (1981), as MA do em situação de interacção (não alimentar) com os seus bebês nos três primeiros dias do pós-parto exibem um número significativamente elevado de comportamentos agressivos (picar, empurrar, beliscar), quando comparadas com MA du. Se bem que estes comportamentos possam ser exercidos de forma suave, e relativamente inconsciente, não podem deixar de interferir na comunicação entre a jovem mãe e o seu bebê, acarretando consequências particularmente graves. Além disso, sabemos que algumas adolescentes psicologicamente mais frágeis, e com menos apoios relacionais, vão desenvolver um estilo relacional agressivo. Este estilo é de tal forma marcante para os filhos destas MA do que, aos dois anos de idade, parecem assumi-lo como próprio do seu comportamento (Crockenberg, 1987).

A COMPETÊNCIA INTERACTIVA DA MÃE ADOLESCENTE

Se, como referimos anteriormente, existe a possibilidade de a interacção precoce estar afectada já nos primeiros dias de vida dos RNMA do, é provável que durante os meses subsequentes o problema se agrave. Sobreretudo se tivermos em conta que,

quando comparadas com MA du, as MA do evidenciam dificuldades de empatia face às necessidades dos seus filhos (Baranowski et al., 1990). Observações directas da interacção das MA do com os seus bebês têm mostrado sobretudo dois aspectos (Elster et al., 1983). Em primeiro lugar, as MA do conseguem executar os aspectos interactivos relacionados com os cuidados físicos do bebê (alimentação, higiene, vestir, despir, deitar no berço, tirar do berço, etc.). Em segundo lugar, as MA do abstêm-se de emitir sinais comunicativos de tipo emocional (falam pouco, não olham nos olhos do bebê, e evitam reagir à comunicação deste). Os estudos que referimos a seguir são apenas alguns dos melhores exemplos deste tipo de investigação. Osofsky e Osofsky (1970) observaram a interacção de MA do com os seus bebês, antes e durante a realização de cuidados pediátricos ocorridos no primeiro ano de vida. Segundo as suas conclusões, estas mães manifestaram um elevado nível de actividade física mas, em contraste, a sua comunicação verbal com o bebê era visivelmente reduzida. Paralelamente, os bebês apresentaram uma actividade física assinalável, contrariamente a níveis médios de afectividade e reactividade face às suas mães. McAnarney et al. (1979) encontraram uma relação directa entre a idade das mães e o comportamento emitido para os seus bebês. Nesta investigação constata-se que, quanto mais jovem é a mãe, menor é a probabilidade de ocorrência de comportamentos como: tocar no

bebé, falar com voz de bebé, produzir movimentos sincronizados, e criar situações de proximidade física com o bebé. Epstein (1980) categorizou os estilos interactivos entre as MAdo e os seus bebés em três tipos diferentes: a) interacção não verbal; b) interacção partilhada e, c) directividade. No primeiro estilo temos a mãe que satisfaz as necessidades físicas do bebé mas não conversa com ele, no segundo estilo temos a mãe que explica ao bebé os cuidados que está a praticar (evidenciando sinais físicos e verbais de afecto) e, no terceiro estilo temos a mãe que utiliza a verbalização para dar ordens ao seu bebé. De grande importância para a nossa discussão é o facto de o primeiro estilo ser o mais frequente entre as MAdo observadas. Devemos referir, também, que o primeiro estilo ocorria com maior frequência nas adolescentes mais jovens, enquanto o segundo estilo era mais frequente entre as adolescentes mais velhas. Jones et al. (1980) concentraram os seus esforços de observação no período pós-parto e descobriram que a idade das mães influencia directamente a prontidão ("readiness") com que estas reagem aos estímulos emitidos pelos seus bebés, isto é, as mães mais jovens são menos reactivas do que as mães mais velhas. O fosso entre umas e outras é tão nítido, que os autores consideram existir uma "idade crítica" (19 anos) antes da qual uma mãe não pode, espontaneamente, desenvolver a sua capacidade de atenção/preparação/reacção face às iniciativas de comunicação do seu bebé. Comparando o

comportamento de MAdo com o de MAdu, Sandler et al. (1981) concluem que as primeiras se envolvem com mais facilidade em tarefas que implicam interacção física em detrimento da possibilidade de comunicarem verbalmente com os seus bebés. Ragozin et al. (1982), observando mães (entre 16 e 38 anos de idade) em interacção com os seus bebés de quatro meses (52 nascidos de parto a termo e 53 nascidos de parto prematuro) concluem que a idade das mães influencia, não só os seus comportamentos de interacção, mas também a satisfação que as mães obtêm com o exercício do papel maternal. Mais concretamente, as mães mais jovens (quando primíparas) manifestam dificuldade em eliciar o comportamento vocal dos seus bebés e em expressar o seu afecto durante a relação (expressão da gratificação, tonalidade afectiva global e sensibilidade às mensagens emitidas pelo bebé). Além disso, as diferenças respeitantes ao comportamento interactivo eram mais nítidas nas díades de termo, enquanto as diferenças relativas à satisfação com o papel maternal eram mais nítidas nas díades prematuras. Curiosamente, quando as observações se referiam a segundos filhos o efeito da idade materna era anulado e, nos casos de paridade superior a dois o efeito da idade era invertido. Landy et al. (1983), observando MAdo em interacção com os seus bebés, e comparando-as com MAdu em situação semelhante, concluem que as primeiras se distinguem das segundas pela menor frequência da interacção face-a-face e

da interacção verbal. Levine et al. (1985) escolheram os oito meses de idade para observar a interacção mãe-filho em duas situações diversas: interacção face-a-face com tarefa de encorajar as respostas do bebé sem lhe tocar e, interacção com duas tarefas de aprendizagem extraídas da escala de desenvolvimento de Bayley. Na interacção face-a-face constatou-se que as MAdu manifestavam um afecto mais positivo para com os seus bebés. Na tarefa de aprendizagem, as MAdu produziram mais demonstrações para os seus bebés e falaram para eles com mais frequência e, mais uma vez, o afecto manifestado foi mais positivo. Naturalmente, os filhos das MAdu emitiram sons com uma frequência muito superior à dos outros bebés (quase duas vezes mais). Landy et al. (1984) e Lamb et al. (1987) demonstraram que entre as MAdo e os seus bebés existe uma percentagem significativamente elevada de diádes com estilos de vinculação não segura. Comparando MAdo e os seus bebés (13,5 meses de idade) com MAdu e os seus bebés (14 meses), Teberg et al. (1983) concluem que: a) entre os bebés das MAdo existe uma proporção muito elevada com dificuldade em lidar com o "stress" (47%), comparativamente à proporção detectada entre filhos de MAdu (26%) e, b) as MAdo exibem um número muito reduzido de comportamentos vitais para a interacção (olhos-nos-olhos, verbalização, contacto físico e sorriso) quando comparadas com as MAdu.

Os estudos até agora referidos

mostram que existe uma relação entre a idade das mães e a competência interactiva destas com os seus bebés. No entanto, é de salientar que esta relação precisa de um contexto adequado para que os seus efeitos se tornem visíveis. Quer dizer, é preciso que no nosso campo de observação estejam presentes as competências das MAdu. Caso contrário, arriscamo-nos a obter resultados como os de McAnarney e colaboradores (1984). Neste trabalho, a amostra era constituída apenas por mães entre os 14 e os 19 anos de idade. Como consequência, as correlações estatísticas entre a idade das mães e os comportamentos interactivos nunca atingiram a significância.

De acordo com as investigações mais recentes, as MAdo experienciam níveis elevados de "stress" na relação com os seus filhos (Passino et al., 1993), e correm o risco de se deprimirem psicologicamente (Colletta, 1983). Além disso, é de notar que esse risco é inversamente proporcional à idade das MAdo (Wilcox et al., 1998). Provavelmente, esta tendência depressiva é uma das vias de deterioração da competência interactiva das MAdo. Afinal de contas, sabemos que as mães deprimidas têm uma interacção "depressora" com os seus filhos e, por consequência, os filhos das mães deprimidas podem assumir estilos comportamentais depressivos (Field et al., 1988). O que é inesperado é que esta relação se mantenha, mesmo quando as mães operam uma negação maciça da sua vivência depressiva (Field et al., 1991).

Apesar de os dados apontados até agora mostrarem que a competência interactiva das MAdo está comprometida, devemos referir que esta pode ser estimulada e alterada para melhor. Landy e colaboradores (1984) compararam uma amostra de MAdo e os seus bebés após 12 observações mensais da interacção, com MAdo e os seus bebés observados pela primeira vez aos 12 meses de idade, além de um grupo controlo de MAdu com os seus bebés após 12 observações mensais. Desta comparação resultou que os bebés das MAdo sujeitos a observação mensal apresentavam resultados semelhantes aos dos filhos das MAdu, no que se refere a desenvolvimento mental e motor, e estilos de vinculação. Pelo contrário, os bebés das MAdo observados pela primeira vez aos 12 meses de idade afastavam-se dos valores obtidos pelos bebés das MAdu.

OS FILHOS DAS MÃES ADOLESCENTES NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Tendo em conta que os FMAdo se mostram diferentes nos primeiros dias de vida (Thompson et al., 1979) e que são submetidos a uma interacção precoce rica em estímulos físicos mas pobre em aspectos verbais e emocionais (Osofsky e Osofsky, 1970; McAnarney et al., 1979; Epstein 1980; Jones et al., 1980; Sandler et al., 1981; Ragozin et al., 1982; Levine et al., 1985), é importante questionar o desenvolvimento destas crianças durante os primeiros anos de vida.

Segundo os dados de Osofsky e Osofsky (1970), o desenvolvimento físico dos FMAdo durante o primeiro ano de vida é particularmente preocupante: no primeiro mês de vida, a maioria destes bebés está abaixo do percentil 50 relativo ao peso (74%), e o mesmo no que se refere à altura (76,9%); aos seis meses de idade os valores parecem aproximar-se da normalidade mas, aos doze meses a percentagem de bebés abaixo do percentil 50 é de novo preocupante (61,6% no tocante ao peso e 61,8% em relação à altura). De acordo com Taylor e colaboradores (1982), a admissão hospitalar de crianças entre os 0 e os 5 anos de idade com gastroenterite é mais provável quando a mãe tem menos de vinte anos de idade. Além disso, estes autores referem que, noutras doenças como a bronquite e os problemas respiratórios baixos, as admissões hospitalares são influenciadas pelo peso à nascença e pelas características sociais da família de origem. Se nos recordarmos das dificuldades sócio-familiares em que muitas MAdo se encontram, e da elevada probabilidade de darem à luz um RN de peso inferior a 2.500 gramas, facilmente encontramos uma nova preocupação: quer pela idade da mãe, quer pelas características desfavoráveis envolventes, os FMAdo possuem um risco elevado de contraírem doenças infecciosas. Em 1983, Taylor e colaboradores concluíram que os FMAdo também possuem uma maior probabilidade de serem admitidos nas urgências hospitalares devido a acidentes de natureza diversa:

envenenamento, queimaduras, feridas superficiais, lacerações, etc. De acordo com Frodi e colaboradores (1990), ao fim do primeiro ano de vida, a percentagem de vinculações seguras entre os filhos das MAdo (53%) é muito inferior à que se observa entre filhos de MAdu (70%). Segundo Camp et al. (1984), existe uma correlação negativa e significativa entre o desenvolvimento mental dos FMAdo ao fim do primeiro ano de vida e algumas características das mães: idade e escolaridade. No entanto, estas características das MAdo não influenciam os resultados no que respeita ao desenvolvimento motor. Provavelmente, e uma vez mais, temos aqui o resultado do estilo interactivo destas mães. Lobl e colaboradores (1971) reconfirmaram que existe uma relação entre a idade das mães no TP e o QI das crianças avaliado aos 4 anos de idade. Tal como era de esperar, os resultados mais desfavoráveis pertenciam às crianças cujas mães deram à luz na adolescência. Wadsworth et al. (1984) estudaram alguns aspectos do desenvolvimento mental dos FMAdo aos cinco anos de idade e concluíram que os resultados destas crianças são nitidamente inferiores aos resultados dos FMAdu em: provas de vocabulário, testes de coordenação visuomotora e, nos problemas de comportamento das crianças quando avaliados pelas mães. Contudo, é de notar que a análise estatística revelou influências colaterais, sobretudo das características sociais das mães, as quais parecem agravar os resultados enunciados. Hardy et al. (1978), utilizando os

dados do "Johns Hopkins Child Development Study" apontam alguns resultados extremamente pertinentes para a compreensão do desenvolvimento destas crianças: aos 8 meses, os FMAdo têm resultados mais baixos do que os FMAdu na escala de desenvolvimento mental de Bayley; aos 4 anos de idade, os resultados na escala de Binet são preocupantemente baixos; aos 7 anos de idade, os FMAdo têm um desempenho mais fraco do que os FMAdu na WISC, no Bender e no WRAT e, aos 12 anos de idade, os FMAdo apresentavam, não só um desempenho académico mais fraco, mas também um maior número de repetências escolares. Dados complementares, acerca das dificuldades do percurso intelectual e escolar dos FMAdo, têm sido apontados por numerosos autores (Oppel e Royston, 1971; Marecek, 1979; Broman, 1981; Marecek, 1985; Brooks-Gunn e Furstenberg, 1986). Se bem que não seja claro qual o motivo destas dificuldades, Furstenberg e colaboradores (1989) assinalam que, a dificuldade de verbalização apresentada pelas MAdo no primeiro ano de vida dos filhos pode ser de importância primordial. Rauch-Elnekave (1994) além de detectar que uma percentagem importante dos FMAdo apresenta atrasos de desenvolvimento no domínio da linguagem e das capacidades sociais, observa que as próprias MAdo manifestam atrasos importantes em tarefas de leitura e de linguagem.

Apesar das dificuldades referidas, não devemos esquecer que a passa-

gem pela gravidez e a experiência de relacionamento com o filho podem constituir um estímulo para a maturação psicológica da adolescente. Se bem que estas etapas sejam psicológica e socialmente muito exigentes, a novidade que acarretam e a oportunidade de participar na evolução interactiva mãe-filho, enriquecem a personalidade da jovem, além de a obrigarem a uma relação mais directa e mais sincera com a realidade. Assim sendo, não é de admirar que no estudo de Oz et al. (1992-a) as MAdo tenham alcançado níveis mais elevados de desenvolvimento do Eu do que as adolescentes sem filhos. Concordante com esta observação é o facto de as MAdo tentarem resolver os seus conflitos de dependência-autonomia no âmbito das suas relações exteriores à família de origem, enquanto se verifica o contrário entre as adolescentes sem filhos (Oz et al., 1992-b).

INTERVENÇÃO COM GRÁVIDAS E MÃES ADOLESCENTES

A intervenção com GA constitui um problema multifacetado, uma vez que temos de considerar, não só, as necessidades da jovem, como as necessidades próprias do seu meio envolvente. Começando com as necessidades da jovem temos, no mínimo, de considerar quatro tipos de intervenção, obstétrica, educativa, social e psicológica. Nas instituições de saúde onde for arquitectada uma forma de intervenção com estas grávidas, a equipa deve ser constituída, pelo

menos, por quatro técnicos: o médico, a enfermeira, a assistente social e o psicólogo. Cada um destes técnicos de saúde vai relacionar-se com a adolescente, tentando beneficiá-la com algum do seu conhecimento profissional. Ora, quando um profissional de saúde oferece as suas capacidades a um utente, em troca vai solicitar que este se actualize e modifique para melhor. No caso presente, temos de perguntar se as jovens que engravidam na adolescência são capazes de absorver estes cuidados de saúde e, igualmente, se são capazes de beneficiarem com eles? Uma primeira resposta é dada pela idade. As adolescentes mais próximas dos 20 anos mostram, em geral, uma reactividade psicológica mais proveitosa: são capazes de estabelecer relações significativas com os técnicos que as apoiam, evidenciam um aumento dos seus conhecimentos de saúde e, exprimem uma maturidade psicológica que no princípio da gravidez não se detectava. As adolescentes abaixo dos 15 anos de idade reagem de forma muito diversa. Apesar de poderem estabelecer relações positivas com os técnicos de saúde quando estão na sua presença, os longos períodos de ausência entre duas consultas põem em dúvida os efeitos (a longo prazo) das intervenções que se praticam. Além disso, a ausência de elaboração sobre as causas e a dinâmica dessas ausências colocam-nos sempre, e mais uma vez, na circunstância de relançar um processo clínico difícil e de consequências imprevisíveis.

Alguns exemplos de intervenção

sugerem que as AG podem melhorar, em vários aspectos, com o apoio médico e psicossocial que lhes for proposto. O trabalho da "Visiting Nurse Association" de Brooklin é um bom exemplo. Organizando a sua intervenção em quatro aspectos (educação escolar, educação para a maternidade, visitas domiciliárias pré- e pós-parto, aconselhamento à jovem, à sua família e ao futuro pai), alcançaram-se alguns resultados importantes: evitar a ocorrência de uma segunda gravidez; reduzir a taxa de mortalidade pré-natal; aumentar a probabilidade de regresso à escola e, favorecer a ligação das jovens às instituições comunitárias que facilitam o acesso ao mundo do trabalho (McMurray, 1968). Da articulação entre as instituições de saúde e as instituições escolares da área de Los Angeles, nasceu uma proposta de intervenção multifacetada: garantir a escolaridade das AG, tornar os serviços médicos mais acessíveis, proporcionar educação para a saúde e fornecer serviços de apoio social. Segundo Lyons (1968), os efeitos deste programa são particularmente visíveis na redução das desistências escolares, no incremento dos cuidados médicos pré-natais e no apoio ao ajustamento social das AG. O programa para jovens mães, do "Yale-New Haven Medical Center", consiste num trabalho educativo para grupos de AG, onde se administram conhecimentos acerca do desenvolvimento da gravidez, do trabalho de parto e saúde infantil. Além disso, o acompanhamento clínico das AG é fortemente personali-

zado entre a 28ª semana de gravidez e o puerpério. Constata-se que, entre as AG submetidas a este programa, a incidência de problemas clínicos na gravidez, no parto, no puerpério e na saúde do RN é extremamente reduzida (Sarrel e Klerman, 1969). Operando em bases semelhantes, o programa "Young Mothers' Educational Development" (Murdock, 1968; Osofsky et al., 1968; Osofsky, 1970; Braen, 1970) é concebido para fornecer serviços médicos, educativos, sociais e psicológicos para AG de recursos financeiros limitados, e para os seus bebês. A propósito dos resultados deste programa, Osofsky e Osofsky (1970) referem um número de CPN assinalável (média de 11), uma incidência manifestamente reduzida de problemas clínicos durante a gravidez, uma baixa percentagem de bebês prematuros, uma taxa de mortalidade perinatal inesperadamente fraca e, consequências benéficas em termos educativos e sociais. Noutro projecto de intervenção com AG da região de Philadelphia, os mesmos autores conseguiram alcançar alguns resultados dignos de nota: diminuição da incidência de complicações obstétricas, bem como redução da prematuridade e da mortalidade perinatal (Osofsky e Osofsky, 1978). As adolescentes apoiadas pelo "Rochester Adolescent Maternity Project", um programa que providencia serviços psicossociais e médicos para AG (Adams et al., 1976), apresentam: a) uma redução na incidência de anemias; b) um menor número de partos induzidos, devido à detecção atem-

pada de pré-eclâmpsia; c) menos casos de trabalho de parto prolongado na segunda fase; d) um uso menos frequente de forceps e sobretudo, e) um número nitidamente mais elevado de CPN do que as adolescentes acompanhadas em outros serviços de saúde (Tatelbaum et al., 1978). O programa de intervenção com casais adolescentes, desenvolvido no "Cincinnati General Hospital", promove encontros semanais durante os primeiros seis meses de vida do bebé, tendo como objectivo assegurar as consultas e os tratamentos médicos necessários, além de investir na educação para a paternidade em áreas como saúde, nutrição e estimulação do bebé. Alguns aspectos do comportamento materno mudam para melhor: quando em interacção, as MAdo mostram-se mais atentas, menos tensas e mais capazes de responder ao comportamento dos seus bebés, além de se observar uma melhoria na capacidade de resposta dos próprios bebés (Badger, et al., 1976). Visitando regularmente MAdo cujos bebés nasceram prematuramente, e promovendo a educação dessas mães acerca dos aspectos mais pertinentes neste período (a forma correcta de cuidar do bebé, as fases de desenvolvimento, os exercícios de estimulação que facilitam o desenvolvimento sensório-motor e cognitivo, bem como a comunicação relacional mãe-bebé), consegue-se potenciar o desenvolvimento dos bebés, melhorar a interacção dos bebés com as mães e, além disso, tornar as opiniões e atitudes das mães mais positivas e mais realistas acerca do

temperamento do bebé, do seu desenvolvimento e dos cuidados que lhes devem prestar (Field et al., 1980). Field e colaboradores (1982) demonstraram que, os filhos das MAdo se desenvolvem melhor nos dois primeiros anos de vida, quando aquelas são submetidas ao treino de cuidados básicos e de estimulação sensório-motora e interactiva do bebé. O "Camden County Adolescent Family Life Program", articulando o apoio médico durante a gravidez, o parto e o pós-parto, com o apoio dos serviços sociais e com a educação para a saúde, leva as AG envolvidas neste programa desde o início da gravidez a apresentarem melhores índices de ganho de peso durante a gestação, a uma redução do risco de parto prematuro e ao consequente aumento do peso dos RN (Scholl et al., 1987). Um dos exemplos mais famosos nesta temática é o programa do "Johns Hopkins Hospital". Aliando o apoio psicossocial e educativo ao apoio obstétrico que o hospital fornece, este programa consegue reduzir significativamente o número de problemas clínicos ocorridos na gestação, bem como a mortalidade perinatal e o baixo peso à nascença (Hardy et al., 1987; Repke, 1989). Cooper e colaboradores (1990), concretizando um programa de 20 semanas de demonstração de estilos interactivos, conseguem que as MAdo acima dos 15 anos aumentem as suas frequências de comportamentos vitais para o relacionamento precoce. As MAdo envolvidas no "Adolescent Parenting Program", não só, evidenciam um incremento notá-

vel nos seus conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, como também parecem reduzir significativamente o risco de exercerem comportamentos abusivos sobre os seus filhos (Fulton et al., 1991). Causby e colaboradores (1991), proporcionando experiências de aprendizagem de comportamento materno, conseguiram que MAdo melhorassem as suas capacidades de relacionamento com os seus filhos, nomeadamente ao nível da interacção verbal, da estimulação da aprendizagem, e do jogo. O "Detroit Teen Parent Project", consistindo no relacionamento individual, com a duração de um ano, entre AG e estudantes de psicologia, promove uma melhor adaptação das jovens mães ao comportamento dos seus bebés (Butler et al., 1993). Trabalhando com mães deprimidas (a maioria tinha 19 anos de idade, ou menos) e com os seus bebés (3 meses de idade), Pelaéz-Nogueras e colaboradores (1996) alteram o paradigma "still-face" (Tronick et al., 1977) introduzindo um período de contacto físico das mães com os bebés, entre a situação sem qualquer tipo de resposta e o reassumir do contacto pleno. Como resultado, observa-se que os bebés das mães deprimidas (na maioria desta amostra são MAdo) modificam positivamente o seu comportamento interactivo: mais sorrisos, mais vocalizações e mais ocasiões de face-a-face com a mãe. Por este facto, os autores propõem que as mães deprimidas sejam estimuladas a exercer as suas capacidades de contacto físico com os seus bebés, de forma a com-

pensar os efeitos negativos induzidos pelas dificuldades emocionais presentes nestas díades. Field et al. (1996) demonstraram a importância do uso terapêutico de massagens com MAdo deprimidas. Entre os resultados mais relevantes temos, não só a redução dos níveis de ansiedade e de depressão, mas também a redução dos níveis de cortisol. Black e Teti (1997) tentam modificar o comportamento das MAdo, organizando um filme pedagógico, gravado em vídeo, mostrando mães que alimentam os seus bebés durante os dois primeiros anos de vida, veiculando mensagens e estratégias pertinentes para o relacionamento em causa. As MAdo que observaram este filme, e posteriormente o levaram para casa de forma a observá-lo sempre que o desejassem, apresentaram algumas diferenças importantes duas semanas depois da intervenção: mostravam-se mais envolvidas quando em interacção e evidenciavam atitudes mais positivas face à alimentação e à comunicação com os seus bebés.

A conclusão comum aos vários estudos mencionados é que, felizmente, a generalidade das AG submetidas a intervenção (de preferência articulando a medicina, a psicologia e o serviço social) reagem positivamente. Dentro desta mudança positiva encontramos, não só, indícios de que a saúde das AG evoluiu para melhor, como também indícios de que o nascimento dos seus filhos se realiza em melhores condições físicas e psicológicas. Aliada a esta realidade temos o facto de as MAdo poderem melhorar

a sua competência relacional quando em interacção com os seus bebés. Devemos também referir que as MAdo apoiadas durante a gravidez, e no pós-parto, têm uma maior probabilidade de reconstituir os seus relacionamentos sociais, nomeadamente no que respeita ao regresso à escola (Howard, 1970). O que é sobremaneira preocupante é o facto de muitos destes programas de intervenção terminarem algures no primeiro ano de vida, ou seja, exactamente quando a sua necessidade mais se faz sentir (Scott, K., 1981).

A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Se a gravidez na adolescência ocorre com mais facilidade nas famílias com dificuldades de organização relacional, e se estas famílias se concentram nos meios psicossociais mais degradados, a intervenção preventiva deveria ter estes contextos como alvo prioritário. Uma das questões que estas famílias dificilmente conseguirão ultrapassar é a ausência de relacionamentos com os factores mais positivos da nossa vida social. Quer dizer, o ambiente próximo está muito saturado em factores negativos (desemprego, comportamento desviante, doenças crónicas, etc.) e muito pouco saturado em factores positivos (instituições promotoras de desenvolvimento social, técnicos de acção psicossocial, etc.). Ultrapassar esta dificuldade vai requerer a construção de propostas específicas de intervenção. Estas propostas, quando se organiza-

rem vão requerer uma concentração de meios técnicos, financeiros e institucionais difícil de concretizar. E, finalmente, se as propostas se constituírem, e se os meios se organizarem, vai ser necessário atingir estas famílias durante um espaço de tempo suficientemente longo para podermos observar duas coisas: se há resultados, e se os resultados são duradouros.

Enquanto não se reúnem todas as condições necessárias, podemos pensar numa alternativa funcional. A verdade é que as adolescentes em risco de engravidar estão envolvidas, sem o saberem, em várias redes de apoio e desenvolvimento social. Pelo menos, duas dessas redes são de âmbito nacional e tendem a abarcar a quase totalidade da população que nos preocupa; isto é, além das adolescentes que vivem em ambientes muito degradados, estas redes também lidam com as adolescentes que possuem elevado risco de engravidar mas vivem em ambientes mais favorecidos. Referimo-nos à RCSP e à REBS. Estes dois sistemas, um na dependência do Ministério da Saúde e outro na dependência do Ministério da Educação, executam uma acção de relacionamento com os seus utentes, cujos efeitos vão muito para além das suas tarefas prioritárias: oferecer cuidados de saúde no caso da RCSP e oferecer conhecimentos/educação no caso da REBS. A RCSP, através do conjunto dos centros de saúde, dispõe de uma oportunidade ímpar de trabalho com a população adolescente em risco de engravidar. O contacto dos médicos de família com as jovens que nos

preocupam acontece no quotidiano dos centros de saúde. O motivo é geralmente de ordem física mas, a relação estabelecida situa-se em vários níveis (educação para a saúde, promoção de saúde, prevenção de saúde, etc.). Neste contacto, e quando se detectam sinais ligados à probabilidade de engravidar, o médico de família pode canalizar a utente para outros sectores da instituição. Felizmente que, nos dias de hoje, os centros de saúde são cada vez mais multifacetados na oferta técnica e, por isso, o atendimento pela assistente social e pelo psicólogo podem ser conseguidos portas adentro. Outro aspecto que o centro de saúde poderá encarar é o funcionamento familiar. Os técnicos há pouco referidos são apropriados para sondar as carências das famílias e também para estimular o seu desenvolvimento. Finalmente, o papel dos centros de saúde não se esgota nas consultas que diariamente acontecem nas suas instalações. Por isso, é uma realidade actual que, equipas pluri-disciplinares destas instituições se dirigem às outras estruturas psicossociais da comunidade onde se inserem (escolas, centros de 3ª idade, associações culturais, etc.) e aí praticam uma outra vertente da sua missão: tentam que os cuidados de saúde cheguem aos utentes mais difíceis de alcançar; modificam saudavelmente os hábitos de comunicação da comunidade com os técnicos de saúde; adquirem um conhecimento mais realista sobre as carências e excessos da vida dos seus utentes e, sobretudo, procuram transformar o utente espectador num uten-

te activo. Ora, a problemática da gravidez na adolescência, e a sua prevenção, podem ser enquadradas no tipo de acção que acabamos de referir.

A outra alternativa diz respeito à possibilidade de usar a REBS, isto é, as escolas enquanto terreno ideal para a prevenção da gravidez na adolescência. O primeiro motivo para esta escolha é a concentração das jovens. O segundo é a oportunidade de encontrar as jovens em risco antes de se arriscarem definitivamente no caminho da gravidez. Recentemente, têm surgido alguns resultados que nos podem indicar quais as hipóteses de sucesso neste campo. De acordo com Thomas e colaboradores (1992), um programa de intervenção em pequenos grupos de jovens (7º e 8º anos de escolaridade), em 10 sessões de uma hora, com uma abordagem relacional diversificada (observação de filmes, discussão, "role-playing", e espaço de perguntas e respostas), elaborado com objectivos de informação e prevenção da gravidez na adolescência, e de estimulação do desenvolvimento dos jovens (capacidades de resolução de problemas e de tomada de decisões acerca da actividade sexual) não conseguiu alcançar resultados significativos (nem ao nível do uso dos recursos de controlo da fertilidade, nem ao nível da actividade sexual). À primeira vista, a conclusão parece óbvia: o problema da gravidez na adolescência é multifacetado, e não pode restringir-se, simplesmente, a uma questão de educação sexual. Assim sendo, é necessário juntar algo mais aos programas de educação se-

xual. Olsen e colaboradores (1991) conseguem uma modificação das atitudes das adolescentes face à actividade sexual, através da aplicação de três programas de intervenção relacionados com: a) os valores e as escolhas presentes na vida das jovens, b) a educação para a saúde e, c) o respeito pelos outros e pelo próprio, no âmbito do envolvimento sexual. Barth et al. (1992) parecem ter construído uma alternativa interessante ao organizarem um programa de intervenção baseado na "teoria da inoculação social" (McGuére, 1964) e na "teoria da aprendizagem social" (Bandura, 1977 e 1986), com jovens do 9º ao 12º ano de escolaridade. Com dois objectivos fundamentais (fornecer elementos teóricos e práticos sobre o uso das capacidades sociais necessárias à implementação do conhecimento acerca da prevenção da gravidez e reduzir a probabilidade de ocorrência de comportamentos inseguros em futuras situações de alto risco), este programa conseguiu produzir algumas melhorias significativas: 1) sobre a manipulação correcta dos preservativos; 2) acerca das melhores condições de uso das técnicas de controlo da natalidade; 3) em relação à obtenção de meios contraceptivos; 4) acerca da prevenção simultânea da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis e, 5) sobre a comparação entre a eficácia de cada uma das alternativas consideradas. Howard e McCabe (1992) conceberam uma proposta de intervenção baseada no "modelo da influência social" de McAlister (1980). De acordo com esta

teoria, as pressões sociais e dos pares são determinantes no envolvimento em comportamentos prejudiciais para a saúde, mais do que a falta de conhecimento acerca das consequências negativas desses comportamentos. Concluiu-se que, as jovens cuja ERS começou antes do programa não modificavam o seu comportamento no sentido esperado. Por outro lado, entre as jovens que não possuíam ERS, quando comparados com jovens não submetidas ao programa, observaram-se algumas diferenças importantes: 1) adiamento da primeira relação sexual; 2) menos envolvimento sexual e, 3) menos gravidezes.

Uma alternativa interessante é a possibilidade de as instituições de saúde se deslocarem às escolas e nelas organizarem plataformas de intervenção. O programa de ligação entre os serviços de saúde reprodutiva e a escola, promovido pela "Johns Hopkins School of Medicine" é um bom exemplo (Zabin, 1992). Deslocando todas as manhãs uma equipa de saúde às escolas envolvidas neste projecto, pretende-se: facilitar o acesso aos serviços de controlo da natalidade; aproximar as adolescentes do aconselhamento e da educação acerca da saúde reprodutiva; veicular informação acerca de outros problemas médicos que motivem as jovens e, aconselhar as jovens acerca de outras áreas pertinentes para o seu desenvolvimento pessoal. Esta intervenção é complementada com a disponibilidade da equipa para receber as adolescentes, todas as tardes, em instalações exteriores mas próximas da escola.

Como resultados mais salientes temos: 1) o adiamento da primeira relação sexual; 2) a procura de serviços de controlo da natalidade pelas ASA e, 3) uma redução das gravidezes ocorridas entre ASA (quando comparadas com as adolescentes do grupo controlo). Outro exemplo da ligação entre serviços de saúde e escolas é o das CBE (Kirby e Waszak, 1992), que no princípio da década totalizava quase duas centenas de intervenções em mais de trinta estados dos U.S.A.. Implementando localmente serviços ligados à saúde reprodutiva, e não só (consultas médicas, aconselhamento, cuidados primários de saúde, exames médicos, testes laboratoriais, diagnóstico em geral, diagnósticos da gravidez, alguns tratamentos, vacinas, informação sobre planeamento familiar, indicação para cuidados pré-natais, educação alimentar, aconselhamento sobre consumos ilícitos), foi possível facilitar o contacto das jovens com as equipas de saúde em causa (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, educadores para a saúde, etc.), obtendo ainda algumas mudanças de comportamento assinaláveis. Discutindo os resultados obtidos em algumas CBE, Kirby e Waszak (1992) ressaltam, como resultados mais importantes: 1) em alguns locais de intervenção, mais de 60% da população escolar usou os serviços das CBE; 2) adiamento da primeira relação sexual; 3) uso mais frequente das técnicas de controlo da natalidade, entre as JSA; 4) incremento do uso de preservativos nas JSA e, 5) incremento do uso da pílula nas ASA.

Outros programas têm uma dimensão nacional e, por isso, desenvolvem-se em contextos sociais e culturais diversos. Os estudos que apontaremos a seguir conseguiram alcançar resultados dignos de registo, apesar da disparidade geográfica entre os vários locais de aplicação (U.S.A.). O "Teen Outreach Program" (Philliber e Allen, 1992), organizando pequenos grupos de trabalho para adolescentes em idade escolar, com periodicidade semanal e abrangendo um ano escolar, visa estimular alguns aspectos críticos para o desenvolvimento da personalidade da população em causa: 1) compreensão de si-próprios e do seu sistema de valores; 2) capacidades de comunicação; 3) crescimento humano e desenvolvimento; 4) tornar-se pai, tornar-se mãe e relacionamento familiar e, 5) uso de recursos comunitários. Quando comparados com as adolescentes do grupo controlo, as adolescentes submetidas ao programa apresentaram algumas diferenças importantes: menor número de gravidezes, menos dificuldades escolares, menos suspensões devidas a mau comportamento e, menos faltas à escola. De forma semelhante, a "Abordagem Compreensiva Faseada por Idades" (Nicholson e Postrado, 1992) visa fornecer informação educativa que permita às adolescentes tornarem-se mais confiantes, competentes e independentes, influenciando positivamente quatro aspectos: a) a comunicação familiar acerca da sexualidade; b) a capacidade para resistir às pressões sociais para o envolvimento sexual; c) a motivação e

os recursos para evitar a gravidez e, d) a capacidade de ultrapassar as barreiras que se opõem à eficácia dos meios contraceptivos. Este programa foi organizado em unidades didácticas autónomas e, observou-se que as adolescentes envolvidas em duas ou mais destas unidades apresentavam uma redução em dois aspectos: relacionamento sexual sem uso de meios contraceptivos e número de gravidezes.

Eisen e Zellman (1992), propondo a articulação do "modelo de crenças de saúde" (Janz e Baker, 1984; Rosenstock et al., 1988) com a "teoria da aprendizagem social" (Bandura, 1977 e 1986), organizam uma plataforma de intervenção com adolescentes entre os 13 e os 19 anos de idade. Esta intervenção consistia em sessões de grupo, perfazendo 12 a 15 horas no total, que visavam: 1- apresentação de IF acerca da biologia da reprodução, das doenças sexualmente transmissíveis e, da contracepção; 2- personalização da IF através da discussão em grupo; 3- debate acerca de valores, sentimentos e emoções e, 4- discussão acerca do PTD, e da responsabilização individual, no relacionamento com os outros. Alguns resultados testemunham a importância da intervenção: 1- os ASMEP, e sem ERS anterior à intervenção, tinham mais probabilidades de se manterem abstinentes durante o ano seguinte; 2- os ASMEP apresentaram um incremento significativo no uso de meios contraceptivos eficazes; 3- as ASFEP auto-percepcionavam-se como menos susceptíveis de

engravidar e, 4- os ASMEP auto-percepcionavam-se como mais susceptíveis de causar uma gravidez. No entanto, deve notar-se que algumas das mudanças esperadas ocorreram tanto no grupo submetido à intervenção, como no grupo controlo. Por vezes, o grupo controlo apresentava melhores resultados do que o grupo "experimental". Uma vez que, nesta investigação o grupo controlo também foi submetido a um programa (centrado nos temas da saúde reprodutiva, contracepção e doenças sexualmente transmissíveis), somos levados a pensar que, um dos aspectos pertinentes na prevenção da gravidez adolescente é a participação em oportunidades de relacionamento social. Quer dizer, as adolescentes envolvidos no grupo controlo não só contactaram com o aspecto pedagógico do programa alternativo, mas também interagiram socialmente com os técnicos de saúde e educação mobilizados para o grupo controlo, além de poderem interagir com os seus pares (dentro do grupo) num contexto relacional diferente do habitual. Possivelmente, as características relacionais destas sessões de grupo possuem um aspecto benéfico intrínseco. Provavelmente, este carácter benéfico é pertinente por várias razões: potenciador do desenvolvimento psicológico saudável, organizador das aptidões de relacionamento social e, estimulador do amadurecimento da personalidade.

Abstract

This paper is a systematic discussion

on adolescent pregnancy, its causes and consequences. Among others we point out the psychological, psychosocial and familial circumstances that seem to favour the occurrence of pregnancy during adolescence. Also referred are the characteristics of the precocious relationship between the adolescent mother and her baby. Finally, different kinds of intervention are discussed. Among these we have those that aim a reduction on adolescent pregnancy incidence, as well those aiming to improve the quality of the early interaction between adolescent mothers and their babies.

BIBLIOGRAFIA

- Adams B, Brownstein C, Rennalls I, Schmitt M. The pregnant adolescent – a group approach. *Adolescence* 1976; 11(44): 467-485.
- Adler N, Dolcini P. *Psychological issues in abortion for adolescents*, IN Melton, G. (Ed.), pp. 74-95.
- Almeida JMR. *Adolescência e maternidade*. Temas Actuais, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1987.
- Amaro H, Zuckerman B, Cabral H. Drug use among adolescent mothers: profile of risk. *Pediatrics* 1989; 84(1): 144-151.
- Arkutu A. Pregnancy and labor in tanzanian primigravidae aged 15 years and under. *International J Gynaecol and Obstetr* 1978; 16, pp. 128-131.
- Ashton J. Patterns of discussion and decision making amongst abortion patients. *J Biosocial Science* 1979; 12: 247-259.
- Babson S, Clarke N. Relationship between infant death and maternal age: comparison of sudden infant death incidence with other causes of infant mortality. *J Pediatr* 1983; 103(3): 391-393.
- Babikian H, Goldman A. A study in teen-age pregnancy. *Am J Psychiatr* 1971; 128(6): 755-760.
- Badger E, Burns D, Rhoads B. Education for adolescent mothers in a hospital setting. *Am J Public Health* 1976; 66(5): 469-472.
- Bandura A. *Social learning theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1977.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1986.
- Baranowski M, Schilmoeller G, Higgins B. Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence* 1990; 25(100): 781-790.
- Barnett J, Papini D, Gbur E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1991; 26(102): 457-472.
- Barth R, Leland N, Kirby D, Fetro J. *Enhancing social and cognitive skills*. IN Miller et al. (Eds.) 1992, pp. 53-82.
- Battaglia F, Frazier T, Hellegers A. Obstetric and pediatric complications of juvenile pregnancy. *Pediatrics* 1963; 32(5): 902-910.
- Beck N, Siegel L, Davidson N, Kormeier S, Breitenstein A, Hall D. The prediction of pregnancy outcome: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. *J Psychosomatic Research* 1980; 24: 343-351.
- Becker-Lausen E, Rickel A. Integration of teen pregnancy and child abuse research: identifying mediator variables for pregnancy outcome. *J Primary Prevention* 1995; 16(1): 39-53.
- Berger D, Kyman W, Perez G, Menendez M, Bistriz J, Goon J. Hispanic adolescent pregnancy testers: a comparative analysis of negative testers, childbearers and aborters. *Adolescence* 1991; 26(104): 951-962.
- Black M, Teti L. Promoting mealtime communication between adolescent

- mothers and their infants through videotape. *Pediatrics* 1997; 99(3): 432-437.
- Bochner K. Pregnancies in juveniles. *Am J Obstetr Gynecol* 1962; 83(2): 269-271.
 - Bracken M, Hachamovitch M, Grossman G. The decision to abort and psychological sequelae. *J Nervous and Mental Disease* 1974; 158(2): 154-162.
 - Bracken M, Klerman L, Bracken M. Coping with pregnancy resolution among never-married women. *Am J Orthopsychiatry* 1978; 48: 320-333.
 - Braen B. The evolution of a therapeutic group approach to school-age pregnant girls. *Adolescence* 1970; 18: 171-185.
 - Brazelton T. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Clinics in Developmental Medicine, nº 50, Spastics International Medical Publications em associação com William Heinemann Medical Books Ltd., London & J. B. Lippincott Co., Philadelphia. 1973
 - Briggs R, Herren R, Thompson W. Pregnancy in the young adolescent. *Am J Obstetrics and Gynecol* 1962; 84(4): 436-441.
 - Broman S. *Long-term development of children born to teen-agers*. IN Scott K, Field T, Robertson E (Eds.), 1981: 195-224.
 - Brooks-Gunn J, Furstenberg F Jr. The children of adolescent mothers: physical, academic and psychological outcomes. *Developmental Review* 1986; 6: 224-251.
 - Buchholz E, Korn-Bursztyn C. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse? *Adolescence* 1993; 28(110): 361-382.
 - Butler C, Rickel A, Thomas E, Hendren M. An intervention program to build competencies in adolescent parents. *The Journal of Primary Prevention* 1993; 13(3): 183-198.
 - Camp B, Burgess D, Morgan L, Malpiede D. Infants of adolescent mothers: maternal characteristics and developmental status at 1 year of age. *Am J Diseases in Childhood* 1984; 138: 243-246.
 - Causby V, Nixon C, Bright J. Influences on adolescent mother-infant interactions. *Adolescence* 1991; 26(103): 619-630.
 - Chesley L. History and epidemiology of preeclampsia-eclampsia. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1984; 27(4): 801-820.
 - Chouteau M, Namerow P, Leppert P. The effect of cocaine abuse on birth weight and gestational age. *Obstetrics and Gynecology* 1988; 72(3, 1): 351-354.
 - Clary F. Minor women obtaining abortions: a study of parental notification in a metropolitan area. *Am J Public Health* 1982; 72: 283-285.
 - Colette C, Bouvard M. La grossesse des adolescentes. *Revue Française de Gynécologie* 1979; 74: 515-518.
 - Colletta N. At risk for depression: a study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology* 1983; 142: 301-310.
 - Cooper C, Dunst C, Vance S. The effect of social support on adolescent mothers' styles of parent-child interaction as measured on three separate occasions. *Adolescence* 1990; 25(97): 49-57.
 - Crockenberg S. Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development* 1987; 58: 964-975.
 - Custer M. Adoption as an option for unmarried pregnant teens. *Adolescence* 1993; 28(112): 891-902.
 - Davids A, De Vault S, Talmadge M. Anxiety, pregnancy and childbirth abnormalities. *Journal of Consulting Psychology* 1961; 25: 74-77.
 - Dott A, Fort A. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. *Am J Obstetrics and Gynecology* 1976; 125(4): 532-536.
 - Duenhoelter J, Jimenez J, Baumann G. Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. *Obstetrics and Gynecology* 1975; 46(1): 49-52.

- Eisen M, Zellman G. *A health beliefs field experiment: teen talk*. IN Miller et al. (Eds.) 1992; 220-264.
- Elliott H, Beazley J. A clinical study of pregnancy in younger teenagers in Liverpool. *J Obstetrics and Gynaecology* 1980; 1: 16-19.
- Elster A, McAnarney E, Lamb M. Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics* 1983; 71(4): 494-503.
- Epstein A. *Assessing the child development information needed by adolescent parents with very young children*. 1980. Final report, United States Department of Health, Education and Welfare. Citado por Elster et al. (1983).
- Farber N. The process of pregnancy resolution among adolescent mothers. *Adolescence* 1991; 26(103): 697-716.
- Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. *Adolescence* 1996; 31(124): 903-911.
- Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, Zimmerman, E, Kuhn C 1988. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development* 1996; 59: 1569-1579.
- Field T, Morrow C, Healy B, Foster T, Adelstein D, Goldstein S. Mothers with zero Beck depression scores act more depressed with their infants. *Development and Psychopathology* 1991; 3(3): 253-262.
- Field T, Widmayer S, Greenberg R, Stoller S. Effects of parent training on teenage mothers and their infants. *Pediatrics* 1982; 69(6): 703-707.
- Field T, Widmayer S, Stringer S, Ignatoff E. Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Development* 1980; 51: 426-436.
- Flaherty E, Marecek J, Olsen K, Wilcove G. *Psychological factors associated with fertility regulation among adolescents*. 1982. Relatório apresentado ao National Institute of Child Health and Human Development, Philadelphia, Philadelphia Health Management Corporation. Citado por Marecek, 1987.
- Foster V, Sprinthall N. Developmental profiles of adolescents and young adults choosing abortion: stage sequence, décalage, and implications for policy. *Adolescence* 1992; 27(107): 655-673.
- Franz W, Reardon D. Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence* 1992; 27(105): 161-172.
- Friedman H. A note on the revised Rorschach developmental scoring system. *J Clinical Psychology* 1960; 16: 52-53.
- Frodi A, Grolnick W, Bridges L, Berko, J. Infants of adolescent and adult mothers: two indices of socioemotional development. *Adolescence* 1990; 25(98): 363-374.
- Fulton A, Murphy K, Anderson S. Increasing adolescent mothers knowledge of child development: an intervention program. *Adolescence* 1991; 26(101): 73-81.
- Furstenberg F Jr, Brooks-Gunn J, Chase-Lansdale L. Teenaged pregnancy and childbearing. *Am Psychologist* 1989; 44(2): 313-320.
- Gernez L, Duwat R. La gravido-puerpéralité chez la primipare de moins de quinze ans. *Revue Française de Gynécologie* 1974; 69(12): 695-704.
- Gillberg C, Wahlstrom J, Forsman A, Hellgren L, Gillberg C. Teenage psychoses – epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. *J Child Psychology and Psychiatry* 1986; 27(1): 87-98.
- Gilchrist L, Gillmore M, Lohr M. Drug use among pregnant adolescents. *J Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58(4): 402-407.
- Gomes-Pedro J (Ed.). *Biopsychology of early parent-infant communication*.

- Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, Lisboa, 1989.
- Gomes-Pedro J, Lacerda N, Lobo-Fernandes M, Gouveia R, Silva, M. *The behaviour of the newborn infants of adolescent mothers*, comunicação ao "International Symposium Olá Bebê – Early Parent–Infant Communication", Julho, Lisboa. Publicado IN Gomes-Pedro (Ed.) 1986; 99-103.
 - Gordon C. Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence* 1996; 31(123): 561-584.
 - Grant J, Heald F. Complications of adolescent pregnancy. *Clinical Pediatrics* 1972; 2: 567-570.
 - Griffin-Carlson M, Mackin K. Parental consent: factors influencing adolescent disclosure regarding abortion. *Adolescence* 1993; 28(109): 1-11.
 - Haglund B, Cnattingius S. Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome: a population-based study. *Am J Public Health* 1990; 80(1): 29-32.
 - Hall J, Henggeler S, Felice M, Reynoso T, Williams N, Sheets R. Adolescent substance use during pregnancy. *J Pediatric Psychology* 1993; 18(2): 265-271.
 - Hanson M. Abortion in teenagers. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1978; 21(4): 1175-1190.
 - Hardy J, King T, Repke J. The Johns Hopkins adolescent pregnancy program: an evaluation. *Obstetrics and Gynecology* 1987; 69(3): 300-306.
 - Hardy J, Welcher D, Stanley J, Dallas J. Long-range outcome of adolescent pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1978; 21(4): 1215-1232.
 - Hart B, Hilton I. Dimensions of personality organization as predictors of teenage pregnancy risk. *J Personality Assessment* 1988; 52(1): 116-132.
 - Hassan H, Falls F. The young primipara: a clinical study. *Am J Obstetrics and Gynecology* 1964; 88(2): 256-269.
 - Holden G, Nelson P, Velasquez J, Ritchie K. Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1993; 28(111): 557-572.
 - Howard M. Multidiscipline services for school-age pregnant girls. *Am J Orthopsychiatry* 1970; 40(2): 289-290.
 - Howard M, McCabe J. An information and skills approach for younger teens. IN Miller et al. (Eds.) 1992; 83-109.
 - Hutchins F, Kendall N, Rubino J. Experience with teenage pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1979; 54(1): 1-5.
 - ICAA, Interdivisional Committee on Adolescent Abortion of the American Psychological Association. Adolescent abortion: psychological and legal issues. *American Psychologist* 1987; 42(1): 73-78.
 - INE. *Anuário Demográfico*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1947-1966.
 - INE. *Estatísticas Demográficas*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1967-1972; 1973-a; 1974-1983; 1984-a; 1985; 1986; 1987-a; 1988-a; 1989; 1990-a; 1991; 1992-a; 1993-a; 1994-a; 1995-a; 1996-a; 1997; 1998-a.
 - INE. *Portugal – 11º Recenseamento da População – 1970 - I Volume*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa 1973-b.
 - INE. *Portugal – 12º Recenseamento Geral da População; II Recenseamento Geral da Habitação; Resultados Definitivos – 198*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1984-b.
 - INE. *População Residente Por Distritos e Concelhos –1985-(Estimativa)*, nº 5, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1987-b.
 - INE. *População Residente Por Grupos Etários e Concelhos –1986-(Estimativa)*, nº 7, Série Estimativas Provisórias,

- Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1987-c.
- INE. *Estimativas de População Residente em 31.XII.1987 Segundo o Sexo e Por Idades, Nos Distritos e Regiões Autónomas e Segundo o Sexo, Por Concelhos*, nº 9, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1988-b.
 - INE. *Estimativas de População Residente em 31.XII.1989 Segundo o Sexo e Por Idades, Nos Distritos e Regiões Autónomas*, nº 11, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1990-b.
 - INE. *Estimativas de População Residente Por Nuts, e Distritos: estimativas segundo o sexo e por idades em 31.XII.1990*, nº 15, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1992-b.
 - INE. *Estimativas de População Residente em 1992*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1993-b.
 - INE. *Estimativas da População Residente em 1993*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1994-b.
 - INE. *Estimativas da População Residente*, nº 20, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1995-b.
 - INE. *Censos 91 – 13.º Recenseamento Geral da População; III Recenseamento Geral da Habitação; Resultados Definitivos*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1996-b.
 - INE. *Estimativas da população Residente*, nº 21, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1996-c.
 - INE. *Estimativas da população Residente*, nº 24, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1998-b.
 - INE. *Estimativas da população Residente*, nº 26, Série Estimativas Provisórias, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 1998-c.
 - Israel S, Woutersz T. Teen-age obstetrics: a cooperative study. *Am J Obst Gynecol* 1963; 85(5): 659-668.
 - Janisse M (Ed.). *Health psychology: individual differences and stress*. Springer Verlag Publishers, New York, 1988.
 - Janz N, Baker M. *The health belief model: a decade later*. *Health Education Quarterly*, 11, pp.1-47. Citado por Eisen e Zellman (1992), 1984.
 - Jessor R, Chase J, Donovan J. Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *Am J Pub Health* 1980; 70(6): 604-613.
 - Jessor S, Jessor R. Transition from virginity to nonvirginity among youth: a social-psychological study over time. *Developmental Psychology* 1975; 11(4): 473-484.
 - Jessor R, Jessor S. *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Academic Press, New York, 1977.
 - Johnson C. Adolescent pregnancy: intervention into the poverty cycle. *Adolescence* 1974; 9(35): 391-406.
 - Johnson S, McCarter R, Ferencz C. Changes in alcohol, cigarette, and recreational drug use during pregnancy: implications for intervention. *Am J Epidemiol* 1987; 126(4): 695-702.
 - Jones F, Green V, Krauss D. Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: age differences. *Pediatrics* 1980; 65: 579-584.
 - Juanéz J, Sánchez A. Evolución del embarazo en la adolescente. *Toko-Ginecologia Practica* 1987; 46(2): 73-78.
 - Klein L. Antecedents of teenage pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1978; 21(4): 1151-1159.
 - Kirby D, Waszak C. *School-based clinics*. In Miller et al. (Eds.), pp. 185-219, 1992.
 - Kissman K. Social support and gender role attitude among teenage mothers. *Adolescence* 1990; 25(99): 709-716.

- Lamb M, Hopps K, Elster A. Strange situation behavior of infants with adolescent mothers. *Infant Behavior and Development* 1987; 10: 39-48.
- Landy S, Clark C, Schubert J, Jillings C. Mother-infant interactions of teenage mothers as measured at six months in a natural setting. *The Journal of Psychology* 1983; 115: 245-258.
- Landy S, Schubert J, Cleland J, Montgomery J. The effect of research with teenage mothers on the development of their infants. *Journal of Applied Social Psychology* 1984; 14(5): 461-468.
- Lawrence R, McAnarney E, Aten M, Iker H, Baldwin C, Baldwin A. Aggressive behaviors in young mothers: markers of future morbidity?. *Pediatric Research* 1981; 15: 443.
- Lawson E. The role of smoking in the lives of low-income pregnant adolescents: a field study. *Adolescence* 1994; 29(113): 61-79.
- Leventhal J. Risk factors for child abuse: methodologic standards in case-control studies. *Pediatrics* 1981; 68(5): 684-690.
- Levine L, Cynthia B, Coll C, Oh W. Determinants of mother-infant interaction in adolescent mothers. *Pediatrics* 1985; 75(1): 23-29.
- Lewis C. A comparison of minors' and adults' pregnancy decisions. *Am J Orthopsychiatry* 1980; 50: 446-453.
- Lewis C. How adolescents approach decisions: changes over grades seven to twelve and policy implications. *Child Development* 1981; 52: 538-544.
- Lewis C 1987. Minors' Competence to consent to abortion. *Am Psychologist* 42(1): 84-88.
- Little B, Snell L, Klein V, Gilstrap L. Cocaine abuse during pregnancy: maternal and fetal implications. *Obstetrics and Gynecology* 1989; 73(2): 157-160.
- Lobl M, Welcher D, Mellits E. Maternal age and intellectual functioning of offspring. *Johns Hopkins Medical Journal* 1971; 128: 347-357.
- Lyons D. Developing a program for pregnant teenagers through the cooperation of school, health department, and federal agencies. *Am J Public Health* 1968; 58(12): 2225-2230.
- MacDonald R, Gynther M, Christakos A. Relations between maternal anxiety and obstetric complications. *Psychosomatic Medicine* 1963; 25(4): 357-363.
- Marchetti A, Menaker J. Pregnancy and the adolescent. *Am J Obstetrics and Gynecology* 1950; 59(5): 1013-1020.
- Marecek J. *Economic, social and psychological consequences of adolescent childbearing: an analysis of data from the Philadelphia Collaborative Perinatal Project*. Final Report to National Institute for Child Health and Human Development. Swarthmore College, Swarthmore, PA. Citado por Furstenberg et al. (1989), 1979.
- Marecek J. *The effects of adolescent childbearing on children's cognitive and psychosocial development*, não publicado. Citado por Furstenberg et al. (1989).
- Marecek J. Counseling adolescents with problem pregnancies. *Am Psychologist* 1987; 42(1): 89-93.
- May R. Human reproduction reconsidered. *Nature* 1978; 272, 6, pp. 491-495.
- McAlister A. *Adolescent smoking: onset and prevention*. Creative Curricula. Citado por Howard e McCabe (1992), 1980.
- McAnarney E, Lawrence R, Aten M. Premature parenthood: a preliminary report of adolescent mother-infant interaction. *Pediatric Research* 13: 328, 1979.
- McAnarney E, Lawrence R, Aten M, Iker H 1984. Adolescent mothers and their infants. *Pediatrics* 1979; 73(3): 358-362.
- McCormick M, Shapiro S, Starfield B. High-risk young mothers: infant mortality and morbidity in four areas in the

- United States, 1973-1978. *Am J Public Health* 1984; 74(1): 18-23.
- McCullough M, Scherman A. Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence* 1991; 26(104): 809-816.
 - McMurray G. Project teen aid: a community action approach to services for pregnant unmarried teen-agers. *Am J Public Health* 1968; 58(10): 1848-1853.
 - Medora N, Goldstein A, Hellen C. Variables related to romanticism and self-esteem in pregnant teenagers. *Adolescence* 1993; 28(109): 159-170.
 - Melton G (Ed.). *Adolescent abortion: psychological and legal issues*, University of Nebraska Press, Lincoln, 1986.
 - Melton G. Legal regulation of adolescent abortion: unintended effects. *Am Psychologist* 1987; 42(1): 79-83.
 - Melton G, Russo N. Adolescent abortion: psychological perspectives on public policy. *Am Psychologist* 1987; 42(1): 69-72.
 - Miller B, Card J, Paikoff R, Peterson J. (Eds.). *Preventing Adolescent Pregnancy*. Sage Publications Inc., Newbury Park, California, 1992.
 - Mnookin R. *Bellotti v. Baird: a hard case*. IN Mnookin (Ed.), pp. 149-264, 1985.
 - Mnookin R (Ed.). *In the interest of children: advocacy, law reform and public policy*. Freeman, New York. Citado por Melton, (1987), 1985.
 - Moeller T, Bachmann G. Why youn can't ignore sexual abuse in teenagers. *Contemporary Obstetrics and Gynecology* 1989; 34(4): 68-79.
 - Moerman M. Growth of the birth canal in adolescent girls. *Am J Obst Gynecol* 1982; 143(5): 528-532.
 - Moghissi K. Risks and benefits of nutritional supplements during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58(5) suplemento: 68S-78S.
 - Monteiro A. Gravidez na adolescência: panorama mundial e nacional. *O Médico* 1988; 39(119): 529-532.
 - Monteiro A, Sousa A. Gravidez e parto na adolescente: estudo retrospectivo. *O Médico* 1988; 39(119): 532-536.
 - Morgan C, Chapar G, Fisher M. Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence* 1995; 30(118): 277-289.
 - Murdock G. The unmarried mother and the school system. *Am J Public Health* 1968; 58(12): 2217-2224.
 - Mussio T. Primíparas under age 14. *Am J Obst Gynecol* 1962; 84(4): 442-444.
 - Nathanson M, Baird A, Jemail J. Family functioning and the adolescent mother: a systems approach. *Adolescence* 1986; 21(84): 827-841.
 - National Center for Health Statistics. Advance report of final natality statistics, 1981. *Monthly Vital Statistics Report* 1983; 32(9)(suplemento). Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics. Citado por Zuckerman et al, 1986.
 - Naeye R. Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrients. *Pediatrics* 1981; 67(1): 146-150.
 - Ney J, Dooley S, Keith L, Chasnoff I, Socol M. The prevalence of substance abuse in patients with suspected preterm labor. *Am J Obst Gynecol* 1990; 162(6): 1562-1567.
 - Nicholson H, Postrado L. *A comprehensive age-phased approach: girls incorporated*. IN Miller et al. (Eds.), pp. 110-138, 1992.
 - Olsen J, Weed S, Ritz G, Jensen L. The effects of three abstinence sex education programs on student attitudes toward sexual activity. *Adolescence* 1991; 26(103): 631-641.
 - Omer H, Friedlander D, Palti Z, Shekel I. Life stresses and premature labour: real connection or artifactual findings. *Psychosomatic Medicine* 1986; 48(5): 362-369.
 - Oppel W, Royston A. Teen-age births:

- some social, psychological, and physical sequelae. *Am J Public Health* 61(4): 751-756.
- Osbourne G, Howat R, Jordan M. The obstetric outcome of teenage pregnancy. *Br J Obst Gynaecol* 1981; 88: 215-221.
 - Osofsky H. Teen-age out-of-wedlock pregnancy: some preventive considerations. *Adolescence* 1970; 5(18): 151-170.
 - Osofsky H, Braen B, DiFlorio R, Hagen J, Wood P. A program for pregnant schoolgirls: a progress report. *Adolescence* 1968; 3(9): 89-108.
 - Osofsky H, Kendall N. Poverty as a criterion of risk. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1973; 16: 103-119.
 - Osofsky H, Osofsky J. Adolescents as mothers: results of a program for low-income pregnant teenagers with some emphasis upon infant's development. *Am J Orthopsychiatry* 1970; 40: 825-834.
 - Osofsky J, Osofsky H. Teenage pregnancy: psychosocial considerations. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1978; 21(4): 1161-1173.
 - Oz S, Tari A, Fine M. A comparison of the psychological profiles of teenage mothers and their nonmother peers: I. Ego development. *Adolescence* 1992-a; 27(105): 193-202.
 - Oz S, Tari A, Fine M. A comparison of the psychological profiles of teenage mothers and their nonmother peers: II. Response to a set of TAT cards. *Adolescence* 1992-b; 27(106): 357-367.
 - Passino A, Whitman T, Borkowski J, Schellenbach C, Maxwell S, Keogh D, Rellinger E. Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence* 1993; 28(109): 97-122.
 - Peláez-Nogueras M, Field T, Hossain Z, Pickens J. Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development* 1996; 67: 1780-1792.
 - Perkins R, Facog I, Nakashima I, Mullin M, Dubansky L, Chin M. Intensive care in adolescent pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1978; 52(2): 179-188.
 - Petitti D, Coleman C. Cocaine and the risk of low birth weight. *Am J Public Health* 1990; 80(1): 25-28.
 - Philliber S, Allen J. *Life options and community service: teen outreach program*. IN Miller et al. (Eds.), pp. 139-155, 1992.
 - Pinelli M, Ferrari F. Il vissuto di separazione nella madre del neonato prematuro: indicazione dello psicogramma di Rorschach. *Eta Evolutiva* 1988; 29: 26-36.
 - Pliner A, Yates S. *The Massachusetts judicial consent hearing: a rubberstamp proceeding?*. Comunicação apresentada no Meeting da American Psychological Association, Washington DC. Citado por Melton, (1987), 1986.
 - Polsby G. Unmarried parenthood: potential for growth. *Adolescence* 1974; 9(34): 273-284.
 - Pruitt W, Spilka B. Rorschach empathy-object relations scale. *J Projective Techniques and Personality Assessment* 1964; 28: 331-336.
 - Ragozin A, Basham R, Crnic K, Greenberg M, Robinson N. Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology* 1964; 18(4): 627-634.
 - Rauch-Elnekave H. Teenage motherhood: its relationship to undetected learning problems. *Adolescence* 1994; 29(113): 91-103.
 - Rautanen E, Kantero R, Widholm O. Medical and social aspects of pregnancy among adolescents. Part II: comparative study of abortions and deliveries. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 1977; 66: 122-130.
 - Ravert A, Martin J. Family stress, perception of pregnancy, and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence* 1997; 32(126): 261-269.
 - Recors K. Life events of pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*

- 1993; 28(110): 325-338.
- Repke J. An ongoing program with a special approach. *Contemporary Obstetrics and Gynecology* 1989; 34(4): 117-124.
 - Rodriguez C, Moore N. Perceptions of pregnant/parenting teens: reframing issues for an integrated approach to pregnancy problems. *Adolescence* 1995; 30(119): 685-706.
 - Rogers E, Lee S. A comparison of the perceptions of the mother-daughter relationship of black pregnant and non-pregnant teenagers. *Adolescence* 1992; 27(107): 555-564.
 - Rosen R. Adolescent pregnancy decision-making: are parents important?. *Adolescence* 1980; 25(57): 43-54.
 - Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 175-183. Citado por Eisen e Zellman (1992).
 - Sánchez A, Juárez J. Parto y puerperio de la gestante adolescente: estudio de 386 casos. *Toko-Ginecologia Practica* 1987; 46(2): 68-72.
 - Sandler H, Vietze P, O'Conner S. *Obstetric and neonatal outcomes following intervention with pregnant teenagers*. In Scott et al. (Eds.), pp. 249-263, 1981.
 - Sarrel P, Klerman L. The young unwed mother. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105(4): 575-578.
 - Scafidi F, Field T, Prodromidis M, Rahdert E. Psychosocial stressors of drug-abusing disadvantaged adolescent mothers. *Adolescence* 1997; 32(125): 93-100.
 - Schamess S. The search for love: unmarried adolescent mothers' views of, and relationships with, men. *Adolescence* 1993; 28(110): 425-438.
 - Scholl T, Miller L, Salmon R, Cofsky M, Shearer J. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstetrics and Gynecology* 1987; 69(3, 1): 312-316.
 - Schilmoeller G, Baranowski M, Higgins B. Long-term support and personal adjustment of adolescent and older mothers. *Adolescence* 1991; 26(104): 787-797.
 - Scott K. The causes and outcome of teenage pregnancy. *Advances in Behavioral Pediatrics* 1981; 2: 1-16.
 - Scott K, Field T, Robertson E. *Teenage-Parents and their offspring*. (Eds.), Grune & Stratton, New-York, 1981.
 - Sibai B, Watson D, Hill G, Spinnato J, Anderson G. Maternal-fetal correlations in patients with severe preeclampsia/eclampsia. *Obstetrics and Gynecology* 1983; 62(6): 745-750.
 - Silva M. *Mães Adolescentes*. Barca Nova, Lisboa, 1983.
 - Silva M, Nóbrega JD. Estudo do Parto em Mães Adolescentes Portuguesas. *Arquivo Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* 1983; VIII, pp. 29-42.
 - Spielberger C, Krasner S, Solomon E. *The experience, expression, and control of anger*. In Janisse (Ed.) 1988; 89-108.
 - Stearn R. The adolescent primigravida. *The Lancet* 1963; 23: 1083-1085.
 - Streissguth A, Aase J, Clarren S, Randels S, Ladue R, Smith D. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *J Am Med Ass* 1991; 265(15): 1961-1967.
 - Tatelbaum R, Adams B, Kash C, McAnarney E, Roghmann K, Coulter M, Charney E, Plume M. Management of teenage pregnancies in three different health care settings. *Adolescence* 1978; 13(52): 713-728.
 - Taylor B, Wadsworth, J, Butler N. Teenage mothering, admission to hospital, and accidents during the first 5 years. *Archives of Disease in Childhood* 1983; 58: 6-11.
 - Taylor B, Wadsworth J, Golding J, Butler N. Breast-feeding, bronchitis and admissions for lower-respiratory illness and gastroenteritis during the first five years. *The Lancet* 1982; 29: 1227-1229.

- Teberg A, Howell V, Wingert W. Attachment interaction behavior between young teenage mothers and their infants. *J Adolescent Health Care* 1983; 4: 61-66.
- Teichmann A, Breull, A 1989. Ein neues konzept psychosomatischer forschung am beispiel der vorzeitigen wehentätigkeit. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1983; 35(3): 256-276.
- Thomas B, Mitchell A, Devlin M, Goldsmith C, Singer J, Watters D. *Small group sex education at school: the McMaster teen program*. In Miller et al. (Eds.), pp. 28-52, 1992.
- Thompson RJ, Cappleman MW, Zeitschel KA. Neonatal behavior of infants of adolescent mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1979; 21: 474-482.
- Torres A, Forrest J, Eisman S. Telling parents: clinic policies and adolescents use of family planning and abortion services. *Family Planning Perspectives* 1980; 12: 284-292.
- Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Child Psychiatry* 1977; 17: 1-13.
- Urist J. Some structural considerations in the relationship between mother-child and empathy. *J Personality Assessment* 1977; 41: 573-578.
- Viseu O, Nóbrega JD. Um estudo clínico da gravidez em jovens até aos 16 anos em Lisboa. *Arquivos Clínicos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* 1983; 11: 81-90.
- Wadsworth J, Taylor B, Osborn A, Butler N. Teenage mothering: child development at five years. *J Child Psychology and Psychiatry* 1984; 25(2): 305-313.
- Ward P, Biggs J. Trends in adolescent pregnancies. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1981; 21: 88-92.
- Weithorn L, Campbell S. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development* 1982; 53: 1589-1598.
- Widholm O, Kantero R, Rautanen E. Medical and social aspects of adolescent pregnancies. Part I: adolescents applying for termination of an illegitimate pregnancy. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 1974; 53: 347-353.
- Wilcox H, Field T, Prodromidis M, Scafidi F. Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. *Adolescence* 1998; 33(131): 565-574.
- Willems J. Ideas and actions: the etiology of preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology* 1977; 50(4): 495-499.
- Youngs D, Niebyl J, Black D, Shipp D, Stanley J, King T. Experience with an adolescent pregnancy program. *Obstetrics and Gynecology* 50(2): 212-216.
- Zabin L. *School-linked reproductive health services: the Johns Hopkins Program*. IN Miller et al. (Eds.), pp. 156-184, 1992.
- Zongker C. The self concept of pregnant adolescent girls. *Adolescence* 1977; 12(48): 477-488.
- Zuckerman B. *Alcohol and psychoactive substance use during pregnancy*. Comunicação ao "International Symposium Olá Bebê – Early Parent-Infant Communication", Julho, Lisboa. Publicado In Gomes-Pedro (Ed.), pp. 93-98, 1986.
- Zuckerman B, Alpert J, Dooling E, Hingson R, Kayne H, Morelock S, Oppenheimer E. Neonatal outcome: is adolescent pregnancy a risk factor?. *Pediatrics* 1983; 71(4): 489-493.
- Zuckerman B, Amaro H, Cabral H. Validity of self-reporting of marijuana and cocaine use among pregnant adolescents. *J Pediatrics* 1989-a; 115(5,1): 812-815.

- Zuckerman B, Franck D, Hingson R, Amaro H, Levenson S, Kayne H, Parker S, Vinci R, Aboagye K, Fried L, Cabral H, Timper R, Bauchner H. Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *N Eng J Med* 1989-b; 320(12): 762-768.
- Zuckerman B, Walker D, Frank D, Chase C. Adolescent Pregnancy and Parenthood. *Advances In Developmental And Behavioral Pediatrics* 1986; 7: 275-311.
- Zuckerman B, Walker D, Frank D, Chase C, Hamburg B. Adolescent pregnancy: biobehavioral determinants of outcome. *J Pediatr* 1984; 105(6): 857-863.