



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*VIVÊNCIAS PSICOLÓGICAS E O CONSUMO DE ÁLCOOL DAS  
ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE MAPUTO*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Domingas Carla Ricardo Pacala*

Porto, julho de 2015



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*VIVÊNCIAS PSICOLÓGICAS E O CONSUMO DE ÁLCOOL DAS  
ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE MAPUTO*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Domingas Carla Ricardo Pacala*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Prof<sup>ª</sup>. Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho de 2015

## **Agradecimentos**

À Deus todo-poderoso, pelo dom da vida e por iluminar os meus passos...

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier, pela disponibilidade e ensinamentos e principalmente por de forma ímpar ter contribuído para que me sentisse segura durante todo esta caminhada

À todos os Professores da Faculdade de Educação e Psicologia da UCP, que contribuíram para que este percurso fosse repleto de sentido

Às minhas colegas com as quais tive muitos e bons momentos de partilhas e porque sempre se mantiveram ai e aqui

Tudo se torna mais fácil quando se trabalha em equipa!

## Resumo

Em Moçambique, estima-se que 40% jovens de 20-24 anos, tiveram filhos antes dos 18 anos. A estas gravidezes estão associadas consequências negativas como a altas taxas de abandono escolar, pobreza e problemas de saúde para a adolescente e o bebé. O consumo excessivo de álcool na gestação e os numerosos efeitos adversos na saúde do feto têm sido documentados desde 1970 e associados ao Síndrome Alcoólico Fetal. Pouco se sabe quanto à relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool e as vivências psicológicas da gravidez e da maternidade. **Objetivo:** Conhecer as vivências psicológicas e o consumo de álcool das adolescentes grávidas da Cidade de Maputo. **Metodologia:** Participaram neste estudo, 134 adolescentes grávidas com idades até os 19 anos. Foram administrados o AUDIT para a exploração dos consumos e a EAGM para as vivências psicológicas da gravidez e da maternidade. **Resultados:** 70% da nossa amostra referiu consumo de álcool durante a gravidez. Encontramos correlações negativas marginalmente significativas entre o consumo de álcool e as subescalas “O filho imaginado” e “Gravidez como fator de mudança”. Verificamos haver diferenças significativas entre as vivências psicológicas das grávidas que consomem álcool com as que não consomem ao nível da subescala “ Aspectos difíceis da gravidez/maternidade”. **Conclusão:** É necessário prestar uma atenção mais diferenciada à questão da gravidez na adolescência e o consumo de álcool. Os nossos resultados apontam para a necessidade de dar continuidade à realização deste estudo, de modo a possibilitar uma melhor compreensão do fenómeno.

**Palavras-chave:** Adolescência, gravidez na adolescência, vivência psicológica, consumo de álcool

## **Abstract**

**Background:** In Mozambique it is estimated that 40 % of young people between 20-24 years old, had children before age 18. These pregnancies may bring out negative consequences, namely: high school dropout rates, poverty and health problems. Excessive consumption of alcohol during pregnancy has been associated to adverse effects encompassed in the term Disorder of Fetal Alcoholic Spectrum. Little is known about the relationship between different patterns of alcohol consumption and psychological experiences of pregnancy and motherhood.

**Objective:** Know the psychological experiences and the alcohol consumption of pregnant adolescents in the Maputo City. **Methodology:** 134 pregnant teenagers aged up to 19 years participated in this study. The AUDIT was administered to explore the consumption and the EAGM was applied to explore the psychological experiences of pregnancy and motherhood.

**Results:** Seventy percent (70 %) of our sample consumes alcohol during pregnancy. Negative correlations marginally significant between the consumption of alcohol and the subscales “the imagined son” and “pregnancy as change factor” were found. We detected significant differences between the psychological experiences of pregnant consuming alcohol and those who do not consume regarding the subscale “difficult aspects of pregnancy / maternity”.

**Conclusion:** It is necessary to give more special attention to the issue of teenage pregnancy and alcohol consumption. Our results indicate the need to continue the study in this area in order to enable a better understanding

**Keywords:** Adolescent, adolescent pregnancy, psychological experience, alcohol consumption

## Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract .....	iii
Índice.....	iv
Índice de tabelas .....	v
Lista de anexos .....	vi
Introdução.....	1
A gravidez e a adolescência .....	2
A gravidez na adolescência em Moçambique: a conjuntura sociocultural na etiologia do fenómeno.....	7
Gravidez e o consumo de álcool .....	8
Objetivos específicos e hipóteses de investigação .....	10
Metodologia .....	11
Amostra .....	11
Instrumentos .....	13
Procedimento de recolha de dados .....	14
Procedimentos de tratamento dos dados.....	15
Resultados .....	15
Análise e discussão dos dados.....	21
Conclusão.....	25
Referências bibliográficas .....	27
Anexos.....	33

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caraterização sociodemográfica da amostra .....	12
<b>Tabela 2.</b> Dados relativos à gravidez.....	13
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da frequência de consumo antes e durante a gravidez.....	16
<b>Tabela 4.</b> Comparação entre frequência dos consumos antes e durante a gravidez.....	16
<b>Tabela 5.</b> Caracterização da quantidade de bebida consumida antes e durante a gravidez.....	17
<b>Tabela 6.</b> Comparação entre a quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez .....	17
<b>Tabela 7.</b> Consumos antes e durante a gravidez.....	17
<b>Tabela 8.</b> Intervalos de consumo de álcool na gravidez.....	18
<b>Tabela 9.</b> Resultados do AUDIT e do AUDIT-G para variável revela consumo e não revela consumo .....	18
<b>Tabela 10.</b> Comparação entre a variável revela consumo e não revela consumo do AUDIT e do AUDIT-G .....	18
<b>Tabela 11.</b> Resultados das subescalas da EAGM.....	19
<b>Tabela 12.</b> Associação entre as subescalas da EAGM e AUDIT-G total.....	20
<b>Tabela 13.</b> Comparação entre grávidas que revelaram consumo e grávidas que não revelaram em cada subescala da EAGM.....	21

## **Lista de anexos**

Anexo 1 – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Anexo 2 – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM)

Anexo 3 – Folha de Consentimento Informado

## **Introdução**

A gravidez na adolescência e o consumo de álcool neste grupo etário, são duas realidades presentes em Moçambique. Vários estudos têm explorado os padrões de consumo de álcool nas gestantes e mostrado a relação entre o consumo e diferentes quantidades de álcool na gestação e as consequências negativas sobre o feto e no desenvolvimento pós natal (e.g., Adusi-Puku, Bonney, & Antwy, 2013; Manning & Hoyne, 2007; May et al., 2008, Paoletti et al., 2013), levando a um conjunto diversificado de problemas físicos, neurológicos, comportamentais, de diferentes níveis e gravidade, englobados no termo Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal (e.g., Calhoun & Warren, 2007; Manning & Hoyne, 2007). Entretanto pouco se tem explorado relativamente às relações entre estes consumos e os da gravidez e da maternidade.

Numa sociedade em que culturalmente não existe o conceito de adolescente (UNFPA-Moçambique, 2013), em 2013 o número de adolescentes em Moçambique era de 5.7 milhões, correspondente a 24% da população total, com as projeções a indicarem, que em 2030, este grupo atingirá 8.8 milhões, sendo 4.4 milhões do sexo feminino (UNFPA-Moçambique, 2013). Estima-se que 40% das adolescentes tiveram filhos antes dos 18 anos (UNFPA-Moçambique, 2013). Pelo mundo fora e nomeadamente em Moçambique tem sido dada atenção às características da gravidez na adolescência e aos seus impactos negativos, nomeadamente a sua associação a altas taxas de abandono escolar, pobreza e exclusão social (UNFPA-Moçambique, 2013). Conhecem-se também as consequências ao nível da saúde física da adolescente, visto estarem bem estabelecidas as relações entre a imaturidade orgânica da adolescente versus riscos maternos e fetais descritos em trabalhos realizados em diversas partes do mundo (e.g., Chen et al., 2014; Ganchimeg et al., 2013; Hulton, 2000; Laffita, 2004; Queiroga et al., 2014; Valdés, 2002), nomeadamente em Moçambique (UNFPA-Moçambique, 2013). São também numerosos os estudos que, desde a década de 70 do século XX vêm reportando consequências no desenvolvimento ao longo da infância e na continuação do desenvolvimento (e.g., Chen et al., 2014; Ganchimeg et al., 2013; Hulton, 2000; Laffita, 2004; Queiroga et al., 2014; Valdés, 2002).

Conhecendo a importância dos consumos em África, nomeadamente em Moçambique, e sabendo que, é na adolescência que com frequência ocorre a primeira experiência de consumo do álcool (e.g., O'Malley, Johnson & Beckman, 1998), a ausência de estudos sobre prevalência de consumos nos adolescentes e nas grávidas adolescentes em particular, alerta para a necessidade de investigação neste campo, de modo a responder às necessidades de prevenção e intervenção sustentadas em importantes documentos (e.g. os elaborados pelo Fundo das Nações Unidas Para a População) sobre a gravidez na adolescência em Moçambique (UNFPA-

Moçambique, 2013). Considerando pois a atualidade do tema e sua pertinência, o objetivo geral do estudo exploratório que aqui se apresenta é conhecer as vivências psicológicas e o consumo de álcool das adolescentes grávidas da Cidade de Maputo que frequentam os Centros de Saúde José Macamo, Mavalene, 1º de Maio e Polana Caniço. Tendo em conta a inexistência de informação para Moçambique, esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para o aumento do conhecimento científico na área, colaborando para o futuro destas meninas, dos seus filhos e do país visto que, as mulheres correspondem a mais de metade da população (Portal do Governo de Moçambique, 2015).

### **A gravidez e a adolescência**

No ciclo vital da mulher, há três fases de desenvolvimento, que constituem períodos críticos de transição e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério (e.g., Mota, Oliveira, Victor, & Pinheiro, 2011). Tanto a adolescência como a gravidez, são etapas importantes para o desenvolvimento individual e a perpetuação da espécie humana mas podem ser desestruturantes, pois a elas estão associadas cargas emocionais, físicas e sociais (e.g., Oyamada, Mafra, Meireles, Guerreiro, Caires, & Silva, 2014).

Correspondente à faixa etária entre os 10 e 19 anos de idade (Organização Mundial da Saúde, 2009), a adolescência é um período em que o indivíduo sofre grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais, as quais correspondem à transição para a fase adulta (e.g., Lloyd, 2005; OMS, 2009). De acordo com a perspectiva desenvolvimental a adolescência é uma fase do ciclo de vida caracterizada pela necessidade de reorganização e de solução de tarefas específicas resultantes da necessidade de integrar as dimensões biológica, cultural e sócio emocional, que possibilitará o acesso a níveis mais complexos de funcionamento (e.g., Canavarro, 2001; Siegel & Brandon, 2014). Entre as tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, contam-se a exploração e construção da identidade, a formação da identidade sexual, a elaboração de um projeto de carreira, maior autonomia em relação à família de origem e o esboçar de uma relação afetiva e de intimidade (Strough, Berg, & Sansone, 1996 cit in Canavarro & Araújo, 2012).

Por sua vez a gravidez, conceito habitualmente confundido com a maternidade e tomado como sinónimo quando, de facto, traduzem duas realidades e vivências bem diferentes (Leal, 2005), é um estágio de desenvolvimento relativamente curto que inaugura um estágio mais longo: a condição de ser mãe ou pai (Colman & Colman, 1994). Refere-se ao período de mais ou menos 40 semanas, que medeia a concepção e o parto, sendo a maternidade um processo que ultrapassa a gravidez, podendo ser considerado um projeto a longo prazo/para toda a vida (e.g.,

Canavarro, 2001; Correia, 1998; Leal, 2005). Como projeto de longo prazo que é, requer iniciativas, atuações, responsabilidades. “Requer que, mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe” (Leal, 2005, p.12). A gravidez e a maternidade são, pois, considerados períodos de desenvolvimento e tal como os outros períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria (Canavarro, 2001). Este conceito de crise não se refere a algo terrível/sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixo mas sim à mudança e ao *stress*, presentes, sempre que há uma necessidade de reorganização (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Uma vez ultrapassada, “se bem resolvida”, pode permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais, e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes (Canavarro, 2001).

Colman e Colman (1994) distinguiram seis tarefas do ano da reprodução, às quais Canavarro (2001) acrescentou uma sétima, e as designou tarefas desenvolvimentais da maternidade. As características destas tarefas correspondem à reação que acontece na personalidade da mulher à medida que a gravidez e o feto se desenvolvem. A primeira fase diz respeito a aceitar a notícia da gravidez e implica ultrapassar a ambivalência inicial em relação a acreditar na viabilidade da gravidez, ambivalência em relação à aceitação do feto, ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria gravidez. Segue-se a aceitação do feto, processo que é ativado ou acelerado sobretudo através da sensação real da presença do bebé dentro da mulher, pela perceção dos movimentos fetais e pelo confronto dos registos ecográficos. Constitui-se um momento essencial para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como entidade separada. A terceira tarefa envolve o reavaliar e reestruturar a relação com os pais e em especial com a mãe. A quarta tarefa diz respeito a reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro. A chegada dos novos papéis e funções, implicam a sua integração num todo pré-existente, com a conseqüente reestruturação dos mais antigos, o que constitui um desafio para o relacionamento conjugal, havendo um reajuste da relação no plano afetivo, rotina diária e relacionamento sexual. A quinta tarefa passa por aceitar o bebé como pessoa separada. É concretizada com o parto e é também marcada por sentimentos de ambivalência – a vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez que coexiste com o desejo de prolongar a gravidez, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta. Penúltima tarefa, é relativa reavaliação e reestruturação a sua própria identidade (...para integrar a identidade materna). Implica reavaliar as perdas e os ganhos que advém com a maternidade e aceitar as mudanças implicadas pela nova condição,

adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia. A última comporta a reavaliação e reestruturação da relação com o(s) outro(s) filho(s).

Do ponto de vista desenvolvimental, pelas tarefas implicadas, ser mãe parece estar fortemente associado ao conceito de maturidade, conceituado por Noam (1996) como sendo “a capacidade de perceber a realidade de forma complexa e multifacetada e integrar ideias que parecem contraditórias” (cit in Canavarro, 2001), o que não parece corresponder à fase de desenvolvimento da adolescência. Também, as mudanças que a gravidez e a identificação com o papel materno comportam, interferem, naturalmente, com os processos caraterísticos da adolescência, nomeadamente com os processos de exploração; com as relações entre os pares e com as relações amorosas; com as decisões relacionadas com a escola e a carreira; e ainda com os processos de autonomia típicos desta fase (Canavarro & Pereira, 2001). Deste modo, considerar uma gravidez na adolescência é considerar um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente (Correia, 1995).

Definida como a gravidez que ocorre na adolescente com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos (e.g., Ganchimeg et al., 2014) e que termina antes dos 20 anos independentemente de ser casada ou não (e.g., Kaplowitz, 2006), a gravidez na adolescência vem nos últimos anos merecendo particular interesse no âmbito da sua compreensão tendo como objetivo último a possibilidade de poder perspetivar a sua prevenção dado que se associa, frequentemente, a problemas sociais não desejados nas sociedades industrializadas (Correia, 2005). Considerado um problema de saúde pública a nível mundial, o fenómeno da gravidez na adolescência tem sido atribuído a múltiplos fatores: os individuais, familiares e sociais.

Estudos citados por Pérez, Bastardo, Cermeno, e Diaz (2008), apontam como *fatores individuais*: a idade da menarca; o desejo de independência; falta de conhecimento sobre a sua anatomia e fisiologia; desconhecimento dos métodos anticoncetivos por falta de informação adequada em saúde reprodutiva; solidão e baixa autoestima, sendo o sexo usado como forma de reforço pessoal; gravidez anterior, adolescentes que tiveram o seu primeiro filho e não tiveram o devido acompanhamento (pessoal, familiar, social), têm grandes probabilidades de voltar a conceber num curto intervalo de tempo; uso e abuso de drogas, que favorecem um estado de ânimo que promove a prática sexual irresponsável; curiosidade, desejo de saber o que se sente; carência económica severa que pode induzir à prostituição. Nos *fatores familiares* são apontados: a instabilidade familiar; pai ou mãe com doença crónica que funciona com fator de instabilidade familiar; história familiar de gravidez precoce; falta de comunicação sobre sexo; violência física (incluindo violação sexual); família autoritária ou demasiado permissiva;

ausência de afeto no seio familiar. Por último nos *fatores sociais* encontram-se: liberação dos costumes, com comunicação e prática sexual a serem aceites fora de casa; apesar de incidir sobre todos estratos sociais, é mais frequente nos estratos sociais com menos recursos; pressão do grupo e do parceiro; influência dos meios de comunicação social; falta de políticas coerentes; abuso sexual tanto físico como psicológico; prostituição e pornografia nos adolescentes.

Os mesmos autores apontam para algumas características comportamentais que se repetem com frequência após a descoberta da gravidez e dividem-nas pelas respetivas etapas da adolescência: *adolescência inicial* (compreendida entre os 10 e 13 anos), geralmente a adolescente nega a realidade da sua gravidez, tende a isolar-se e manifesta comportamentos depressivos, o que faz com que a consulta de obstetrícia se realize muito mais tarde ou não se realize, aumentando os riscos de uma gravidez que, por si, já é de alto risco; *adolescência média* (dos 14 aos 16 anos), a adolescente assume a sua gravidez como a consolidação da sua feminilidade e afirma a sua condição de adulto com sentimentos ambivalentes de culpa, orgulho, aceitação e rejeição; e *adolescência tardia* (dos 17 aos 19 anos, 11 meses e um dia), a adolescente comumente procura reafirmar a sua relação com o companheiro, pensa em aspetos práticos como os económicos, necessários para manter o seu filho e tem maturidade suficiente para desenvolver sentimentos maternais.

Correia (2000 cit in Leal, 2005) agrupa os elementos caraterísticos do viver psicológico da adolescente grávida da seguinte forma: habitualmente não planeada mas que se torna progressivamente aceite; o bebé *in útero* tem frequentemente uma função narcísica, preenchendo um sentimento de vazio, caraterístico do mundo interno de muitas adolescentes; como consequência evidencia-se dificuldades em imaginar o bebé e considerá-lo como um ser individual, separado de si própria, com exigências e necessidades específicas; o imaginário de ser mãe aparece como revelador da ausência do projeto de maternidade consistente, caraterizado essencialmente por uma idealização do exercício do materno e das suas exigências; muitas vezes a relação com pai do bebé torna-se condicionada pela existência da gravidez; um casamento ou uma união de facto são exigência social e/ou familiar, nalguns casos aparecem como condicionantes para o apoio da família; a família é em muitos casos uma fonte inicial de ansiedade e medo aquando do confronto com a notícia da gravidez, sendo as reações habituais o choque e a zanga, frequentemente seguidas por crises familiares no imediato, apelando à necessidade de adaptação e reajustes relacionais; e resultantes destes reajustes aparece muitas vezes a mãe/futura avó com um reavivar da sua própria experiência de maternidade (talvez mesmo uma reparação desta) e, em simultâneo, o desejo de substituição da filha no exercício

do materno, sendo esta solicitude frequentemente de desencadeadora de fortes sentimentos de ambivalência da adolescente em relação à sua mãe.

Como referimos anteriormente, várias podem ser as causas ou motivações que levam a uma gravidez precoce mas, inevitavelmente, quando confrontada com a notícia, a adolescente terá que tomar uma decisão: prosseguir a gravidez e ficar com bebê; prosseguir a gravidez e dar o bebê para a adoção ou interromper a gravidez (Leal, 2005). Entretanto, qualquer das decisões a serem tomadas implicam reflexão, que é uma tarefa exigente e adulta para a qual a adolescente nem sempre está preparada, sendo frequente o desequilíbrio emocional que apela aos apoios da família (muitas vezes ela própria também em choque), do namorado, dos amigos, da comunidade e da escola (Correia, 1995). Independentemente da decisão a ser tomada, as exigências psicológicas a que esta adolescente fica exposta tem a ver com sentimentos de pecado e culpa (vida sexual, gravidez), esforço de ajustamento à gravidez/expectativa maternidade e, a perda prematura da condição de adolescente (Leal, 2005).

Como já referimos, são várias as transformações pelas quais esta adolescente grávida passa, sendo as do corpo uma das mais evidentes e com importantes consequências psicológicas. Cada gestante vivencia estas transformações à sua maneira: surpresas, inseguranças, dúvidas, medos, alegrias e angústias fazem parte desta experiência seja ela vivida pela primeira vez ou não (e.g., Bouzas & Miranda, 2004; Mota et al., 2011). Estas modificações também acontecem nas grávidas mais velhas, mas é na adolescência que revestem maior significado. Almeida (2003) aponta duas razões: o facto de se reunirem num mesmo momento dois tipos de alterações – as próprias da adolescência e as próprias da gravidez, o que vai perturbar ainda mais o sentido de imagem pessoal e produzir alarme e confusão; e, porque num período em que a aparência física tem mais valor que em qualquer outro momento, tudo o que a prejudique tem fortes repercussões emocionais.

Leal (2005), fala-nos do papel fundamental que a estrutura de personalidade da mulher; suporte conjugal, familiar e social; desejo e significado da gravidez; e projeto maternidade exercem no modo como estas mudanças são integradas, elaboradas e vivenciadas. Quando existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe – ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única (e.g., Canavarro, 2001). Ser mãe, pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante numa determinada mulher, numa determinada civilização (Correia, 1998).

Considerada uma experiência de vida não-normativa, porque a adolescente não está suficientemente preparada para responder de forma adequada às tarefas desenvolvimentais específicas relacionadas com a maternidade (e.g., Figueiredo, 2001), a gravidez na adolescência não deve ser considerada universalmente um evento de vida adverso e apenas com consequências negativas. Estudos empíricos (e.g., Beers & Hollo, 2009, Logsdonet et al., 2008 cit in Pedrosa, 2011) têm mostrado que pode haver ajuste das grávidas adolescentes, dependendo do contexto em que este ocorre e do apoio disponível. A diversidade de situações na qual a gestação ocorre pode favorecer ou dificultar a adaptação da adolescente (e.g., Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006). Estes autores, afirmam que no início da gestação uma melhor adaptação da gravidez é possível quando existe um bom relacionamento com o companheiro, quando este, a sua família e a família de origem da adolescente aceitam a gravidez. Também contribui o fato de a adolescente viver com a família, a adolescente e o companheiro exercerem alguma atividade remunerada, o que balanceia as polaridades de dependência/autonomia, que geralmente balizam o conflito desenvolvimental da gravidez na adolescência (Figueiredo, 2006).

### **A gravidez na adolescência em Moçambique: a conjuntura sociocultural na etiologia do fenómeno**

Problema de saúde pública em muitas comunidades africanas (e.g., Grace, Ihuoma, & Temitope, 2013) e em Moçambique de forma particular, diferentes fatores operam a diferentes níveis, desde macro à individual e são apontados como estando por detrás das gravidezes precoces neste país, nomeadamente, as políticas nacionais, a falta de acesso à informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, aceitação do casamento precoce por comunidades, pressões por parte dos parceiros, colegas, famílias e falta de poder individual (UNFPA-Moçambique, 2013).

Em Moçambique a categoria de “adolescência” não existe ou é muito curta, especialmente se a transição da infância para a idade adulta, é regida pelos ritos de iniciação. Os ritos de iniciação sexual, são uma prática comum nas zonas rurais deste país, onde durante dias, após a menarca que é celebrada de forma festiva com cânticos e danças ao som dos tambores, as adolescentes recebem ensinamentos de mulheres idosas sobre como uma mulher deve servir o homem na cozinha, na casa, na família, na machamba e na cama, sendo este último um dos fatores mais importantes da celebração do corpo e da sexualidade feminina (Silva, 2009). Com

estes ensinamentos, as adolescentes tornam-se aptas para o casamento, que muitas vezes acontece com homens muito mais velhos. Segundo os relatórios da UNFPA-Moçambique (2013) e do INE (2011), há evidências que os casamentos prematuros estão relacionados com a gravidez e alta fecundidade, sendo que, as estatísticas mostram que 35% a 40% das raparigas de 15-19 anos de idade estão casadas ou vivem maritalmente. A maior proporção de raparigas casadas nas províncias do norte do país, onde as práticas dos ritos de iniciação estão mais enraizadas.

Quando uma adolescente fica grávida, o seu presente e futuro mudam de forma radical, a probabilidade de abandono escolar aumenta, as probabilidades de encontrar emprego diminuem, a sua saúde fica em risco e agrava-se a sua vulnerabilidade à pobreza, à exclusão e dependência, facto que consequentemente também limita o acesso dos filhos a recursos que permitiriam seu melhor desenvolvimento (e.g., Contini, 2002; UNFPA-Moçambique, 2013). Esta é uma realidade a que quase metade das adolescentes moçambicanas está exposta, especialmente aquelas que residem nas áreas rurais, as menos escolarizadas e de família de baixo nível económico, INE (2011). No estudo realizado pelo INE de Moçambique, da percentagem das adolescentes que iniciaram a procriação (que já eram mães ou que no momento da entrevista encontravam-se grávidas), 31% pertencia as áreas urbanas, contra 42% de áreas rurais; 51% não eram escolarizadas, contra 26% que alcançaram o nível secundário ou superior; e 45% no quintil de riqueza mais baixo, comparado com 23% no quintil mais elevado, INE (2011). Esta parece ser uma realidade transversal às diferentes culturas. Figueiredo et al. (2006), refere que a maior parte dos estudos disponíveis, conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais, dão conta que a gravidez ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural e em Moçambique, tal corresponde à maioria da população (INE, 2011).

### **Gravidez e o consumo de álcool**

A associação entre o consumo de álcool e os numerosos efeitos adversos na saúde do feto e mais tarde no seu desenvolvimento ao longo da vida, têm sido documentados desde 1970 (e.g., Calhoun & Warren, 2007; Foster & Marriott, 2006). Ao ser consumido pela gestante, o álcool atravessa a barreira placentária, chegando ao feto na mesma concentração existente na futura mãe (e.g., Kaup, Merighi, & Tsunehiro, 2001), podendo dar lugar a problemas de diferentes níveis de gravidade englobados no termo Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal, (e.g., Calhoun & Warren, 2007; Manning & Hoyme, 2007).

A Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal é uma designação genérica, que engloba o continuum das consequências da exposição pré-natal ao álcool, desde as de maior gravidade como o Síndrome Alcoólico Fetal (SAF), até as consequências de menor impacto no desenvolvimento, incluindo problemas físicos, mentais, comportamentais e dificuldades de aprendizagem como possíveis implicações ao longo da vida (e.g., May et al., 2008). A SAF é uma entidade clínica, caracterizada pela presença de anomalias e défices de desenvolvimento em crianças expostas a grandes quantidades de álcool no período pré-natal (e.g., Deshpande et al., 2005; Manning & Hoyme, 2007). As crianças com SAF apresentam características faciais e corporais dismórficas, baixo peso à nascença, microcefalia e um cérebro subdesenvolvido, uma variedade de anomalias congénita e.g., do coração e das articulações (e.g., Deshpande et al., 2005; Foster & Marriott, 2006; Manning & Hoyme, 2007).

Estudos realizados em alguns países africanos, chamam a atenção para a necessidade de se dar uma maior atenção sobre a problemática do consumo de álcool nas gestantes: um estudo realizado no distrito de Bosomtwe, no Ghana, encontrou uma prevalência de 20.4% de mulheres grávidas que consomem álcool (e.g., Adusi-Puku, et al., 2013). Estudos de prevalência realizados em algumas regiões da África do Sul (país com o qual Moçambique faz fronteira), sinalizadas como sendo de alto risco, evidenciam que algumas delas têm as taxas mais elevadas de SAF do mundo. Na Província de Cabo Ocidental foi encontrada uma prevalência de 39.2 a 46.4 em 1000 nascimentos, 18 a 141 vezes acima dos valores encontrados nos Estados Unidos (e.g., May et al., 2000) e em algumas áreas do país com uma prevalência de 119/1000 nascimentos (e.g., Rendall-Mkosi, London, Adnams, Morojele, McLoughlin, & Goldstone, 2008). Estudos longitudinais (abrangendo infância, adolescência e idade adulta) citados por Mello e colaboradores (2001), sobre filhos de mães alcoólicas, apontam coeficientes de inteligência com valores médios entre 65 e 80, atrasos na linguagem, défices de atenção, perturbações do comportamento, com tendência ao isolamento social, irritabilidade e não raramente agressividade. Rendall-Mkosi e colegas (2008) apontam para o facto de a ausência de intervenção especializada precoce e um ambiente familiar protetor poderem, no futuro, levar a problemas de saúde mental, relações íntimas inadequadas, desemprego e problemas com a lei. Relativamente a estas questões, por um lado Xavier (2006) chama atenção para o facto de associar consequências específicas a uma substância específica, ser algo impossível, pois é necessário ter em conta não só as próprias substâncias e os seus efeitos diretos sobre o organismo em desenvolvimento, mas também outros consumos de substâncias lícitas e ilícitas e a existência de outros fatores – ambientais e psicossociais – relacionados com a dependência

na vida da mulher e na relação que esta estabelece com o filho durante e após a gravidez, no funcionamento da família e da comunidade em que a criança se vai integrar.

Até ao momento, ainda não foi possível determinar uma dose mínima de álcool que se possa considerar segura durante a gestação (Eurocare, 2011), havendo um crescente corpo de evidências sugerindo que o consumo de álcool, mesmo o moderado, durante a gravidez pode ter efeito adverso sobre o feto, sendo o consumo excessivo, nomeadamente na fase inicial da gravidez, particularmente prejudicial (e.g., Foster & Marriott, 2006; López, 2013; Paolletti et al., 2013). Apesar de alguns estudos (e.g., Lundsberg, Illuzzi, Belanger, Triche, & Bracker, 2015) evidenciarem não existir associação entre o consumo de álcool baixo a moderado e o aumento do risco de baixo peso à nascença, parto pré-termo, baixo crescimento intrauterino, entre outros, a recomendação dos diferentes organismos internacionais tem sido o da abstinência (Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Na revisão biográfica que efetuámos, constatámos que apesar de existirem algumas controvérsias, muito se tem estudado sobre os efeitos físicos do consumo do álcool (principalmente o excessivo), na gestante e no feto. Não temos conhecimento de estudos que tenham explorado a relação entre os diferentes padrões de consumos de álcool e as vivências da gravidez e da maternidade, inclusivamente em África.

### **Objetivos específicos e hipóteses de investigação**

Tendo em consideração o quadro conceptual apresentado, a pertinência e atualidade do tema e o seu objetivo geral definimos como objetivos específicos deste estudo:

- (1) Conhecer os consumos de álcool das adolescentes grávidas da Cidade de Maputo que frequentam os Centros de Saúde (CS) José Macamo, Mavalene, 1º de Maio e Polana Caniço;
- (2) Explorar as vivências psicológicas deste grupo de adolescentes grávidas;
- (3) Analisar a relação entre os consumos de álcool e as vivências psicológicas deste grupo de adolescentes grávidas;
- (4) Comparar as vivências psicológicas entre as adolescentes grávidas que consomem álcool com as que não consomem.

Esperamos testar as seguintes hipóteses:

- (i) as grávidas adolescentes da Cidade de Maputo que frequentam os Centros de Saúde José Macamo, Mavalene, 1º de Maio e Polana Caniço consomem álcool;

(ii) as vivências psicológicas das grávidas adolescentes que frequentam os Centros de Saúde José Macamo, Mavalene, 1º de Maio e Polana Caniço estão associadas ao consumo de álcool;

(iii) as vivências psicológicas das grávidas adolescentes que consomem álcool diferem das que não consomem álcool.

## **Metodologia**

### **Amostra**

Participaram neste estudo, 134 adolescentes grávidas com idades até os 19 anos (critérios de inclusão: idade até os 19 anos e saber ler e escrever), que frequentaram as consultas pré-natal (CPN) nos CS selecionados, no período da recolha de dados (abril a junho de 2015). Dos quatro CS selecionados, dois encontram-se a funcionar acoplados aos hospitais gerais com o mesmo nome (Mavalane e José Macamo) e um possui um serviço especializado para o atendimento dos adolescentes e jovens (1º de Maio). Pela sua localização, prestam assistência às grávidas residentes na região urbana e periférica da Cidade de Maputo, sendo locais de referência para o atendimento das grávidas adolescentes, consideradas de risco. A idade das participantes varia entre os 14 e os 19 anos, tendo uma média de 17.76 e um desvio-padrão de 1.132.

Na tabela 1 apresentamos os dados relativos às características sociodemográficas da nossa amostra (grau de escolaridade, estado civil e empregabilidade), na tabela 2, os relativos à gravidez e idade gestacional.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra

<b>Adolescentes grávidas</b> <b>(N=134)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Primário 1º grau (1º ao 5º ano)	13	9.7
Ensino Primário 2º grau (6º ao 7º ano)	27	20.1
Ensino Secundário 1º ciclo (8º ao 10º ano)	79	59.0
Ensino Secundário 2º Ciclo (11º ao 12º ano)	14	10.4
Sem informação	1	.7
<b>Estado civil</b>		
Solteira	103	76.9
Vive maritalmente	28	20.9
Sem informação	3	2.2
<b>Profissão</b>		
Estudante	34	25.4
Doméstica	62	46.3
Empregada doméstica	3	2.2
Comerciante	1	.7
Outros	1	.7
Sem informação	33	24.6
<b>Atualmente empregada</b>		
Sim	9	6.7
Não	124	92.5
Sem informação	1	.7

**Tabela 2.** Dados relativos à gravidez

(n=134)	N	%
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	48	35.6
Não	69	51.9
Sem informação	13	9.9
<b>Sexo do bebê</b>		
Feminino	1	.7
Masculino	3	2.2
Não sabe	127	94.8
Sem informação	3	2.2
<b>Quantas vezes já esteve grávida</b>		
Uma	111	82.8
Duas	21	15.7
Três	1	.7
Quatro	1	.7
<b>Idade gestacional</b>		
Primeiro trimestre	14	10.4
Segundo trimestre	69	51.5
Terceiro trimestre	48	35.8
Sem informação	3	2.2

## Instrumentos

Tendo em consideração os nossos objetivos, utilizamos dois instrumentos para a recolha de dados: o Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Xavier, Paul & Sousa, 2001). O AUDIT é um instrumento de fácil aplicação, que ser administrado sob a forma de entrevista ou como questionário autoadministrado. É composto por dez perguntas, três sobre o consumo (frequência, episódios de gestão excessiva), quatro sobre sintomas de dependência (incapacidade de parar, ingestão desde o despertar, amnésias transitórias, culpabilidade) e três sobre problemas causados pelo consumo de álcool (dificuldade em realizar as atividades normais, auto e hetero-ferimentos, preocupação expressa pelos outros) (Fonte & Mota-Cardoso, 2013; Babor, et al., 2001). As respostas são cotadas numa escala de Likert. Um dos méritos deste instrumento resulta da sua validade ter sido estudada e comprovada em diferentes regiões do mundo, conferindo-lhe uma espécie de validade intercultural (Fonte & Mota-Cardoso, 2013). O formulário do instrumento utilizado

neste trabalho (Xavier & Canda, 2013), foi adaptado para a gravidez, possibilitando a recolha de dados sobre o consumo de álcool durante (AUDIT-G) e antes da gravidez (AUDIT) (Anexo 1).

Os autores do instrumento sugerem o agrupamento dos resultados a diferentes níveis/zonas, divididas de acordo com a classificação total e o tipo de intervenção recomendada. Zona de risco I (0 a 7), recomenda-se educação para o álcool; Zona de risco II (8 a 15), recomenda-se aconselhamento para a redução do consumo de risco; Zona de risco III (16 a 19) que prevê aconselhamento, intervenção psicoterapêutica breve e monitorização e Zona de risco IV (20 a 40), prevê avaliação diagnóstica por especialistas e tratamento.

A EAGM (Xavier, Paul & Sousa, 2001) é um instrumento de autoadministração, constituído por 42 itens, respondidos através de uma escala do tipo likert de 4 pontos (1 – “Sempre”, 2 – “Muitas vezes”, 3 – “Poucas vezes”, 4 – “Nunca”), que se organizam em sete subescalas: “Filho Imaginado” (itens 2, 6, 11, 17, 26, 31, 36), “Boa Mãe” (itens 1, 9, 10, 12, 16, 23, 27, 28, 32), “Gravidez com Fator de Mudança e Crescimento Pessoal” (itens 19, 22, 24, 30, 38, 41), “Aspetos Difíceis da Gravidez e da Maternidade” (itens 3, 14, 18, 20, 33, 34, 37, 39), “Relação com a Própria Mãe” (itens 5, 13, 35, 42), “Apoio do Marido/Companheiro” (itens 7, 15, 21, 25) e “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” (itens 4, 8, 29, 40). Permite avaliar a vivência psicológica da gravidez e maternidade em mulheres grávidas. Os resultados da versão original, validade para a população portuguesa, demonstram que este instrumento possui qualidades psicométricas, particularmente em termos de fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade de conteúdo e validade discriminativa (Xavier, Paul & Sousa, 1996). Neste estudo foi utilizada a versão adaptada para população moçambicana (Xavier & Canda, 2013) (Anexo 2), estando a ser realizados trabalhos visando a sua validação.

### **Procedimento de recolha de dados**

A recolha de dados foi antecedida pela aprovação do estudo por parte do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique e do parecer favorável do Vice-Ministro da Saúde da República de Moçambique, que determinou o início deste processo. A recolha acontecia nos dias úteis da semana, onde após a realização da CPN, as adolescentes eram referenciadas para os colaboradores da pesquisa, pelas enfermeiras de saúde materno infantil. Reunidos os critérios de inclusão da amostra, de forma individual, foram explicados a cada adolescente os objetivos

do estudo, os procedimentos, as obrigações dos investigadores, garantida a confidencialidade e a liberdade de desistir à qualquer altura sem qualquer tipo de represália. A participação era precedida pela assinatura da folha de consentimento informado (Anexo 3).

### **Procedimentos de tratamento dos dados**

Após a organização e codificação dos instrumentos, procedemos à introdução dos dados numa base criada para o efeito. O tratamento dos dados foi feito com recurso ao IBM® SPSS® (versão 22.0). Utilizámos a estatística descritiva (frequências, médias, desvio-padrão) para efetuar a caracterização sociodemográfica da nossa amostra e após a análise exploratória dos dados revelar não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes estatísticos paramétricos, recorreremos aos testes estatísticos não paramétricos nomeadamente o Teste de Mann-Whitney e o Teste de Wilcoxon. O Teste de Mann-Whitney por nos permitir a análise das ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal e o Teste de Wilcoxon, que permitiu-nos comparar a mesma variável em dois momentos temporais. Recorreremos também a testes de associação (Coeficiente de Correlação de Spearman) para explorar a associação entre as variáveis.

Para a comparação dos resultados da EAGM da nossa amostra com os da população padrão, recorreremos ao cálculo dos valores z para as sete subescalas, através da seguinte fórmula (Clark-Carter, 1997):

$$z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left[ \frac{\text{Desvio padrão}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right]}$$

Calculados os valores z, recorreremos à tabela de probabilidades de z para encontrarmos o *p* correspondente.

### **Resultados**

Tendo em conta o objetivo 1 do estudo: conhecer os consumos de álcool das adolescentes grávidas da Cidade de Maputo que frequentam os CS José Macamo, Mavalane, 1º de Maio e Polana Caniço, apresentamos os dados correspondentes aos itens do AUDIT (tabela 3, 4, 5, 6, 7 e 8), no que diz respeito às características de consumo das adolescentes grávidas: frequência e padrões de consumo antes (AUDIT) e durante a gravidez (AUDIT-G).

Na tabela 3 estão ilustrados os dados relativos à frequência de consumos (item 1 do AUDIT) antes e durante a gravidez.

**Tabela 3.** Caracterização da frequência de consumo antes e durante a gravidez

Com que frequência consome bebidas alcoólicas?	AUDIT		AUDIT-G	
	N	%	N	%
Nunca	81	60.4	119	88.8
1 – mensalmente ou menos	35	26.1	11	8.2
2 – 2-4 vezes ao mês	10	7.5	1	.7
3 – 2-4 vezes por semana	3	2.2	0	0
4 – 4 ou mais vezes por semana	1	.7	0	0
Sem informação	4	3.0	3	2.2

Verifica-se que das 134 participantes, 81 (60.4%) referiu que não consumia álcool antes da gravidez, tendo o número que referiu ausência de consumos durante a gravidez aumentado para 119 (88.8%).

**Tabela 4.** Comparação entre frequência dos consumos antes e durante a gravidez

	AUDIT (n=130)	AUDIT-G (n=131)	Z
	Média (DP)	Média (DP)	
Item 1 (Frequência de consumo)	.52 (.799)	.11 (.377)	5,67***

\*\*\* $p < .001$

Comparados os resultados do item 1 do AUDIT e do AUDIT-G (tabela 5) verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de consumo antes e durante a gravidez,  $Z= 5.67, p = .000$ .

Na tabela 5 estão ilustrados os dados relativos aos padrões de consumo (item 2 do AUDIT) antes e durante a gravidez

**Tabela 5.** Caracterização da quantidade de bebida consumida antes e durante a gravidez

Quantidade de bebida consumida	AUDIT		AUDIT-G	
	N	%	N	%
1 ou 2	93	69.4	89	66.4
3 ou 4	7	5.2	1	.7
5 ou 6	2	1.5	1	.7
10 ou mais	2	1.5	0	0
Sem informação	30	22.4	43	32.1

Relativamente ao item 2 do AUDIT, os dados indicam consumos em 104 (77.6%) das participantes antes da gravidez e 91 (67.8%) durante a gravidez.

**Tabela 6.** Comparação entre a quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez

Item 2 (quantidade de bebida que consome)	AUDIT	AUDIT-G	Z	p
	(n=104)	(n=91)		
	Média (DP)	Média (DP)		
	.18 (.65)	.3 (.233)	1.186	.24

Comparados os valores obtidos nos dois momentos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de bebida consumida antes e durante a gravidez.

Comparamos ainda os valores totais do AUDIT quanto a antes da gravidez e durante a gravidez:

**Tabela 7.** Consumos antes e durante a gravidez

Valor total	AUDIT	AUDIT-G	Z
	(n=130)	(n=131)	
	Média (DP)	Média (DP)	
	1.72 (3.930)	.53 (2.091)	4.964***

\*\*\*p < .001

Na tabela 7, encontra-se a média e o desvio-padrão do total dos consumos antes e durante a gravidez. Verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre o total dos consumos antes da gravidez e durante a gravidez,  $Z = 4964$ ,  $p = .000$ .

Na tabela 8, estão ilustrados os intervalos de consumo tendo em consideração as zonas de risco definidas pelos autores do instrumento

**Tabela 8.** Intervalos de consumo de álcool na gravidez

AUDIT-G		
Valor total	N	%
0 – 7 (zona de risco I)	127	96.9
8 – 15 (zona de risco II)	3	2.2
16 – 19 (zona de risco III)	1	.7

Como foi possível constatar, os resultados das tabelas 3 e 5 não são coincidentes, tendo nós optado pela criação de uma variável dicotómica com a indicação dos consumos (revela consumo ou não revela consumo). Esta variável permitiu-nos analisar caso a caso as respostas das participantes. As que responderam nunca no item 1 e que responderam a uma das opções no item 2, foram consideradas “revelam consumo” e as que tendo respondido nunca no item 1, não responderam a nenhuma das opções do item 2, foram consideradas “não revelam consumo”.

**Tabela 9. Resultados do AUDIT e do AUDIT-G para variável revela consumo e não revela consumo**

Consumo ou não consumo	AUDIT		AUDIT-G	
	N	%	N	%
Revelam consumo	106	79.1	94	70.1
Não revelam consumo	24	17.9	37	27.6
Sem informação	4	3	3	2.2

**Tabela 10.** Comparação entre a variável revela consumo e não revela consumo do AUDIT e do AUDIT-G

	AUDIT (n=130) <i>Média (DP)</i>	AUDIT-G (n=131) <i>Média (DP)</i>	<b>Z</b>
Revelam consumo	1.18 (.389)	1.28 (.452)	3.606***
Não revelam consumo			

\*\*\* $p < .001$

Os resultados da tabela 9, ilustram que um pouco mais que 70% das adolescentes mantêm os consumos de álcool durante a gravidez.

Na tabela 10 verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a variável revela consumo e não revela consumo, antes e durante a gravidez.

Relativamente ao objetivo 2 do nosso trabalho, apresentamos os resultados na tabela abaixo.

**Tabela 11.** Resultados das subescalas da EAGM

<b>Subescalas da EAGM</b>	<b>Amostra população</b>	<b>Amostra</b>	<b>z</b>
	<b>padrão</b> (N=357) <i>Média (DP)</i>	<b>adolescentes</b> (N=134) <i>Média (DP)</i>	
O filho imaginado	11,56 (2,93)	10.71 (3.45)	-3.36***
Boa mãe	20.09 (3.87)	15.41 (3.49)	-14.02***
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoa	12.32 (3.47)	10.33 (3.05)	-6.64***
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	23.09 (3.72)	18.47 (3.94)	-14.39***
Relação com a própria mãe	6.48 (2.03)	6.95 (2.61)	2.69***
Apoio do marido/companheiro	5.79 (1.70)	6.28 (2.30)	3.33***
Imagem corporal e necessidade de mudança	8.71 (2.34)	7.90 (2.05)	-4.01***

\*\*\* p < .001

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a nossa amostra de adolescentes grávidas e a amostra padrão, em cada uma das sete subescalas da EAGM.

Quanto ao objetivo 3, analisar a relação entre os consumos de álcool e as vivências psicológicas das adolescentes grávidas da Cidade de Maputo

**Tabela 12.** Associação entre as subescalas da EAGM e AUDIT-G total

Subescalas da EAGM	AUDIT-G total (n=131)	
	Média (DP)	$r_s$
	.53 (2.091)	
O Filho Imaginado		-.16 <sup>†</sup>
Boa mãe		-.13
Gravidez como fator de mudança/crescimento		-.15 <sup>†</sup>
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade		.01
Relação com a própria mãe		-.07
Apoio do marido/companheiro		.01
Imagem corporal e necessidade de dependência		.09

<sup>†</sup>p < .10

Os resultados da tabela 12, mostra-nos que há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a subescala “O Filho imaginado” da EAGM e o consumo de álcool,  $r_s = -.16$ ,  $p = .065$ . Verificamos que há também uma correlação negativa marginalmente significativa entre a subescala “gravidez como fator de mudança/crescimento” e o consumo de álcool,  $r_s = -.15$ ,  $p = .09$ . Não foram verificadas correlações entre os valores das restantes subescalas e o consumo de álcool.

Na tabela 13 estão representados os dados referentes ao objetivo 4: comparar as vivências psicológicas das adolescentes grávidas que consomem álcool com as que não consomem.

**Tabela 13.** Comparação entre grávidas que revelaram consumo e grávidas que não revelaram em cada subescala da EAGM

Subescalas da EAGM	Adolescentes que revelam consumo de álcool	Adolescentes que não revelam consumo de álcool	U
	(n=94) Ordem média	(n=37) Ordem média	
O filho imaginado	66.03	65.59	1736.5
Boa mãe	67.59	61.96	1589.5
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	67.22	62.91	1624.5
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	61.89	76.5	1350.5*
Relação com a própria mãe	68.24	60.3	1382
Apoio do marido/companheiro	69.80	56.35	1528
Imagem corporal e necessidade de dependência	66.63	64.39	1679.5

\* $p < .05$

Verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre grávidas que consomem álcool e que não consomem em uma subescala da EAGM “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”  $U=1350.5$ ,  $p= .05$ . Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre grávidas que consomem álcool e as que não consomem, nas restantes subescalas.

### **Análise e discussão dos resultados**

O perfil sociodemográfico da nossa amostra aponta para o facto de a maioria (76.9%) das adolescentes grávidas ser solteira, 20.9% viver maritalmente e nenhuma ser casada. Estes dados diferem dos dados do UNFPA-Moçambique (2013), que referem que 52% das grávidas adolescentes estão casadas antes dos 18 anos. Para perceber estes dados, é necessário ter em consideração as diferenças culturais entre as regiões sul, centro e norte de Moçambique e o facto de as práticas dos ritos de iniciação, que incrementam as taxas de casamentos prematuros, serem mais enraizadas na região norte e Maputo, a capital situa-se na região sul. Deste modo não é de espantar que, de uma região para a outra se encontrem diferenças significativas quanto

ao estado civil destas adolescentes. Os dados relativos à escolaridade, evidenciam que apenas 25.4 % se encontra a estudar e só 10.4% frequenta ou tem o segundo ciclo do ensino secundário (11º – 12º ano) concluído. Estes números refletem a realidade das grávidas adolescentes africanas (Adusi-Puku et al., 2013) e as moçambicanas em partícula. Em Moçambique, contribui para o agravamento do cenário, o facto de existir o Despacho Ministerial nº. 39 de 2003, que estipula a transferência da rapariga grávida para o curso noturno, o que contribui para o aumento da desistência escolar destas adolescentes. As repercussões negativas deste abandono escolar têm impacto não apenas para a adolescente, o bebé e sua família mais próxima, que ficam com o futuro condicionado, mas também ao nível macro. Da amostra, 46.3% são domésticas e 92.5% encontram-se desempregadas. Estes dados são ilustrativos da realidade socioeconómica da qual fazem parte a maioria das adolescentes grávidas moçambicanas (UNFPA-Moçambique, 2013; INE, 2011). Relativamente à gravidez, 51.9% da amostra referiu não ter planeado a gravidez. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Beguy, Mumah, e Gottschalk (2014) em Nairobi, no Quênia. Estes autores encontraram uma prevalência de 51.9 % de gravidezes não planeadas na sua amostra constituída por 849 jovens dos 15 aos 22 anos. Entretanto, é preciso termos em conta que, o facto de não terem sido planeadas, significa não haja de forma consciente ou inconsciente o desejo e/ou plano de maternidade. Contrariamente às crenças populares, nem todas as gestações entre as adolescentes são involuntárias ou não planeadas (East, Chien, & Barber, 2012), não devendo ser considerado um acontecimento de vida universalmente adverso (Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011). 17.2% da nossa amostra referiu uma gravidez anterior.

Os dados resultantes da aplicação do AUDIT evidenciaram uma frequência de consumo de álcool em de 70.1% da amostra durante a gravidez, levando-nos a aceitar a primeira hipótese do nosso trabalho. Esta prevalência é mais alta, comparada com estudos realizados noutros países como os Estados Unidos (10.1%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2004), o Gana (20.4%) (Adusi-Poku et al., 2013) e África do Sul (54%) (Eaton et al., 2014). Relativamente à quantidade de bebida consumida, não encontramos diferenças significativas entre os consumos antes e durante a gravidez. Analisando estes dados, percebemos pois que as grávidas adolescentes revelam diminuir os consumos durante a gravidez, mas quando bebem, é a mesma quantidade – portanto, há alterações nos padrões de consumo quanto à frequência mas não quanto à quantidade. Não existem dados da investigação científica com adolescentes grávidas moçambicanas que expliquem as razões que podem estar implicadas neste comportamento. Colocamos a hipótese de tal poder estar associado com o facto de elas terem

conhecimento dos efeitos negativos do álcool sobre o feto ou darem respostas reveladoras de consumos mais baixos na gravidez, por causa da questão da desejabilidade social.

Tendo em conta os valores totais do AUDIT-G, 127 (96.9%) das participantes apresentaram resultados que as colocam no intervalo de consumos correspondente à zona de risco I (valores entre de 0 e 7) e cuja intervenção prevê uma educação para o álcool. Se as participantes não estivessem grávidas, estes consumos seriam considerados de não risco. Na amostra, há também 3 (2.2%) na zona de risco II (entre 8 e 15) e 1 (.7%) na zona de risco III (entre 16 e 19), que prevê aconselhamento, intervenção psicológica breve e monitorização. Considerando tudo o que sabemos sobre as possíveis consequências (e.g., Deshpande et al., 2005; Foster & Marriott, 2006; Manning & Hoyme, 2007) e as orientações das organizações internacionais para o não consumo (e.g., Centers for Disease Control and Prevention, 2004), esses dados são preocupantes. Outro dado a ter em consideração na análise desta problemática, prende-se com o tipo de bebidas consumidas. A OMS (2007), alerta para o facto de bebidas tradicionais, de fabrico caseiro (com percentagens de álcool que podem chegar aos 30-35 graus) e que normalmente são de baixo custo comparativamente às convencionais, serem um canal importante para a disponibilidade do álcool em alguns países africanos.

Ao utilizarmos o AUDIT para a conhecermos os consumos de álcool durante a gravidez, verificamos que alguma das nossas participantes responderam em branco no item 2, depois de responderem nunca no item 1. Tal leva-nos a refletir sobre a necessidade de – na investigação dos consumos durante a gravidez e sempre que se procure no AUDIT resultados que vão para além do score total – se acrescentar uma quinta opção de resposta ao item 2, que faça referência a ausência total de consumos e, que não seria tida em conta na cotação total do instrumento.

Relativamente às vivências psicológicas das adolescentes grávidas, constatamos haver diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, quando comparadas com a população padrão portuguesa. Tendo em conta que o trabalho de validação para a população moçambicana ainda não está terminado, não descartamos a hipótese de, as dimensões culturais estarem na base destas diferenças, limitando a importância destes resultados que deverão ser tidos como meramente exploratórios e que apontam para a necessidade de se prosseguir com os trabalhos de validação do instrumento para a população moçambicana.

Os dados levaram-nos a aceitar a nossa hipótese dois de investigação, ao encontramos correlações negativas marginalmente significativas entre o consumo de álcool e duas subescalas da EAGM “O filho imaginado” e “Gravidez como fator de mudança”. Pelas dimensões implicadas nestas subescalas, os resultados obtidos, chamam-nos a atenção para o facto de o aumento dos valores de consumo do álcool estarem relacionados com valores mais baixos nas

escalas. Estes dois aspetos, são inerentes ao projeto adaptativo de maternidade, que permitem a preparação para ser mãe (Canavarro, 2001) e que poderão estar aqui de certa forma exacerbados. Relativamente à subescala “O filho imaginado”, os resultados apontam para um maior investimento na idealização do bebé e vivências da maternidade. Quanto à subescala “Gravidez como fator de mudança e crescimento pessoal”, os resultados que encontramos, revelam maior enfoque sobre as mudanças e o crescimento pessoal na gravidez. A interpretação destes dados é dificultada pela limitação de estudos neste campo. Podemos por exemplo, colocar a hipótese do maior investimento no futuro (fase pós natal) e o consumo de álcool enquanto comportamento de risco, estarem relacionados com o menor investimento na fase atual.

Relativamente à hipótese três, esta foi confirmada, já que, comparando as vivências psicológicas da gravidez das adolescentes que consomem álcool com as que não consomem, verificamos haver diferenças estatisticamente significativas em (apenas) uma subescala da EAGM: “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”. Os itens desta subescala fornecem informações sobre a forma como mulher vivencia os aspetos considerados mais difíceis do processo gravídico (e.g., Xavier, et al., 2001). Os valores mais baixos nas subescalas, obtidos pelas grávidas que consomem álcool, remetem-nos para a hipótese haver por parte destas, vivências psicológicas mais difíceis. Não foi possível comparar estes dados (amostra total e cada um dos subgrupos) com os resultados das mulheres grávidas não adolescentes moçambicanas, visto que estes dados não se encontram disponíveis para Moçambique. Chamamos atenção para o facto dos resultados nada terem a ver com questões de causalidade. Será necessário continuar a investigação científica neste tema, quer aumentando a amostra do presente estudo, quer integrando noutras abordagens, nomeadamente estudos qualitativos que, dando voz às próprias adolescentes grávidas, permitam perceber melhor estes resultados. Os resultados obtidos são ainda um alerta para a investigação já que, a vivência psicológica (neste caso relacionada com mais carga negativa), está relacionada com a prestação de cuidados futuros e o desenvolvimento da criança (e.g., Canavarro & Pereira, 2001) o que integrara também no complexo padrão de fatores de risco associados à exposição pré-natal ao álcool (Xavier, 2006)

## Conclusão

A gravidez na adolescência é um problema presente em Moçambique (UNFPA-2013), resultante de uma confluência de fatores como exclusão social, a pobreza, a privação dos direitos básicos ou o baixo acesso à educação, serviços de saúde (e.g., Hockaday, Crase, Shelley, & Stockdale, 2000; UNFPA-2013). Esta informação está refletida na caracterização da nossa amostra, onde encontramos 92.5% de desempregadas e apenas 10.4% com o segundo ciclo do ensino secundário concluído ou a concluir. Por outro lado é preciso que não nos esqueçamos não poucas vezes estas gravidezes surgem como forma de as adolescentes conquistarem uma autonomia diferente. Segundo a UNFPA-Moçambique (2013), em locais onde a cultura privilegia a maternidade como opção de vida fundamental para o sexo feminino, a gravidez na adolescência pode ser vista pela própria rapariga com um único meio de ganho de status. Isto permite-nos supor que, para estas raparigas com poucas possibilidades e aspirações de futuro escolar e profissional, a maternidade possa ser encarada como uma oportunidade de dar sentido à sua vida e de assegurar um papel na sociedade. Por outro é preciso termos em consideração que estas trajetórias não são universalmente adversas. A gravidez na adolescência é uma experiência que pode ser vivenciada positivamente ou negativamente, de forma desejada ou indesejada, com apoio familiar ou não (Queiroga, 2014).

São muitos os estudos que têm estabelecido a relação entre os consumos de álcool na gravidez as consequências adversas sobre o feto (e.g., Adusi-Puku, Bonney, & Antwy, 2013; Manning & Hoyme, 2007; May et al., 2008, Paoletti et al., 2013). Considerada a terceira causa de doenças mentais em Moçambique (Jornal de Notícias, 2007), com todas as implicações socioeconómicas que daí advém, ao constarmos uma prevalência de consumo de álcool em 70.1% das adolescentes grávidas, e olhando para os estudos realizados na África do Sul (e.g., May et al., 2000), que fazem referência à existência de taxas mais elevadas da SAF do mundo em algumas cidades deste país com o qual Moçambique faz fronteira, não deixamos de considerar estes dados muito alarmantes. Alguns estudos apontam para facto de o conhecimento sobre os riscos do consumo do álcool, estar relacionada com a média de volume de álcool ingerido (Kasmodel & Kasmodel, 2002), o que realça o papel dos profissionais de saúde, na prevenção dos danos que advém destes consumos. Cumpre-nos ressaltar a necessidade unificar as ações e ultrapassar as incongruências entre políticas/leis e os planos que visam o empoderamento destas adolescentes. De um modo geral, em Moçambique, verifica-se a falta de preparação de todo o sistema para lidar as questões da gravidez na adolescência. Pela sua magnitude, este é um problema cuja tentativa solução não passa apenas pelo setor público

formal, mas que deve ser partilhado por toda a sociedade, principalmente na revisão de algumas práticas culturais.

### **Limitações**

As principais limitações deste estudo prenderam-se com o facto de não existirem estudos que correlacionem o consumo de álcool na gravidez e relação com as vivências psicológicas desta fase, o que limitou a interpretação exaustiva dos nossos dados. Outra limitação teve a ver com o facto de a EAGM não estar ainda validade para a população moçambicana, pois interessava-nos comparar as vivências psicológicas da gravidez das adolescentes e das grávidas adultas.

### **Recomendações**

Realização de estudos dentro do tema, com amostras maiores e a integração de uma abordagem mais qualitativa que creditamos ser fundamental para a compreensão do fenómeno.

Para Moçambique: elaboração de planos de intervenção que contemplem a prevenção dos consumos de álcool pelas gestantes. Sensibilização dos profissionais de saúde em geral e de saúde materno infantil em particular, para a integração da temática dos efeitos dos consumos nas consultais/palestras de CPN. Dada a pertinência e atualidade do tema, propomos maior investimento na investigação sobre a temática.

## Referências bibliográficas

- Adusi-Puku, Y., Bonney, A. A., & Antwi. G. D. (2013). Where, when and what type of alcohol do pregnant women drink? *Ghana Medical Journal*, 47(1), 35-39.
- Almeida, J. M. R. (2003). *Adolescência e maternidade*. (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Babor, T. F, Higgins – Biddle, J. C, Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: WorldHealthOrganization.
- Beguy, D., Mumah, J., & Gottschalk, L. (2014). Unintended pregnancies among young women living in urban slums: Evidence from a prospective study in Nairobi City, Kenya. *Plos One*, 9(7), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0101034.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa Araújo (2012). Gravidez e Parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 2, 34-55.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspetivas teóricas. In M. C. Canavarro. (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (pp. 323-353). Coimbra: Quarteto.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant – United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 53, 1178-1181.
- Chen, Y. J., Li, C. R., Lee, S. H., Hsu, B. Q., ... Lee, M. C. (2014). Growth changes in infant born of adolescent mothers: results os a national cohort study in Taiwan. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(11), 737-746.
- Colhoun, F., & Warren, K. (2007). Fetal alcohol syndrome: Historical perspectives *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 31, 168-171.
- Contini, M. L. J., Koller, S. H., & Dos Santos Barros, M. N. (2002). *Adolescência e psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Correia, M. J. (1995). A Carla ficou grávida! E agora? A família inserida na sociedade atual: «Exigências» de Adaptação. *Análise Psicológica*, 1-2(8), 47-51.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3(16), 365-371.

- Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal. (Ed.). *Psicologia da Gravidez da Parentalidade*. (pp.49-58). Lisboa: Fim de Século.
- Deshpande, S., Basil, M., Basford, L., Thorpe, K., Piquette-Tomei, N.,... Bureau, A. (2005). Promoting alcohol abstinence among pregnant women: Potential social change strategies. *Health Marketing Quarterly*, 23(2), 45-67. doi:10.1300/J026v23n02\_04.
- East, P. L., Chien, N. C., & Barber, J. S. (2012). Adolescents pregnancy intentions, wantedness, and regret: cross-lagged relations with mental health and harsh parenting. *Journal of Marriage and Family*, 74, 167-185. doi: 10.1111/j.1741-3737.2011.00885.x.
- Eaton, L. A., Pitpitan, E. V., Kalichman, S. C., Sikkema, K. J., ... Cain, D. N. (2014). Beliefs about fetal alcohol spectrum disorder among men and women at alcohol serving establishments in South Africa. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2), 87-94. doi: 10.3109/00952990.2013.830621.
- Eurocare (2001). Protecting the unborn child from alcohol policy debate. Brussels: European Alcohol Policy Alliance. Retrieved from [http://www.eurocare.org/media\\_centre/previous\\_eurocare\\_events/protecting\\_the\\_unborn\\_baby\\_from\\_alcohol\\_7\\_september\\_2011\\_european\\_parliament\\_brussels](http://www.eurocare.org/media_centre/previous_eurocare_events/protecting_the_unborn_baby_from_alcohol_7_september_2011_european_parliament_brussels)
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 221-238.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco à circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 97-125.
- Fonte, A., & Mota-Cardoso, R. (2013). MAST e AUDIT. Avaliação de características psicométricas em doentes em dependência de álcool. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(4), 335-340.
- Foster, R. K., & Marriott, H. E. (2006). Alcohol consumption the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31, 286-331.
- Ganchimed, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbganon, P.,... Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health

- Organization multicountry study. World Health Organization, 40-47. doi: 10.1111/1471-0528.12630.
- Guerrero, G. E. M., Cabrera, I. N., Rodrigues, Y. H., & Castellanos, J. E. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*, 38(3), 333-342.
- Henshaw, S. K. (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24-29.
- Hockaday, C., Crase, S. J., Shelley, M. C., & Stockdale, D. F. (2000). A prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of adolescent*, 23, 423-438. doi: 10.1006/jado.2000.0329.
- Hoy, W. K. (2010). *Quantitative research in education: A primer*. Los Angeles: Sage.
- Hulton, L. A., Cullen, R., & Khalokho, S. W. (2000). Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents. *Studies in Family Planning*, 31(1), 35-46.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde. Disponível em <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>
- Jornal de Notícias (2007, Junho). Moçambique: Álcool é a terceira causa de doenças mentais no país. Disponível em [http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content\\_id=681718](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=681718)
- Karabulut, A., Ozkan, S., Bozkurt, A. I., Karahan, T., & Kayan, S. (2013). Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 33, 346-350. doi: 10.3109/01443615.2013.767786.
- Kaup, Z. O. L., Merighi, M. A. B., & Tsunehiro, M. A. (2001). Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 23(9), 575-580.
- Kesmodel, U., & Kesmodel, P.S. (2002). Drinking during pregnancy: Attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26(10), 1553-1560. doi: 10.1097/01.ALC.0000034702.14322.25

- Laffita, B. A., Ariosa, J. M., & Cutié, S. J. R. (2004). Adolescencia e interrupciones de embarazos. *Revista Cubana Obstetricia e Ginecologia*, 30(1).
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século
- López, M. B. (2013). Saber, valorar y actuar: Relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *HealthandAddictions*, 13(1), 35-46.
- Lundsberg, L. S., Illuzzi, J. L., Belanger, K., Trinche, E. W., & Bracken, M. B. (2015). Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study, 25, 46-54. doi: 10.1016/j.annpidem.2014.10.011
- Maia, C., Freira, S., Fonseca, H., Pedro, R. & Silva, F. (2010). Consumo de substâncias no adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(6), 262-265.
- Manning, M. A. & Hoyme, H. E. (2007). Fetal alcohol spectrum disorders: A practical clinical approach to diagnosis. *Neuroscienceand Biobehavioral Reviews*, 31, 230-238.
- May, P. A., Brooke, L., Gossage, J. P., Croxford, J., Adnams, C.,... & Viljoen, D. (2000). Epidemiology of fetal alcohol syndrome in south african community in the Western Cape Province. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1905-1912.
- May, P. A., Gossage, J. P., Marais, A., Hendricks, L. S.,... Viljoen, D. L. (2008). Maternal risk factors for Fetal Alcohol Syndrome in South Africa: A third study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(5). doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00634.x
- Mota, E. M., Oliveira, M. F., Victor, J. F., & Pinheiro, A. K. B. (2011). Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Rev Rene*, Fortaleza, 12(4), 692-698.
- O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Bechman, J. G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol Health & Research World*, 22(2), 85-93.
- Oyamada, L. H., Mafra, P. C., Meireles, R. A., Guerreiro, T. M. G., Caires, M. O., & Silva, F. M. (2014). Teenage pregnancy and risk for teenaged mother. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 6(2), 38-45.
- Paoletti, A. M., Atzeni, I., Orrù, M., Pilloni, M., Loddo, A., Zirone, M., Marotto, M. F., Zedda, P., Fais, M. F., Loi, E. S., Boi, G., & Mélis, G. B. (2013). Alcohol and pregnancy.

*Journal of pediatric and neonatal individualized medicine*, 2(2), 1-7. doi: 10.7363/020215

- Pedrosa, A. A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C. & Dattilio, F. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individuals, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 107-127. doi: 10.1007/s10591-011-9148-4.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em estudo*, Maringá, 13(1), 63-72.
- Portal do Governo de Moçambique. (2015). Informação geral sobre Moçambique. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique>
- Queiroga, K. R. O., Farias, M. C. A. D., Casimiro, G. S., Nascimento, A. R. S.,... & Abreu, L. C. (2014). O que é e como se explica a gravidez na adolescência. *Journal of Human Growth and Development*, 24(2), 142-149.
- Rendall-Mkosi, K., London, L., Adnams, C., Morojele, N., McLoughlin, J. A., & Goldstone, C. (2008). *Fetal alcohol spectrum disorder in South Africa: Situational and gap analysis*. Geneva: UNICEF. Retrieved from [http://www.unicef.org/southafrica/SAF\\_resources\\_fetalalcohol.pdf](http://www.unicef.org/southafrica/SAF_resources_fetalalcohol.pdf).
- Siegel, R, S. & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric, Adolescent, and Gynecology*, 27, 138-150. doi: [10.1016/j.jpag.2013.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008)
- Silva, J. (2009). Moçambique Tradicional. Consultado em: <http://www.mozambique-tradicional.com/RITOS-DE-INICIAÇÃO.php>
- Skagerström, J., Alehagen, S., Häggström-Nordin, E., Årestedt, K. & Nilsen, P. (2013). Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. *BMC Public Health*, 13, 780, 2.
- UNFPA-Moçambique (2013). Gravidez na adolescência: Desafios e respostas de Moçambique. Disponível em <http://mozambique.unfpa.org/>

- Valdés, D. S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, M. D., & Bardales, E. (2002). Embarazo em la adolescência: Incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana Obstetricia e Ginecologia*, 28(2).
- World Health Organization, Regional Committee For Africa. (2007). Harmful use of alcohol in the WHO african region: situations, analysis and perspectives. Retrieved from: <http://www.apps.who.int/iris/mobile//bistream/handle/10665/1881/AFR-RC57-14.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2009). Strengthening the health sector response to adolescent health and development. Retrieved from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/cah\\_adh\\_flyer\\_2010\\_12\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_en.pdf?ua=1)
- Xavier, M. R. L. (2006). Crianças expostas a álcool e a substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões. Disponível em <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/104>
- Xavier, M. R., Paul, M. C., & Sousa, L. (2001). Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. (Cedido pelos autores).

## **Anexos**

## Anexo 1 – AUDIT

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Existe alguém da sua família que tem ou teve problemas por causa do consumo de álcool? Sim  Não

Se sim:

Quem: \_\_\_\_\_

Que problemas? \_\_\_\_\_

N.º	<b>Responda as questões, assinalando com "X", na resposta que mais se aplica a si:</b>					
	<b>Questão</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Com que frequência consome bebidas alcoólicas?	nunca	mensalmente ou menos	2-4 vezes ao mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
	- E desde que está grávida?	nunca	mensalmente ou menos	2-4 vezes ao mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2	Quando bebe, qual é a quantidade de bebida alcoólica que consome por dia?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
	- E desde que está grávida?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3	Com que frequência consome mais de 6 doses (copos) numa única ocasião?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
4	Com que frequência nos últimos doze meses sentiu-se incapaz de parar de consumir depois de ter começado?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
5	Com que frequência nos últimos doze meses você não conseguiu fazer algo ou cumprir com o seu plano por causa da bebida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
6	Com que frequência nos últimos doze meses você precisou consumir de manhã para se recuperar de uma ressaca/bebedeira?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
7	Com que frequência nos últimos doze meses você sentiu "culpa" após ter consumido?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
8	Com que frequência no último ano você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior devido ao consumo de bebida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
	- E desde que está grávida?	nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
9	Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do consumo de álcool?	não		sim, mas não no último ano		sim, no último ano
	- E desde que está grávida?	não		sim, mas não no último ano		sim, no último ano
10	Alguém (familiar, amigo ou médico) se preocupou com seu hábito ou forma de beber?	não		sim, mas não no último ano		sim, no último ano
	- E desde que está grávida?	não		sim, mas não no último ano		sim, no último ano

*Tipos de bebidas consumidas durante a gravidez:*

## Anexo 2 – EAGM



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

### ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM

(Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L., 1998; Xavier, M.R. Canda, E. – versão para estudo)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de nascimento da grávida:

Escolaridade:

Estado civil:

Casada: Oficialmente

Lobolada

Vive maritalmente

Solteira

Divorciada

Viúva

Profissão/Ocupação:

Atualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas): \_\_\_\_\_

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Quantas vezes já esteve grávida? \_\_\_\_\_

Número de filhos (nascidos anteriormente):

Esta gravidez foi planeada? Sim / Não

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE                      MUITAS VEZES                      POUCAS VEZES                      NUNCA  
1    2    3    4

1. Penso que vou ser uma boa mãe	1	2	3	4
2. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1	2	3	4
4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais ajuda	1	2	3	4
5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1	2	3	4
6. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
7. A ajuda do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com a minha aparência	1	2	3	4
9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro	1	2	3	4
11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19. Ter filhos muda a vida de uma mulher	1	2	3	4

20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades	1	2	3	4
22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24. Este bebé vai mudar a minha vida	1	2	3	4
25. A ajuda do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o pinico	1	2	3	4
28. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32. As avós têm mais tempo para cuidar das crianças	1	2	3	4
33. Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4
36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu precisava	1	2	3	4
38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42. A minha mãe dava-me carinho	1	2	3	4

## Anexo 3 – Folha de Consentimento Informado



### FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título da pesquisa:** Vivências Psicológicas das Adolescentes Grávidas e o Consumo de Álcool

**Pesquisadora:** Domingas Carla Ricardo Pacala. E-mail: dopacala3@yahoo.com.br

**Responsável e Supervisor da Pesquisa:** Maria Raúl Andrade Martins Lobo Xavier. E-mail: [mxavier@porto.ucp.pt](mailto:mxavier@porto.ucp.pt)

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa está a desenvolver um projeto de investigação acerca das vivências psicológicas da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas. O objetivo geral deste projeto é o de aprofundar os conhecimentos sobre as vivências psicológicas da gravidez e sua relação com os consumos de álcool.

Antes de decidir se vai ou não participar, você é convidada a ler com atenção esta declaração, que tem como finalidade dar-lhe toda informação necessária sobre a pesquisa e sobre o pessoal nela envolvida. Em caso de necessidade, poderá recorrer ao pessoal da pesquisa para apresentar as suas dúvidas, preocupações ou questões relacionadas com as condutas e procedimentos do mesmo, sobre possíveis irregularidades e danos que possa sofrer por participar na pesquisa. Pretende-se que esta declaração seja suficientemente esclarecedora, de modo a ajudá-la na tomada de decisão sobre se quer ou não participar. Nessa pesquisa, devem participar mulheres grávidas, com idades até os 19 anos, independentemente do tempo de gestação. A participação é voluntária e livre. Portanto, ninguém tem o direito de lhe pressionar ou obrigar a participar. Você é livre de recusar, e ao fazê-lo não haverá nenhum tipo de consequência, pressão, penalização ou crítica por isso.

- 1. Considerações gerais sobre a pesquisa.** Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas mulheres grávidas que frequentam as principais unidades de saúde da Cidade de Maputo. Para além disso, pretende-se explorar as vivências psicológicas da gravidez, nas mulheres grávidas que consomem álcool e analisar a correlação entre o consumo de álcool e as vivências psicológicas da gravidez nas mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais nos Centros de Saúde Geral José Macamo, Mavalane, Polana Caniço e 1º de Maio na Cidade de Maputo.

2. **Objetivos da pesquisa:** Duma forma geral, importa conhecer as vivências psicológicas da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos Centros de Saúde José Macamo, Mavalane, Polana Caniço e 1º de Maio.

3. **Procedimentos da pesquisa:**

- A aplicação individual (sob a forma de entrevista ou como questionário autoadministrado) de 2 (dois) questionários, que poderá durar uma média de 20 minutos. No entanto, o tempo para o questionário não é limitado, podendo a utente responder num ritmo que for de sua conveniência, porém, dentro de limites da norma.

- A assinatura de 2 (dois) exemplares da «**Declaração de Consentimento de Participação**», antes do início da aplicação dos questionários. Um exemplar dessa declaração será para si, e o outro será para o Pesquisador.

4. **Custos de participação na pesquisa:** Não existe nenhum custo para participar na pesquisa.

5. **Riscos:** A pesquisa a efetuar não representará riscos para a saúde e integridade dos participantes.

6. **Benefícios:** A pesquisa não traz benefícios financeiros nem materiais para os participantes. No entanto, existem benefícios, individuais e coletivos, que resultam da possibilidade de adquirir informações e conhecimentos sobre o consumo de álcool durante a gravidez.

7. **Interrupção da participação na pesquisa:** Todo o indivíduo que aceite participar na pesquisa é livre de, a qualquer momento, interromper a sua participação, sem que sofra represálias. As pessoas não serão questionadas nem obrigadas ou forçadas a prosseguir a sua participação sem o desejar.

8. **Contactos importantes:** Em caso de necessidade, para apresentar qualquer tipo de dúvida, pergunta, questão ou preocupação relacionada com a pesquisa, com os pesquisadores ou outras pessoas envolvidas, pode contactar a Dra. SaidaThompson através do contacto 840663462 e pelo endereço de e-mail: dopacala3@yahoo.com.br

9. **Confidencialidade:** Para garantir o anonimato, o sigilo e o segredo profissional e a privacidade, serão criadas todas as condições necessárias no sentido de todos os participantes e os dados e informações serem devidamente protegidos. Esta pesquisa é anónima, o que significa que não precisa fornecer o seu nome verdadeiro, podendo fornecer qualquer pseudónimo, código ou nome não verdadeiro, à sua escolha. Ademais, toda a informação ligada aos participantes será altamente protegida, mantida em segredo e só os técnicos terão acesso a ela. Deste modo, nem antes, nem durante a pesquisa nem depois dela você poderá ser identificado ou associado aos dados e informações que fornecer. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, toda a informação que possa possibilitar a identificação dos participantes será eliminada, removida ou alterada.

Entretanto, em todas as fases da pesquisa será devidamente respeitada a sua liberdade e a decisão que tomar, e toda a sua participação na pesquisa – será sempre com base na sua aceitação voluntária.



### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente aceitar ou recusar participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

Foi-me garantida a privacidade e confidencialidade da minha identidade e da informação que irei fornecer, sendo esta utilizada apenas para os fins da pesquisa. Fui informada que caso decida deixar de participar, que poderei fazê-lo a qualquer momento, sem comprometer a assistência que me é facultada neste centro pela equipa de saúde.

Assim sendo, aceito responder aos questionários no âmbito desta investigação. Autorizo ainda, ser futuramente contactada com os mesmos objetivos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Investigadores

Investigadores

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Contactos: Dra. SaidaThompson - 840663462)