



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Gravidez na Adolescência: Projecto de vida ou ausência dele?

Ana Paula dos Reis Carmona

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Gravidez na Adolescência: Projecto de vida ou ausência dele?

Ana Paula dos Reis Carmona

Orientada por

Professora Maria Helena Presado

2012



À minha família pelo tempo que não teve e pela enorme força e paciência...

A duas colegas especiais pela partilha e estímulos...

*À Professora Helena Presado pela inspiração, orientação,
força nos momentos de desânimo, encorajamento e disponibilidade...*

À Direcção do ACES Lisboa Norte que possibilitou este estudo...

Ao Professor César Fonseca pela ajuda na pesquisa...

*Às grávidas adolescentes e respectivos companheiros que aceitaram partilhar as suas histórias de
vida...*

“Há duas maneiras de espalhar a luz: ser a vela ou o espelho que a reflecte”

Edith Wharton

RESUMO

A gravidez na adolescência é uma realidade inquietante ligada muitas vezes a uma gravidez indesejada e acidental. Mas e quando essa gravidez é desejada e planeada pelos adolescentes? Fala-se de prevenção da gravidez através de maior informação sobre métodos anticoncepcionais e sua distribuição gratuita, mas será suficiente? Será este desejo de gravidez motivado pela falta de literacia em saúde ou pela ausência de projecto de vida?

Este trabalho consigna um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que pretende responder à questão: Que factores levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho?

Foi realizado com a participação de adolescentes que verbalizaram estar grávidas por desejo e projecto de vida, contrariando a ideia de que a gravidez na adolescência é apenas indesejada, acidental e o resultado de desinformação sexual.

Com o objectivo de se identificar os factores que levam à escolha de uma gravidez na adolescência assim como as expectativas da implicação da gravidez/maternidade no seu projecto de vida, entrevistaram-se todas as adolescentes grávidas e com gravidez desejada e/ou planeada na UCSP Benfica nos meses de Agosto e Setembro de 2011.

As participantes possuem conhecimentos sobre métodos contraceptivos, têm baixo nível de escolaridade, são oriundas de classes sociais mais desfavorecidas e de famílias disfuncionais na sua maioria e são também filhas de mães com história de gravidez na adolescência.

Concluiu-se que existe gravidez desejada em adolescentes de meios sócioeconomicos mais desfavorecidos, com factores psico, socioculturais vincados, pelo que se sugerem programas de actuação junto destes adolescentes de forma a actuar ao nível da prevenção.

PALAVRAS – CHAVE

Gravidez Desejada, Gravidez Planeada, Adolescência e Adolescente, Planeamento Familiar e Enfermagem.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a disturbing reality often linked to an unwanted pregnancy and accidental, but what about when the pregnancy is desired and planned by teens? People talk about prevention of pregnancy through increased information on contraceptive methods and their free distribution, but is it enough? Is this desired pregnancy motivated by the lack of health literacy or lack of plans for the future?

This work consists of a descriptive study with a qualitative approach and aims to answer the question: What factors lead teens to put as a life project the pregnancy and the birth of a child?

It was conducted with the participation of adolescents who voiced a desire to be pregnant as a plan of life, contrary to the idea that teenage pregnancy is simply unwanted, accidental and the result of sexual misinformation.

With the objective of identifying factors that lead to the choice of a teenage pregnancy as well as expectations of the implications of pregnancy / maternity in their life project, we interviewed all pregnant teenagers with desired or planned pregnancy in UCSP Benfica in August and September 2011.

The participants had knowledge about contraceptive methods, have a low level of schooling, are from disadvantaged social classes and dysfunctional families in its majority and, are also daughters of mothers with a pregnancy history in adolescence.

It was concluded that there is a desired pregnancy in adolescents of lower socio-economic means, with psychological factors, sociocultural causes, than are suggested programs of action among these adolescents in order to act on prevention.

KEY WORDS

Wanted Pregnancy, Planned Pregnancy, Adolescence e Adolescent, Family Planning, Nursing.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Taxas de fecundidade específicas por grupo etário (em permilagem), Portugal, 2004-2009.....	15
Tabela 2- Nados vivos por idade das mães inferior a 19 anos inclusive, Portugal, 2002-2009.....	15

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Categorias e Subcategorias Temáticas identificadas.....	42
Quadro 2 - Categoria ASPECTOS PSICOLÓGICOS, suas subcategorias e unidades de significação.....	43
Quadro 3 - Categoria ASPECTOS CULTURAIS, suas subcategorias e unidades de significação.....	45
Quadro 4 - Categoria ASPECTOS SOCIAIS, suas subcategorias e unidades de significação.....	47
Quadro 5 - Categoria ASPECTOS ÉTICOS, suas subcategorias e unidades de significação.....	49
Quadro 6 - Categoria EDUCAÇÃO EM SAÚDE, suas subcategorias e unidades de significação.....	52

SIGLAS

ACS - Alto Comissariado para a Saúde

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

IO – Índice Obstétrico

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - *Organization for Economic Co-operation and Development*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RCIU - Restrição de Crescimento Intra-uterino

SMO –Saúde Materna e Obstetrícia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCF CHLN – Unidade Coordenadora Funcional do Centro Hospitalar Lisboa Norte

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. Adolescência e Gravidez.....	14
1.2. O Cuidar em Enfermagem da Adolescente.....	22
1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.....	27
1.3.1. Educação em Saúde.....	29
PARTE II - METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO.....	33
2.1. Tipo de estudo.....	33
2.2. Participantes.....	35
2.3. Instrumento de colheita de dados.....	37
2.4. Tratamento de dados.....	38
2.5. Ética na Investigação	40
2.6. Limitações do Estudo.....	41
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	42
4. CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES.....	64

Apêndice I – Cronograma de actividades

Apêndice II - Estudos incluídos na Revisão da Literatura

Apêndice III – Guião da entrevista

Apêndice IV – Consentimento Informado de participação no estudo

Apêndice V – Declaração de autorização das participantes no estudo

Apêndice VI – Consentimento Informado de participação no estudo (menores de 16 anos)

Apêndice VII – Declaração de autorização das participantes no estudo (menores de 16 anos)

Apêndice VIII – Despacho de autorização da realização do estudo no ACES Lisboa Norte

Apêndice IX – Entrevistas

Apêndice X – Análise de Conteúdo

INTRODUÇÃO

Este estudo insere-se no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Embora tenha funções de coordenação de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários, também exerce actividade profissional como enfermeira especialista e responsável pela Consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar, pelo que sentiu necessidade de desenvolver e actualizar competências adquiridas no CPLEESMO (Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) e aliar a vertente profissional à académica.

Ao longo do tempo, na prática clínica, foi-se deparando com um conjunto de adolescentes grávidas que verbalizavam ter desejado essa gravidez e até mesmo tê-la planeado. Por considerar muito importante o reconhecimento desta realidade como uma área prioritária de intervenção e uma vez que a gravidez na adolescência se reveste de inúmeras desvantagens, tanto de ordem física como de ordem psicológica e social, para as próprias adolescentes, e para as suas famílias, iniciou-se então um projecto de Consulta do Adolescente em parceria com a Junta de Freguesia e as escolas da área de influência do Centro de Saúde, com atendimento multiprofissional, em que os cuidados a prestar aos adolescentes fossem acessíveis, anónimos e isentos de juízos de valor.

Fonseca em 2008 (p.102) alertou que “Portugal é o segundo país da União Europeia com maior taxa de partos em mães entre os 15 e os 19 anos e a taxa de partos em mães com menos de 17 anos não desce entre nós há cerca de uma década.”

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2009 (não existem ainda dados de 2010), o total de nascimentos em Portugal foi ainda de 4350 nados vivos, filhos de mães adolescentes.

Perante estes factos pode-se questionar o porquê das adolescentes continuarem a engravidar, uma vez que o acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais está muito mais facilitado. Será que há um desejo implícito, uma premeditação dessa gravidez como projecto de vida? E existindo essa programação da gravidez, a que é que se deve? Vários profissionais da área da saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros), assim como da área da educação, concordam que existe gravidez desejada na adolescência e que é um problema grave mas não sabem como resolvê-lo, nem como

chegar a estas jovens antes de elas engravidarem.

Perante a realidade da gravidez desejada na adolescência, parece ser pertinente compreender melhor estas adolescentes e confirmar se este será realmente o seu projecto de vida ou apenas uma consequência do “crescer para”, de forma pouco consciente das implicações que um bebé traz no futuro da jovem mãe, pai e familiares; “adolescer” influenciado por uma realidade cultural, social ou apenas individual.

O objectivo deste projecto é compreender as razões das adolescentes em engravidar, o porquê deste desejo e perceber se é realmente um projecto de vida ou uma alternativa de fuga às várias dificuldades que as rodeiam (familiares, emocionais e psicológicos, socioculturais, entre outros).

Pretende-se ainda despertar consciências, alertar e esclarecer para um fenómeno que é um problema de saúde pública para estes adolescentes, famílias e comunidade.

Utilizou-se na pesquisa inicial a metodologia da revisão sistemática da literatura, definida por Bachion e Pereira (2006, p. 492) como “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”. Foram utilizadas na pesquisa as bases de dados electrónicas EBSCO HOST, Medline, CINAHL, bem como a consulta presencial em biblioteca.

Os descritores utilizados foram:

- Gravidez desejada, Gravidez planeada; Adolescência e adolescente; Planeamento familiar e enfermagem.

Os critérios de inclusão para a selecção de artigos encontrados na pesquisa foram:

-disponibilidade em *full text*; serem estudos quantitativos e qualitativos publicados, ou para publicação; realizados há menos de dez anos; publicados em português, inglês ou espanhol e que abordem a temática da gravidez desejada na adolescência.


Foram obtidos vinte e sete (27) resultados no total. Dos artigos encontrados foram excluídos os estudos repetidos e foram igualmente afastados alguns artigos após a leitura do título e do resumo, de forma a fazer uma primeira avaliação. Foi então realizada uma leitura do texto integral, tendo sido seleccionados quatro (4) artigos dos quais apenas dois (2) confirmam a existência da gravidez desejada na adolescência, os restantes sugerem cuidados de enfermagem centrados na adolescente e como prevenir a gravidez na adolescência. Os restantes artigos foram excluídos por considerarem gravidez na adolescência apenas accidental e fruto do acaso, ou de comportamentos sexuais de risco

não considerando a possibilidade dessa gravidez ser desejada pelos adolescentes.

A estes foram adicionados dois artigos, pela pertinência, sendo que o primeiro foi publicado na Revista Psicologia Ciência e Profissão, tendo sido escrito no âmbito de um estudo descritivo-exploratório realizado durante um doutoramento em Psicologia Clínica e Psicopatologia da Universidade Paris VIII em França e o segundo foi encontrado no Repositório da Universidade do Minho, no decurso de um estudo realizado com adolescentes grávidas em consulta na Maternidade Júlio Dinis. Os estudos e artigos encontram-se resumidos em quadro em apêndice II.

Estes achados tornaram-se um factor motivador para o desenvolvimento de um tema que deve ser uma preocupação para os enfermeiros de cuidados de saúde primários por se considerar ser um problema de saúde pública.

Perante esta realidade e actual preocupação, propôs-se trabalhar este tema amplamente interessante e motivador no sentido de responder à Questão de Partida:

 **Que factores levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho?**

Delinearam-se os seguintes objectivos:

- Identificar os factores que levam ao desejo e escolha de uma gravidez na adolescência;
- Identificar a percepção das adolescentes sobre gravidez, parto e período pós-parto;
- Identificar as expectativas e a consciencialização da implicação da gravidez e da maternidade no seu projecto de vida;

Sentindo necessidade de referência num modelo conceptual da prática de cuidados em enfermagem, optou por utilizar a teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger. “As teorias são formadas por um conjunto de conceitos, definições e proposições que permitem compreender um fenómeno e que podem ser utilizadas para descrevê-lo, explicá-lo ou predizê-lo.” (FORTIN, 2009, p.135).

Assim este estudo encontra-se organizado em três partes distintas mas interligadas.

Na primeira parte desenvolve-se o enquadramento teórico, de acordo com a problemática do estudo, numa tentativa de contextualizar os aspectos que levam os adolescentes á gravidez desejada na adolescência. Aborda-se a adolescência, a gravidez e o cuidar em

enfermagem da adolescente, na vertente da relação de ajuda, reflectindo sobre as questões éticas, relaciona-se com as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, e finalmente aprofunda-se, articulando a com educação em saúde.

Na segunda parte reporta-se a metodologia geral de investigação e plano de trabalho, a revisão da literatura e o trabalho empírico. O estudo desenvolve-se segundo uma abordagem qualitativa, descritiva e interpretativa, em que é utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semidirigida segundo Fortin (2009) e é feito o tratamento do material narrativo com recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Posteriormente realiza-se a análise e discussão dos resultados. Finalmente a conclusão e as sugestões, sob a forma de recomendações para a prática profissional assim como para estudos futuros, não tendo a pretensão de que sejam definitivas nem generalizáveis, mas que poderão servir de guia e motivação para novos estudos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Latim “*adolescere*” quer dizer crescer para, pois “*ad*” significa para e “*olescere*” significa crescer.

1.1. Adolescência e gravidez

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), adolescência é o período da vida do indivíduo que se estende entre os 10 e os 19 anos (OMS, 2008), embora em estudos recentes se incluam na categoria os jovens adultos até aos 25 anos. Para Guimarães (2002, p. 27) os critérios de adolescência não são cronológicos, esta “ocorre entre o final da infância e a chegada ao pleno desenvolvimento físico. Com modificações glandulares e o amadurecimento dos órgãos sexuais, ligadas ao desenvolvimento emocional e mental”.

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial, composta por etapas de desenvolvimento com características muito próprias e tarefas a realizar bem definidas, que culminam na construção de identidade e na aquisição de autonomia.

Blayer (2010) refere que

“adolescência é o espaço de transição entre a infância e a idade adulta, com início na puberdade terminando com a independência. Neste sentido, a adolescência é a fase da vida em que se definem os valores para encontrar a própria identidade, sendo esta a descoberta dos diferentes papéis a desempenhar enquanto sujeito individual, amante, profissional, membro de uma sociedade, de uma família...”

O conjunto de transformações que ocorrem na vivência do corpo e na consciência de si próprio, nas relações com os pais, os pares, os amigos, os adultos e a sociedade, e na forma de encarar o futuro são desencadeadas pela maturação dos órgãos sexuais e pelo desenvolvimento físico e intelectual que culmina no novo ser - o “SER ADULTO”.

Para Pereira e Freitas (2002, p.19) a adolescência “é um período de vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura ao outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e de desilusões.”

Tabela 1-Taxas de fecundidade específicas por grupo etário (permilagem), Portugal, 2004-2009

ANO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IDADE						
15-19	19,6	19,0	17,0	16,9	16,2	15,5
20-24	48,2	47,6	45,5	44,1	45,9	43,8
25-29	85,3	84,3	79,6	76,1	76,7	72,7
30-34	83,6	85,3	83,8	82,8	85,8	82,5
35-39	36,1	37,6	38,4	39,4	42,0	41,6
40-44	7,3	7,4	7,7	7,4	7,8	8,0
45-49	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5

Fonte: INE 2010

Segundo dados do INE embora a taxa de fecundidade tenha vindo a diminuir ao longo dos anos, nas adolescentes com as idades entre os 15 e os 19 anos, ainda se verifica uma taxa de 15,5 nascimentos em cada 1000 (referentes ao ano de 2009) sendo bastante elevada.

Embora o número de nascimentos, em mulheres com idade até aos 19 anos, tenha vindo a diminuir nas últimas décadas, Portugal ainda se encontra em sétimo lugar, na lista da UNICEF dos países pertencentes à OCDE: com os Estados Unidos da América em primeiro, seguidos pelo Reino Unido, Nova Zelândia, República Eslovaca, Hungria e Islândia; surge então Portugal, com 21,2 nascimentos em cada 1000, num total de 28 países, com dados de 1998 (UNICEF, 2001, p. 7).

Tabela 2 - Nados vivos por idade das mães inferior a 19 anos inclusive, Portugal, 2002-2009

Idade/ANO	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Menos de 15 anos	63	77	70	73	72	72	76	92
15 a 19 anos	4287	4478	4774	4832	5447	5747	6068	6641
Total	4350	4555	4844	4905	5519	5819	6144	6733

Fonte: INE/DGS 2010

No ano de 2009 (últimos dados disponíveis) ocorreram, em Portugal, 4350 partos em

mães com idade igual ou inferior a 19 anos. Estes distribuíram-se da seguinte forma: 2 partos em adolescentes de 12 anos, 5 partos aos 13 anos, 56 aos 14 anos e 184 aos 15 anos, 489 aos 16 anos (736 partos no total, ou seja, 16,93%) sendo os restantes após os 17 anos. Este número de nascimentos poderá ter sido influenciado por questões étnicas, como a aceitação e encorajamento ao casamento e á maternidade precoce em determinadas etnias, como a cigana ou a africana.

As implicações para a vida destas adolescentes, dos progenitores masculinos, das suas famílias e dos seus filhos (dos recém-nascidos e dos possíveis futuros filhos) são enormes, pois, de acordo com a UNICEF (2001), os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à sua família, à criança e à sociedade em que estes estão inseridos variados problemas. A probabilidade de um maior abandono escolar, de desemprego, de menores qualificações e conseqüentemente empregos com salários mais baixos, condições habitacionais inadequadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as conseqüências socioeconómicas. Em termos familiares, existe um risco acrescido de abandono por parte do progenitor masculino e de ruptura da grávida com a sua família. Para a criança, o risco de sofrer abusos, ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições socioeconómicas inapropriadas e até de se tornar no futuro mãe/pai adolescente são também maiores. Para a mãe, numa perspectiva de saúde, acentua-se ainda o risco de desenvolvimento de depressão.

Como refere Sampaio (2002,p.27) “adolescência é a idade do amor e do risco”, é um período muito específico do ciclo de vida em que devem ser valorizadas as expectativas e conflitos interiores dos nossos jovens adolescentes o que se encontra patente nos seguintes discursos:

Pri¹ a 25 de Junho de 2010 às 16:14 horas escreveu

“Olá, eu tenho apenas 16 anos e eu e meu namorado estamos pensando em ter um filho. Ele já me pediu em casamento, mas teríamos que esperar mais um pouco. Esse filho iria fazer grande mudança nas nossas vidas, porque iria nos aproximar mais além do que já amamos um ao outro demais. O que vocês acham da ideia?”

¹<http://www.portalis.co.pt/gravidez-na-adolescencia/> consultado dia 14 de Maio de 2011

E **Sónia**² que em 2005 escreveu “o plano era perfeito: se tivéssemos um filho, ninguém poderia separar-me do Nico. Fiquei grávida para vingar-me dos meus pais”

A adolescência é caracterizada por um período de experimentação que é próprio e socialmente adaptativo, assumindo-se o comportamento explorador como uma função importante para o desenvolvimento dos adolescentes. Estes envolvem-se em actividades de risco, sendo que alguns desses comportamentos envolvem riscos demasiado elevados, com implicações ao nível da saúde e bem-estar. É importante chegar até estes jovens adolescentes, escutá-los e comunicar efectivamente, para que possam construir o seu projecto de vida mais de acordo com a sua fase de desenvolvimento, evitando comportamentos de risco desnecessários e com implicações negativas no seu futuro.

Fonseca (2008, p. 103) explica as implicações da gravidez na adolescência a nível físico ao dizer que:

“em termos físicos, porque ainda não foi atingido o pleno desenvolvimento e maturidade. O epitélio uterino, por exemplo, necessita de cerca de dois anos após a menarca para que se dê a impregnação hormonal e estrogénica. Os traumatismos, as infecções e o próprio PH do esperma podem agredir este epitélio ainda imaturo, aumentando a probabilidade de displasias cervicais e de carcinoma in situ em adulto jovem. Também o pico de massa óssea pode ficar prejudicado, já que parte do cálcio necessário à sua construção vai ser encaminhado para o feto.”

A autora descreve a existência de maior incidência de complicações médicas durante a gravidez na adolescência entre as quais se encontram: anemia, défices nutricionais, hipertensão arterial na gravidez, parto pré-termo, maior incidência de cesarianas electivas e maior mortalidade materna; assim como uma maior incidência de complicações neonatais: recém-nascido de baixo peso, recém-nascidos leves para a idade gestacional, maior mortalidade neonatal, maior risco de gravidez subsequente e maior incidência de depressão pós-parto.³

Fonseca (2008, p. 103) continua ainda elucidando as implicações da gravidez na adolescência a nível psicológico e social:

²<http://www.jornaldascaldas.com/index.php/2008/10/22/gravidez-na-adolescencia-uma-realidade/#n>, consultado em 25 de Junho de 2011

³ Acções de formação **Saúde da Criança e do Adolescente** (apontamentos). Prof. Doutora Helena Fonseca, UCF CHLN, 13 de Maio de 2011

“a nível psicossocial, a consequência mais grave reside no facto de a gravidez durante a adolescência significar uma interrupção no processo de desenvolvimento da adolescente. A impossibilidade de desfrutar desta fase única da vida através da vivência de experiências necessárias ao seu desenvolvimento, irá inevitavelmente reflectir-se de um modo negativo no desenvolvimento da adolescente.”

A autora alerta ainda para o frequente emergir de pais-avós que, pela necessidade de prestar cuidados ao bebé, dificultam o processo de autonomia e crescimento da mãe adolescente. Esta adolescente sofre também grandes perdas a nível social, geralmente com o abandono ou interrupção escolar e um início da vida profissional precário e mal remunerado, com a agravante de, por vezes, o jovem pai se desresponsabilizar e desinteressar em relação ao nascimento do filho.

Fonseca (2008) conclui que não é o desconhecimento sobre métodos contraceptivos que justifica a tão elevada taxa de gravidez na adolescência em Portugal. Simultaneamente à educação de massas que deve ser feita é imprescindível apostar numa intervenção individualizada, centrada nos jovens, que consiga ajudá-los, tendo em conta que a educação para a sexualidade passa sobretudo por uma relação afectiva.

Eftting, em 2011, afirma que existem cada vez mais adolescentes a serem mães e pais e que, para se conseguir diminuir a incidência destes casos, não chega falar sobre métodos contraceptivos. É necessário descobrir o porquê pois nem sempre a falta de informação é o motivo principal mas sim a ausência de um projecto de vida.

O Modelo *Sunrise* de Leininger projecta os seres humanos como sendo inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura ambiental que os rodeia; como tal para chegar a estes jovens adolescentes é necessário compreender os valores, normas e crenças pelas quais se orientam e direccionam os seus objectivos de vida.

Whaley e Wong (2006) dão várias directrizes para a entrevista em saúde com os adolescentes; ao entrevistá-los sem a presença dos pais proporciona-se privacidade e confidencialidade. Deve-se explicar o porquê das questões que se colocam, para que eles possam entender quais os motivos das mesmas. Ao demonstrar preocupação com a perspectiva do adolescente sobre as suas dificuldades ou situação, pode-se questioná-lo sobre as suas preocupações. Evitar opiniões, juízos de valor e censuras ajuda a manter a objectividade. Ao optar por perguntas abertas, tem-se a possibilidade de obter respostas mais ricas. No início da entrevista, deve-se optar por explorar os assuntos menos sensíveis, progredindo posteriormente para os mais sensíveis de forma a permitir que o

adolescente se sintam mais à vontade e fale mais abertamente. Sugere-se a utilização de linguagem apropriada para ambos os interlocutores. No final, deve-se rever com o adolescente se o que apreendeu corresponde à sua realidade.

Blayer (2010) defende ainda que:

“o enfermeiro (...) poderá dar um forte contributo aos adolescentes na educação para a sexualidade/afectos e na articulação da escola/serviços de saúde/família. Trabalhar com adolescentes é enriquecedor e gratificante quer a nível pessoal, quer do ponto de vista do profissional de enfermagem; por todas as especificidades desta etapa do ciclo da vida que é a Adolescência”.

Opperman e Cassandra (2001) referem que os factores que influenciam a incidência da gravidez na adolescência são múltiplos e estão relacionados com as condições sociais da família, as condições económicas dos adolescentes, os problemas de auto estima e um ambiente familiar disfuncional. A segurança emocional é muitas vezes procurada nas relações sexuais e um novo esquema de co-habitação com o namorado, ou a sua família, pode ser uma vantagem económica.

Para as adolescentes com dificuldades ao nível da auto estima, que se sentem desajustadas no seu grupo de pares, o relacionamento com o sexo oposto pode ser uma fuga. Quando a nível escolar existe desinteresse e ausência de aproveitamento, elas podem encarar a maternidade como uma passagem mais rápida para a idade adulta.

Neto (2004) explica ainda que um dos factores desencadeantes da gravidez na adolescência é o ser um período de transição, pelo qual passa o ser humano, carregado de transformações físicas e psíquicas, que facilitam uma instabilidade na estrutura da personalidade. Outro factor pertinente é a informação que orienta quanto aos cuidados sexuais, a qual deve fazer parte do contexto educacional a fim de se incorporar, cada vez mais, nos hábitos quotidianos da comunidade. Por outro lado é de importância crucial a consciencialização dos jovens quanto às questões emocionais e sociais que podem levar a uma gravidez desejada, como forma de encontrar identidade nesta fase do desenvolvimento, tão repleta de tribulações e conflitos mediante as sucessivas mudanças que ocorrem. Pode ainda transformar-se num projecto de vida, tentando substituir a falta de perspectivas profissionais e falta de vontade de prosseguir os estudos, transformando o futuro numa visão com poucas possibilidades de crescimento.

A habitual explicação da gravidez na adolescência relaciona-a como indesejada e resultante da iliteracia sexual das jovens. Dadoorian (2003) questiona esta posição

enfatizando a importância do significado individual da gravidez, que ocorre paralelamente ao desejo de ser mãe, bem como a noção de uma gravidez que ela apelida de “gravidez social” e que é influenciada por factores culturais, sociais e psicológicos, que distinguem o significado da maternidade em adolescentes de classes mais desfavorecidas.

As causas da gravidez na adolescência não estão exclusivamente relacionadas com a falta de informação sobre sexo e sexualidade, mas sim com a escolha de ter um filho, quer esteja esta relacionada com o teste à sua feminilidade através da confirmação da sua capacidade reprodutiva, comprovando que já é mulher e pode ser mãe, ou pelo desejo de ter um filho, que se venha a transformar num prolongamento de si própria. Pode ser considerado um ritual de passagem, uma mudança no estatuto de menina para mulher. A vivência de situações de carência afectiva e relacional com a família de origem pode provocar o desejo de engravidar na adolescente, situação que aparece como o objecto capaz de reparar esta carência, transformando o filho na fonte do seu afecto.

Debitar conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz para diminuir os números de gravidezes antes dos 19 anos. A não valorização da motivação da adolescente sobre a sua gravidez explica o fracasso relativo de projectos de prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência, visto que os desejos dessas adolescentes quanto à sua gravidez não são reflectidos. Os profissionais de saúde devem ir ao encontro das necessidades e anseios destes jovens adolescentes e ajudá-los a encontrar projectos de vida para que, a gravidez seja desejada mais tardiamente e noutra etapa do seu desenvolvimento biopsicológico (DADOORIAN, 2003).

Dadoorian (2003, p.85) defende ainda que “ao privilegiarmos o diálogo com as adolescentes sobre o seu estado, percebemos que essa gravidez foi desejada por elas, desempenhando, assim, um determinado papel na sua vida psíquica e social”.

Para Heavey (2008) existe a necessidade dos programas de planeamento familiar direccionados ao adolescente incluírem uma avaliação do desejo de engravidar. Os pares e a comunidade têm um impacto significativo na adolescência, os profissionais de saúde precisam averiguar o que os adolescentes sentem sobre a gravidez neste contexto. É importante considerar a estrutura social da comunidade e as normas familiares e agregar esta informação ao plano de cuidados. O desejo de gravidez na adolescência está associado ao *status* educacional e étnico. O enfermeiro deve desenvolver intervenções

culturalmente apropriadas, compreendendo as normas da comunidade e família. São passos essenciais para abordar esta questão, uma vez que os adolescentes identificados como desejando a gravidez devem receber intervenções adicionais. As soluções podem não ser tão simples como uma conversa directa sobre contracepção, estes adolescentes precisam ser identificados antes, para que os objectivos relacionados com gravidez na adolescência “*Healthy People 2010*” se possam tornar realidade. (HEAVEY, 2008).

A etnociência de Leininger refere-se ao estudo sistemático da forma de vida de um grupo cultural assinalado, de forma a obter um relato preciso do comportamento de uma comunidade ou população e da forma como esta compreende o universo (WELCH, 2004). Canavarro (2001, p.338) refere que a adolescência se caracteriza por um “movimento centrífugo em direcção à autonomia” explicando as variadas motivações que levam as adolescentes a engravidar, excluindo determinados contextos socioculturais: estar apaixonada, perspectivando apoio económico do namorado ou futuro marido; ter expectativa de mudança relacionada com uma vida não satisfatória tanto ao nível académico e profissional, como relacional, familiar ou pessoal. A nível relacional tem a expectativa de ganhar afecto e atenção da família e dos pares, assim como amor incondicional e segurança desejada; tentativa de autonomia e fuga a famílias disfuncionais idealizando o papel de esposa e mãe através de expectativas irrealistas. Para a autora os padrões culturais afectam a percepção e a expressão da intimidade sexual. Canavarro explica ainda que a família, os pais e até os pares são apontados pela literatura como “importante fonte de influência na socialização sexual dos adolescentes”.

Stanhope (1999, p. 489) defende que:

“a família tem uma influência preponderante no conceito individual de saúde e doença. É dentro da família que se desenvolve o sentimento pessoal de auto estima e de competência. (...)Os factores ambientais, sociais, culturais e económicos, bem como os recursos da comunidade para dar resposta as necessidades de saúde, influenciam os riscos e comportamentos de saúde familiares.”

Stanhope (1999, p.503) define família como “duas ou mais pessoas unidas por laços de proximidade emocional e partilha mútua”. Das funções familiares descritas por Stanhope fazem parte funções primordiais para o crescimento e desenvolvimento equilibrado dos nossos adolescentes tais como:

A função geradora de afecto, em que este é gerado entre o casal e também entre pais e filhos e restantes membros da família; a função proporcionadora de segurança e

aceitação pessoal, em que a família proporciona e possibilita a estabilidade que facilita o desenvolvimento dos membros por si próprios. A função proporcionadora de estabilidade e de socialização, em que a família serve de transmissora cultural de uma geração para a outra e prepara os membros da família para os seus lugares na hierarquia social; assim como a função proporcionadora de satisfação e de sentimentos de utilidade, para que os membros tenham o prazer de viver uns com os outros através de actividades que os satisfaçam. Ainda as funções asseguradora da continuidade das relações, em que as famílias proporcionam relações simpáticas, estimulantes e duradouras, e a impostora da autoridade e do sentimento do que é correcto.

Nas famílias vulneráveis, em que existem problemas de natureza socioeconómica, psicológica e até mesmo fisiológica, onde estas funções não são efectivadas, a adolescência, que já de si é uma fase de comportamentos de risco, decorre com mais sobressaltos e menos apoios, levando por vezes os jovens adolescentes a escolhas e decisões pouco informadas e pouco responsáveis.

1.2. O Cuidar em Enfermagem da Adolescente

Perante a realidade da gravidez desejada na adolescência, a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado, defendida por Madeleine Leininger, vem salientar a importância do cuidado cultural, permitindo identificar cuidados comuns às diferentes culturas e comunidades, assim como cuidados que são específicos de determinada cultura.

Ramos (2008, p. 2) explica que

“a cultura tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior. Os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política exercem influência sobre as nossas percepções. Como resultado disto, encontramos representações de saúde, de doença, crenças, práticas de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, os grupos culturais, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento”.

Leininger defende ainda que é necessário um novo tipo de prática em enfermagem, que reflecte diferentes práticas, culturalmente definidas, apropriadas para orientar o cuidar em Enfermagem para os indivíduos, famílias, grupos e instituições. Leininger pertence à escola do *caring* e a sua teoria está englobada no paradigma da transformação. Para

Leininger a cultura e o cuidar são os meios mais alargados e mais holísticos de compreender e conceptualizar a pessoa. Esta autora criou um modelo representativo da teoria e propõem acções para a prática de cuidados culturalmente congruentes e responsáveis. O paradigma da transformação perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. Trata-se de uma unidade global única, em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, que é o mundo que o rodeia. Este paradigma marca também um ponto fulcral na evolução da perspectiva da enfermagem, uma vez que a população torna-se agente da sua própria saúde, participando nela. O reconhecimento da parceria da pessoa, nos cuidados que lhe são prestados, permite-lhe a possibilidade de tomar decisões de saúde que lhe dizem respeito. Para Leininger os cuidados tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas e ambientais que devem ser explicadas para proporcionar cuidados de verdadeira natureza holística.

A identificação de comportamentos, crenças e práticas de cuidar populares e profissionais, universais ou não, é essencial para o avanço do corpo de conhecimentos de enfermagem e da qualidade dos cuidados em geral, rumo à excelência do cuidar.

Welch (2004, p. 568) defendendo Leininger menciona que

“o cuidar cultural é a mais vasta teoria de enfermagem holística, porque tem em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana ao longo do tempo, incluindo os factores de enquadramento social, a visão do mundo, a história e os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem e os padrões populares (genéricos) e profissionais.”

Assim, torna-se pertinente compreender estes adolescentes, inseridos nesta sociedade e numa determinada comunidade, que desejaram e planearam esta gravidez, clarificar os seus pensamentos e sentimentos para que se possa contribuir para a mudança de comportamento dos adolescentes, no sentido de prevenir uma gravidez intencional, direccionando a abordagem em educação em saúde ao encontro da realidade destes adolescentes.

A prática de cuidados de enfermagem tem assim que ser adequada à cultura e às necessidades individuais da pessoa, baseando-se em princípios humanistas e na preocupação de ajudar a atingir o maior nível de bem-estar possível.

Durante o processo de vigilância em planeamento familiar o enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança/ajuda com a adolescente e família, incitando-os a prosseguir no

crescimento pessoal e familiar, levando-os a encontrar o seu caminho e as respostas aos seus problemas e necessidades.

O enfermeiro deve prestar cuidados tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar dos adolescentes, demonstrando aceitação em relação aos medos, ansiedades, dúvidas e decisões, bem como disponibilidade para esclarecimentos sobre a situação de saúde.

Certas ocasiões fazem com que os enfermeiros tenham sentimentos justificados de impotência, pois à medida que trabalham em culturas e ambientes estranhos, com diferentes valores e diferentes expectativas do cuidar, podem surgir conflitos e tensões entre o prestador de cuidados e os adolescentes e famílias. A prática do cuidar culturalmente congruente contribui para precisar essa impotência, o que lhes permitirá identificar na adolescente e na sua família, as dimensões em que podem, de forma realista, oferecer uma ajuda profissional de qualidade.

O acto de ajudar impõe exigências que o enfermeiro, por ter escolhido uma profissão de ajuda, não pode subestimar. Estas exigências consistem em dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, e também dar da sua capacidade de escuta e compreensão, ou seja, dar um pouco de si próprio. Implica transmitir calor e respeito, assim como compreensão e aceitação do outro.

A relação de ajuda visa dar à adolescente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar e o que pretende mudar. Ajudar em enfermagem significa que o enfermeiro deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que a adolescente é a única detentora dos recursos básicos para resolver a sua situação de saúde. Logo, o papel do enfermeiro é de facilitador, de forma a permitir aos adolescentes e família a descoberta ou o reconhecimento dos seus recursos pessoais. O enfermeiro não toma decisões pela adolescente e deve ter a capacidade de escutar, clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente, tanto no que lhe diz respeito, como no que se refere aos outros. Deve também respeitar-se e respeitar os outros, ser congruente em relação a si próprio e em relação aos outros, ser empático consigo e com os outros e ainda ter a capacidade de se confrontar consigo próprio e com os outros (LAZURE, 1994).

Para Hesbeen (2000) cuidar é complexo, é uma arte e também um valor. O princípio do pensamento complexo é que um sistema vivo deve, ao mesmo tempo, ser abordado de forma global, sem ignorar os elementos que o compõem e sobretudo sem negligenciar as múltiplas interacções que se produzem constantemente entre esses vários elementos.

Cuidar é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser e de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular. Hesbeen (2000) verifica e lamenta os desvios do actual sistema de cuidados que apenas dá um lugar secundário ao ser humano enquanto sujeito singular ou corpo que a pessoa é, porque um valor deve ser acessível a toda a gente e, porque o conceito de cuidar é aberto, deve dar espaço de liberdade para a reflexão e para a acção. Este autor defende ainda que o desempenho dos que cuidam implica uma atitude que permite caminhar com. Tal atitude provém de duas etapas indissociáveis e complementares. Em primeiro lugar a do encontro e em segundo, a da caminhada, do acompanhamento, do percurso feito em comum. A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se assim num encontro entre a pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam. Isto significa que cuidar, numa perspectiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde.

O encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado persegue o objectivo de conseguir que esse encontro tenha como resultado a criação de laços de confiança fundados no respeito pela pessoa, e, que permitam caminhar com ela.

Assim o processo de cuidar em enfermagem tem como objectivo a excelência, tendo em consideração que a qualidade é um *continuum* que medeia a mediocridade e a referida excelência. Logo a qualidade constitui uma linha em permanente evolução.

Chalifour (2008, p.49) esclarece que “ao longo do seu desenvolvimento, a pessoa adquire progressivamente uma percepção subjectiva de si própria e do ambiente, que terá um efeito determinante sobre as suas motivações e os seus comportamentos”.

O autor afirma ainda a unicidade da pessoa humana. Ele confirma que todos os humanos têm características comuns e características particulares que partilham com grupos restritos tais como as características físicas e psicológicas no plano biológico, assim como no plano cultural e religioso já se fala em gostos e costumes, crenças e valores. Como tal e para chegar até estas adolescentes e prestar cuidados de qualidade rumo à excelência, o EESMO tem que estabelecer com elas uma relação de confiança.

Perante a realidade de uma gravidez desejada na adolescência e pensando também no respeito pela questão da tomada de decisão das jovens adolescentes em engravidar, sentiu-se necessidade de abordar algumas questões eticamente relacionadas. Savater (1999) citado por Ordem dos Enfermeiros (2005) refere que a dignidade humana tem

quatro grandes implicações. Em primeiro lugar, implica a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros, o que nos leva à segunda implicação: o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida e as próprias normas de excelência (sem outros limites, a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia, ou o confronto da esfera de liberdade de cada um com os outros, uma vez que “a minha liberdade termina onde começa a dos outros”). Em terceiro lugar a dignidade humana implica o reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e não segundo os factores aleatórios que não são essenciais à sua humanidade. A este propósito pode-se referenciar etnia, classe social, poder económico, entre outras. Em último lugar implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos seres humanos quer seja físico, psicológico ou com outra origem.

Os princípios da liberdade e da dignidade humanas prendem-se com a autonomia enquanto capacidade da pessoa para se orientar por leis próprias, agindo a partir de si e fazendo com que os princípios da sua conduta se firmem no próprio sujeito. A autonomia é a liberdade de fazer as escolhas relativamente ao que influi na vida de cada um e está intimamente ligada à noção de respeito e dignidade da pessoa humana. O princípio do respeito pela autonomia refere-se à liberdade de acção com que cada pessoa realiza as suas escolhas, significa o reconhecer de que cada pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar e decidir por si própria. É por isso que a informação deve anteceder as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas, e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões. É o direito à autodeterminação, ou seja, à capacidade e à autonomia que as próprias pessoas têm para decidir sobre si, tendo em conta que a sua liberdade de decisão não implique com a liberdade do outro. Ao tomar a decisão de engravidar as adolescentes podem estar a modificar a sua vida, a de quem as rodeia e lhes dá suporte.

Ao compreender os adolescentes, conhecendo as suas crenças e valores, cultura e ambiente em que estão inseridos, podemos respeitar a sua autonomia e as suas escolhas depois de lhes fornecer as ferramentas, para que as exerçam de forma livre e esclarecida; talvez as suas escolhas se tornem diferentes e se transformem de uma gravidez desejada numa fase precoce na sua vida, para um outro objectivo para que possam ter as mesmas oportunidades de outros adolescentes.

De acordo com o princípio da justiça refere-se que justiça é descrita como igualdade de oportunidade para todos (a justiça universal) e igualdade de resultados para os grupos (a equidade). Dar a cada um o que lhe é devido, ou seja, fornecer cuidados de acordo com a necessidade individual de cada um, é muito diferente de dar a todos o mesmo. Isto consegue-se compreendendo o grupo que estamos a cuidar e percebendo a individualidade de cada elemento do mesmo.

É importante lembrar que o princípio da fidelidade se relaciona com a verdade, autenticidade, honestidade e sinceridade (falsidade é desrespeito à pessoa humana e desonra). Relaciona-se também directamente com o respeito pela autonomia dos seres humanos que têm o direito à verdade, à privacidade e a receber cuidados que desejem (após consentimento livre e esclarecido).

É uma responsabilidade do EESMO acompanhar as adolescentes no seu percurso de decisão livre e esclarecida, em engravidar, respeitando os princípios éticos da autonomia, da justiça e da fidelidade.

Nesta perspectiva perpetuam-se em Portugal fortes desigualdades sociais pois talvez estas decisões tomadas pelas adolescentes não sejam devidamente esclarecidas. Devemos conhecer toda a realidade cultural do indivíduo e do grupo em que se insere, conforme defende Leininger, para poder direccionar a educação em saúde para estas adolescentes.

1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia afirma-se hoje na nossa sociedade, no contexto europeu e internacional como uma das áreas de intervenção de excelência no que respeita aos cuidados de enfermagem, sendo reconhecida pelas diferentes associações e organizações mundiais, tais como a OMS. A Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresenta-se com um potencial de intervenção, quer no acompanhamento e aconselhamento, bem como na orientação dos futuros pais e família, concorrendo para a sua actuação vários saberes.

Visando contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à mulher, recém-nascido e família e atendendo à diversidade dos tipos de família, à multiculturalidade e à

globalização, o EESMO possui competência científica, técnica, humana e cultural na área da especialidade, que lhe permitem actuar de forma responsável nas intervenções de carácter autónomo e interdependente, influenciando positivamente os indicadores de saúde do país. Para tal foi elaborado um regulamento que foi publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 (Regulamento n.º 127/2011).

Das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica regulamentadas, emergem ao cuidar dos adolescentes em risco de gravidez planeada as seguintes:

- O enfermeiro cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.
- O enfermeiro cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

A *ICM* (1999) refere que a prática da enfermagem de saúde materna e obstetrícia inclui o cuidado autónomo da adolescente e da mulher antes, durante e depois da gravidez. Este definiu como competências do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, entre outras:

- Ter o conhecimento e as habilitações necessárias em Educação para a Saúde e Cuidados de Saúde Primários para prestar cuidados adequados à mulher, família e recém-nascido. De entre os conhecimentos e perícias básicos necessários incluem conhecer as causas directas e indirectas da mortalidade e da morbilidade materna e neonatal e conhecer os riscos e os benefícios dos tipos de parto disponíveis para uma dada comunidade.
- Fornecer cuidados de alta qualidade, educação para a saúde e serviços para toda a comunidade, sendo sensíveis à cultura dos indivíduos e comunidade, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da parentalidade. De entre os conhecimentos e perícias básicos necessários incluem usar técnicas de aconselhamento de forma apropriada.

Em conformidade com Leininger (2001) fornecer cuidados culturalmente congruentes é o

que satisfaz as adolescentes e famílias que consideram receber cuidados de saúde de qualidade.

Ao EESMO a trabalhar em CSP destacam-se entre outras acções:

- ✓ Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal;
- ✓ Diagnosticar e monitorizar a gravidez;
- ✓ Identificar infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso;
- ✓ Diagnosticar e monitorizar o estado de saúde das mulheres em idade fértil;
- ✓ Identificar necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva;
- ✓ Identificar as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico;
- ✓ Advogar e promove estratégias de *empowerment* para as mulheres em idade fértil;
- ✓ Fornecer cuidados de alta qualidade, educação para a saúde e serviços para todos na comunidade, sendo sensíveis à cultura de indivíduos e comunidade, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas e responsáveis da parentalidade.

Entre diversos conhecimentos básicos e perícias necessários para desenvolver estas competências é necessário conhecer e usar apropriadamente técnicas de intervenção e aconselhamento na área da saúde sexual e reprodutiva, que levem a uma educação em saúde, a uma escolha informada e uma parentalidade saudável.

1.3.1. Educação em Saúde

Entende-se por Educação em Saúde toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença, que produzem mudanças no conhecimento e compreensão, assim como nas formas de pensar. Pode influenciar ou esclarecer valores, pode proporcionar mudanças de crenças e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências e pode, ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Esta definição envolve muitos dos factores que influenciam a tomada de decisão. Para além da transmissão de conhecimento é necessário um conjunto de apoios para a mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores

individuais. (CARVALHO, 2006).

Parece então óbvio que a educação em saúde é essencial na prática de todos os profissionais de saúde e uma competência a fortalecer no EESMO. Uma das questões que se levanta é de que forma a educação em saúde pode contribuir para a escolha destas jovens adolescentes de um projecto de vida diferente e mais saudável. Educação em Saúde deve habilitar as pessoas, fazer despontar consciência crítica, levá-las a consciencializar factores que possam prejudicar a saúde (CARVALHO, 2006).

Educação e saúde exigem uma visão holística, reunindo uma abordagem global e particular da pessoa, nas suas muitas dimensões e em constante interacção com o meio envolvente. Como tal, educação em saúde, é um processo holístico uma vez que procura desenvolver os processos internos que permitam ao indivíduo adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças que são influenciadas pela comunidade onde se insere (CARVALHO, 2006).

Segundo a OMS (2000) os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde que mais contacta com os Cuidados de Saúde Primários, devendo ser olhados como a chave para uma mudança estratégica em Educação em Saúde.

Carvalho (2006) considera a enfermagem comunitária como um serviço que se encontra centrado nas famílias, que procura trabalhar com as famílias em conjunto, incentivando-as a desempenhar as suas funções e a desenvolver estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, encorajando a independência das decisões.

Na competência H1 do Regulamento n.º 127/2011, está descrita uma das importantes intervenções do EESMO, cuidar a mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade. Os EESMO devem trabalhar em complementaridade com outros profissionais de saúde, organizações e parceiros comunitários, em associação com os utentes/famílias/grupos para que adequem cuidados de saúde necessários. Devem também realizar programas, com orientações estratégicas e actualizar os seus conhecimentos, para desenvolver competências e atitudes para ir ao encontro das prioridades em Cuidados de Saúde Primários e às necessidades dos utentes. Para prestar cuidados de excelência em Cuidados de Saúde Primários o EESMO deve

envolver a pessoa, a família e a comunidade na equipa multiprofissional, estabelecendo uma relação de confiança, para um cuidar culturalmente sensível e congruente.

Segundo Welch (2004, p.570)

“Leininger afirmou que o objectivo da teoria do cuidar é o prestar um cuidar culturalmente congruente. Ela acredita que as enfermeiras devem trabalhar no sentido de explicar a utilização e os significados do cuidar, de modo a que o cuidar, os valores, as crenças e os modos de vida da cultura, possam constituir bases exactas e seguras para planear e implementar eficazmente o cuidar próprio da cultura e identificar quaisquer aspectos universais ou comuns acerca do cuidar. Defende que as enfermeiras não podem separar as visões do mundo, o enquadramento social e as crenças culturais (populares e profissionais) da saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidar quando trabalham com as culturas porque estes factores estão intimamente ligados”.

Assim deve-se compreender as vivências destas adolescentes a todos os níveis bio, psico, sociocultural para um cuidar culturalmente congruente, de forma a “chegar até elas” e realizar educação em saúde de acordo com suas necessidades e aspirações. Sempre que necessário devem envolver-se os pais e as famílias das adolescentes pois a sua história familiar é, por vezes, um importante contributo para a compreensão deste fenómeno. É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos da equipa multidisciplinar de saúde devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante as actividades de prestação de cuidados, na satisfação das suas necessidades de saúde, assim como nos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar (CARVALHO, 2006).

Os contínuos avanços na prática e na qualidade dos cuidados prestados requerem semelhantes avanços na qualidade e na relevância da educação em saúde. Numa altura em que as nossas adolescentes, apesar de toda a informação tanto nos meios de comunicação, como por parte dos profissionais de saúde, mantêm como projecto imediato de vida uma gravidez, devem ser abordadas através de um ensino estruturado (que deve ser iniciado na infância), acerca das implicações de uma gravidez nesta fase da sua vida, tanto na vida futura da mãe como do bebé, quer na vida do pai como da restante família, tentando que sejam fornecidos dados para que as jovens e os casais possam fazer uma opção totalmente informada. Programas estruturados que promovem comportamentos saudáveis na sexualidade dos adolescentes devem ser implementados.

Dentro dos diferentes programas, aqueles que parecem mais adequados são os que se enquadram nos modelos críticos e participativos, ou seja, modelos que envolvem, sobretudo, a interação dialéctica entre as pessoas e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência social e promovendo a participação do indivíduo e do grupo: a educação não se faz para os indivíduos mas com os indivíduos.

McBride (2000) concluiu que utentes de elevado risco necessitam possivelmente de muito mais tempo de intervenção e que esta deverá ser mais completa do que os programas geralmente proporcionam. Defendeu ainda que com a realização de desenhos de avaliação rigorosa é possível analisar continuamente e de forma a alterar os programas, maximizando os seus resultados.

Devemos ainda acrescentar á preocupação de mudança social da Educação em Saúde, o ajudar as pessoas a desenvolver competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde (CARVALHO, 2006).

O modelo de *empowerment* caracteriza-se pelas decisões voluntárias e conscientes, enfatizando a compreensão em relação à componente do conhecimento, complementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar as utentes antes de se encontrarem na posição de fazer uma escolha voluntária e livre.

Segundo Lash citado por Carvalho (2006, p.41)

“ao desenvolver um programa e ao actuar como educadores em saúde devemos desenvolver as competências de:

- ✓ “Escutar os indivíduos e identificar as suas convicções sobre saúde, estabelecendo uma relação de ajuda, desenvolvendo interesse e entusiasmo pelo seu bem-estar;
- ✓ Participar com as utentes na aprendizagem na tomada de decisões ajudando a clarificar as escolhas à disposição das pessoas;
- ✓ Aperfeiçoar capacidades de comunicação e aconselhamento;
- ✓ Conceder autoridade a si próprio e às utentes tendo em conta as influências sociais e os obstáculos à saúde;
- ✓ Levar as utentes a responderem e a adaptarem-se aos desafios e obstáculos que encontrem”

PARTE II - METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

Só através da investigação científica conseguimos estabelecer uma ponte entre a disciplina de enfermagem como campo de conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção (FORTIN, 2009). Para tal é necessário método, rigor, e coerência, não esquecendo a pertinência do estudo efectuado para a qualidade dos cuidados, no caminho da excelência.

“A prática profissional pertence ao mundo empírico. A relação de dependência entre a investigação, a teoria e a prática explica-se pelo facto de que a investigação reúne a disciplina como campo de conhecimentos, a teoria como campo de organização de conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção e de investigação.” (FORTIN, 2009, p.15).

Caminhando lado a lado a prática e a teoria tornam um campo de saberes mais forte para a melhoria da qualidade de cuidados.

“A finalidade visada por qualquer profissão é melhorar a prática dos seus membros de maneira a fornecer serviços de qualidade à sociedade” (FORTIN, 2009, p.17).

2.1. Tipo de estudo

Tendo por base os objectivos deste estudo e de forma a aprofundar a problemática para responder à questão de partida, surge como mais adequado um estudo descritivo simples de abordagem qualitativa.

Este tipo de estudo insere-se nas metodologias qualitativas, que têm em comum o estudo e a compreensão da vida quotidiana das pessoas, partindo sempre do ponto de vista dos sujeitos do estudo.

Craig e Rosalind em 2004 (p.159) defendem que

“a finalidade da abordagem qualitativa é produzir uma compreensão do mundo social que é desenvolvido nos diferentes contextos. Centra-se nos significados, experiências e práticas daqueles que estão a ser investigados. É uma investigação indutiva que procura compreender os fenómenos sociais no seu próprio contexto, incorporando muitas perspectivas diferentes, de forma a proporcionar uma perspectiva holística”

Para Fortin (2009,p. 236) o estudo descritivo enquadra-se no desenho de investigação

não experimental e desenvolve-se em meio natural; o desenho serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população. "O investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população (...), de compreender fenómenos ainda mal elucidados (...) ou conceitos que foram pouco estudados."

É um estudo descritivo simples quando segundo Fortin (2009, p. 237) "implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população." A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem. Existem diferentes abordagens no âmbito deste tipo de investigação, mas a maioria tem o mesmo objectivo que é compreender a realidade social das pessoas, grupos e culturas. Os investigadores usam as abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas em estudo. A investigação qualitativa baseia-se na abordagem interpretativa da realidade observada, pelo que não alterar o contexto natural dos fenómenos estudados é uma característica primordial. Leininger considera ser esta a melhor metodologia para compreender a totalidade das experiências de vida das pessoas, atendendo ao contexto onde ocorrem. Também é adequada à descrição e compreensão das experiências humanas, tal como elas surgem à consciência, através da ênfase colocada na análise das experiências por aqueles que as viveram, permitindo-nos olhar o mundo através dos olhos de quem vive a experiência. Os investigadores que utilizam a abordagem fenomenológica tentam assim compreender o significado que os acontecimentos e interacções têm para as pessoas em determinadas situações. Esta compreensão relaciona-se com a empatia e a intencionalidade e, por isso, um dos elementos chave da metodologia qualitativa é a visão *émic* ou seja uma visão das coisas por dentro.

Segundo Streubert (2002, p. 19)

"todo o investigador afecta, de alguma forma, os participantes no estudo. Qualquer nova experiência muda o modo como as pessoas agem ou pensam. O factor que faz a diferença na investigação é a tentativa séria de procurar a perspectiva *émic*, ou seja, a perspectiva interior do participante."

Foi utilizado o mundo subjectivo individual com o objectivo de compreender como e qual o significado que as pessoas constroem para o que experienciam. Compreender questões, explicitando a essência das experiências e compreender o comportamento humano a partir do quadro de referências do próprio participante, insere-se no âmbito da abordagem.

Assim um estudo descritivo simples (FORTIN, 2009), em que a análise dos resultados é feita através de uma descrição com análise temática de conteúdo, segundo Bardin (2009), parece ser o mais adequado para compreender que factores levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho, ao contrário do recomendado pela OMS.

Referenciando Leininger (2001) é possível afirmar ainda que, apenas através do relato das vivências e dos sentimentos das adolescentes, perante este fenómeno, o conseguimos compreender. Este método consiste em descrever ou explicar experiências na linguagem da experiência, ou seja, tenta descrever e compreender as experiências humanas conforme surgem ao conhecimento.

Importa ter em conta não só a situação vivenciada pela pessoa mas também a forma como foi experienciada e interpretada por esta, dado que existe uma relação dialéctica entre a pessoa e o mundo.

O estudo desenvolve-se segundo uma abordagem qualitativa, descritiva e interpretativa, utilizando como instrumento de recolha de dados a entrevista semidirigida e o recurso à técnica de análise de conteúdo para tratamento do material narrativo.

“O investigador recorre à entrevista semidirigida nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema (...) quando quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes.” (FORTIN, 2009, p.376).

2.2. Participantes

Em investigação qualitativa os indivíduos em estudo são designados por participantes (em vez de sujeitos), por se considerar que não se age sobre as pessoas que tomam parte da investigação mas que estas são activas no estudo, permitindo-nos obter a melhor percepção das suas vidas e das suas interacções sociais (STREUBERT, 2002). Os indivíduos são seleccionados para participar de acordo com a sua vivência e experiência

de vida.

Para Fortin (2009, p.311)

“uma população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) A população, que é objecto do estudo, é chamada de “população alvo”.

A “população alvo” é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

A população alvo são grávidas adolescentes com gravidez desejada e/ou planeada. O que importa nos estudos qualitativos é a riqueza da informação obtida. Assim, a população acessível, permite obter uma informação rica, que possibilite a compreensão do fenómeno em estudo.

Para tal, foram definidos como critérios de inclusão todas as adolescentes que se encontrem grávidas e que verbalizem que esta gravidez foi intencional, ou seja, foi planeada ou desejada antecipadamente. Decidiu-se, ao seleccionar esta população, incluir estes factores para que se possa conhecer motivos doutra natureza, e que não emergiram da revisão da literatura.

O número de participantes do estudo foi determinado pelo número total de grávidas adolescentes, com critérios de inclusão, entrevistadas no período compreendido nos meses de Agosto e Setembro de 2011. Das 18 grávidas inscritas na Consulta de Saúde Materna, neste período de tempo, 5 eram grávidas adolescentes que verbalizaram ter desejado/ planeado esta gravidez.

Fortin (2009) refere-nos que o número de participantes geralmente é pequeno. O número de participantes é geralmente determinado pela saturação dos dados, ou seja, uma situação em que estes já não trazem novas informações em relação ao fenómeno em estudo.

“A saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos” (MORSE, 1989, citado por STREUBERT, 2002, p. 26).

Segundo Fortin (2009) em estudos qualitativos também se deve evitar uma amostra grande pois isso gera um amontoado de dados bastante difícil de analisar, o que se pretende evitar.

Foram efectuadas cinco entrevistas, que decorreram nos meses de Agosto e Setembro de 2011, na UCSP Benfica.

As idades das participantes do estudo variam entre os 17 e os 19 anos. No que diz respeito a habilitações literárias, uma não concluiu o 1º ciclo, duas concluíram o 2º ciclo, uma concluiu o 3º ciclo e apenas uma concluiu o ensino secundário. Das cinco, quatro são domésticas, tendo trabalhado por curtos períodos de tempo e em situações precárias e uma é caixa de supermercado.

Em relação aos companheiros, dos cinco, três têm emprego não qualificado, mas ordenado que lhes garante a independência económica da família.

Habitam todas em meio urbano, sendo que três habitam em bairro social. Duas vivem com o companheiro, sem depender da família e em família nuclear, duas vivem em família alargada e uma em família reconstruída.

Todas as participantes têm, na sua história familiar, mães que foram grávidas adolescentes. Duas têm histórias de conflitos familiares e divórcio por parte dos pais e/ou irmãos.

Em relação ao índice obstétrico apenas uma nunca tinha estado grávida, duas já com abortos anteriores, e duas com um filho (quando ambas tinham 16 anos).

Na história obstétrica de duas das entrevistadas existe um parto distócico de cesariana e um parto pré-termo, com um recém-nascido de baixo peso e leve para a idade gestacional.

Fonseca (2008) mencionou a existência de maior incidência de complicações médicas durante a gravidez e parto na adolescência. Entre as participantes neste estudo também se verificaram algumas das complicações gravídicas referidas pela autora.

2.3. Instrumento de colheita de dados

Fortin (2009) refere que, quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como nos estudos descritivos simples, o investigador visa acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. A entrevista é utilizada para esse fim, sendo um modo particular de comunicação verbal estabelecido entre a investigadora e as participantes, com o objectivo de colher dados relativos à questão de investigação.

Escolheu utilizar a entrevista como instrumento de colheita de dados por esta permitir compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva das participantes.

Optou pela entrevista semidirigida, pois possibilita maior amplitude de obtenção de respostas, formulando questões a partir de temas previamente estabelecidos. Como refere Fortin (2009, p.377) “neste tipo de entrevista, o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriado”(...)“A entrevista semidirigida fornece ao respondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado. O objectivo é compreender o ponto de vista do respondente.”

Foi elaborado um guião de entrevista com as grandes linhas de temas a explorar, com questões na sua maioria abertas (Apêndice III).” O guião da entrevista facilita a comunicação apresentando de forma lógica as questões que tocam os diferentes aspectos do tema” (FORTIN, 2009, p.379).

As entrevistas foram conduzidas face a face e gravadas de forma a poder ser realizada a posterior transcrição. Na relação com as participantes deve-se estabelecer uma relação de confiança com as adolescentes a entrevistar, para a situação se tornar facilitadora na colheita de dados.

Também no sentido de facilitar a partilha da informação pelos participantes as entrevistas foram realizadas na data e no local à escolha das próprias, pois quanto mais confortável está cada participante, mais facilmente fornece a informação procurada, conforme defendido por Streubert (2002).

Todas as entrevistas se iniciaram com a apresentação e o convite à participação no estudo. Foi explicado às participantes que o que se pretende é identificar os motivos que as levaram a planear esta gravidez e que em qualquer altura podiam desistir de participar nesta investigação.

2.4.Tratamento de dados

A análise dos dados é o cerne de toda a investigação e reveste-se de grande complexidade.

Fortin (2009, p.379) explica que

“para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. Ordenam-se os acontecimentos por categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo

investigador.”

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se respeitando três pólos cronológicos como aconselha Bardin (2009, p. 121) que são:

“a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

A pré-análise é caracterizada por ser uma “fase de organização propriamente dita”. Foi necessário passar por um período de intuição, cujo objectivo foi operacionalizar as ideias iniciais e encaminhar para um esquema concreto do desenvolvimento das sucessivas operações num “plano de análise”. Nesse momento realizou-se uma audição das entrevistas gravadas, a sua transcrição integral e uma “leitura flutuante”, para retirar as ideias principais (BARDIN, 2009).

A exploração do material consiste na “aplicação sistemática das decisões tomadas essencialmente em operações de codificação, de decomposição ou enumeração” (BARDIN, 2009, p. 127), de acordo com regras traçadas previamente. Assim a análise e interpretação da informação obtida foi auxiliada pela codificação das entrevistas. Cada entrevista foi codificada com uma letra de A a E, a cada subcategoria foi dado um código de acordo com o seu nome (por exemplo à subcategoria *necessidade de afecto* corresponde o código NA) e a cada unidade de significação foi dado um número de ordem (1, 2, 3...) conforme surgiam em cada entrevista. Desta forma, por exemplo, o código NA 2 A diz respeito à segunda vez que a unidade de significação *necessidade de afecto* emerge da entrevistada codificada como A.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação pretende-se que os resultados brutos sejam organizados de forma a retirar o significado ou expressividade. Para isso foi analisada e codificada minuciosamente a informação das entrevistas e construídos quadros que permitiram agrupar a informação por categorias e unidades de significação.

Segundo Bardin (2009, p. 145),

“a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (Categorias

temáticas) ”.

O critério de categorização usado foi o semântico (categorias temáticas). A categorização teve como primeiro objectivo, assim como a análise documental, fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos. Foram tidas em conta as qualidades que as categorias terminais devem possuir: exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objectividade e fidelidade (BARDIN,2009).

Assim, para a análise da informação, partiu-se de categorias que foram pré-definidas e que remetem para as perguntas da entrevista, recortando no texto da informação unidades de significação que permitem identificar alguns factores que levaram estas jovens ao desejo e escolha de uma gravidez na adolescência, nesta fase do seu ciclo de vida; compreender a sua percepção sobre gravidez, parto e período depois do nascimento do bebé, bem como quais são as expectativas e se existe consciencialização da implicação da gravidez e da maternidade no seu projecto de vida.

2.5. Ética na Investigação

Foi solicitada autorização ao ACES Lisboa Norte para a realização das entrevistas às adolescentes grávidas e seus companheiros seguidos em consulta. Com o pedido foi entregue uma cópia do projecto de investigação onde constava entre outros, o tema do estudo, os objectivos da realização das entrevistas, assim como o guião das entrevistas às adolescentes. A autorização foi concedida, o despacho encontra-se em apêndice VIII. Foram contemplados os Princípios Éticos para a realização das entrevistas, tais como o consentimento livre e esclarecido, tendo todas as participantes concordado verbal e inequivocamente com a participação no estudo, depois de a informação lhes ter sido dada.

Conforme defende Fortin (2009) as participantes no estudo foram informadas de que as suas respostas eram confidenciais e anónimas e que só seriam utilizadas neste âmbito, podendo elas desistir de participar a qualquer momento, respeitando assim o princípio da Confidencialidade e Anonimato das informações pessoais e do respeito pela vida privada. Em Apêndice IV e V estão os consentimentos informados de participação no estudo.

No caso das adolescentes menores de 16 anos foi também contactado o responsável legal e foi-lhe solicitada autorização, respeitando os Princípios Éticos do consentimento

informado. Para a realização da entrevista à menor foi tido também em conta o princípio do respeito pelos grupos vulneráveis. No apêndice VI e VII encontram-se as declarações de autorização das participantes no estudo (ou dos representantes legais no caso de adolescentes menores de 16 anos).

Após estes procedimentos e uma pequena conversa informal com cada participante, foi solicitada autorização para colocar as questões que integram o guião.

A validade neste estudo é fundamentada na transparência do processo e na autenticidade dos factos demonstrados. Foi feita uma descrição tão exaustiva quanto possível de todos os dados colhidos assim como de todo o percurso efectuado, de forma a respeitar a narração simples dos factos.

2.6. Limitações do Estudo

Não obstante a preocupação permanente de, no desenvolvimento do estudo, assegurar o máximo rigor metodológico, acredita-se que algumas limitações persistiram pelo que é importante referenciá-las:

- O não consentimento de realização da gravação de uma das entrevistas, porque a jovem adolescente sentia muitos receios, inclusivamente de que a gravação fosse usada para outros fins (tinha-lhe sido retirada a filha pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco), com o risco de esquecimento de alguns pormenores importantes da conversa.
- Foi realizada uma segunda entrevista E de forma mais informal (sem gravação e no decorrer de uma consulta de saúde materna), para esclarecer alguns pontos do guião e enriquecer a entrevista, uma vez que com as respostas obtidas anteriormente, poderia levar a uma segunda interpretação do conteúdo da mesma.
- A duração das entrevistas foi entre trinta minutos e uma hora e trinta minutos não devendo prolongar-se mais, com o risco de ser saturante para a participante. Por esse motivo foi necessário realizar uma das entrevistas em duas datas diferentes, com o acordo da participante, para que ficassem esclarecidos todos os pontos identificados no guião.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Seguidamente realizou-se a análise e discussão dos resultados obtidos através da análise simples de conteúdo das entrevistas semidirigidas realizadas a todas as adolescentes que se encontravam grávidas e que verbalizaram ser uma gravidez desejada e/ou planeada, no ACES Lisboa Norte, na UCSP de Benfica, durante os meses de Agosto e Setembro de 2011 (5 participantes).

As categorias e subcategorias temáticas apresentadas no Quadro 1 foram construídas de acordo com os vários autores consultados, com o enquadramento teórico efectuado e com os achados nas entrevistas das nossas participantes.

Quadro 1: **Categorias e Subcategorias Temáticas**

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias / Unidades de Contexto</i>
Aspectos Psicológicos	Necessidade de afecto
	Baixa auto estima
	Vivências negativas
Aspectos Culturais	Ritual de passagem à vida adulta
	Aceitação
Aspectos Sociais	Bebé como objectivo de vida
	História familiar de gravidez precoce
	Nível socioeconómico
Aspectos Éticos	Autonomia
	Justiça
	Fidelidade
Educação em Saúde	Consultas de planeamento familiar
	Educação para a sexualidade na escola

Foram construídas tabelas com as unidades de significação/ unidades de registo, relativamente a cada uma das categorias e subcategorias / unidades de contexto. Segue-se a análise dos resultados sobre os factores que levam as jovens a planearem e / ou desejarem uma gravidez na adolescência:

Quadro 2 - Categoria ASPECTOS PSICOLÓGICOS, suas subcategorias e unidades de significação

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo
Necessidade de afecto	<ul style="list-style-type: none"> • “o meu homem(...) é muito bom para mim ” (NA 1 A) • “o meu homem é muito bom ” (NA2 A) • “o meu homem vai ser muito bom para nós” (NA 3 A) • “adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida” (NA 1 B) • “gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (NA 1 C) • “o pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz! (sorriso rasgado). Nas relações até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto (sorriso envergonhado) ... já não tínhamos há duas semanas!...” (NA 2 C) • “não queria que a minha filha ficasse sozinha...” (NA 1 D)
Baixa auto estima	<ul style="list-style-type: none"> • “eu sei ler e escrever mal... só fiz a terceira classe ” (AE1 A) • “sofri muito, o meu ex. marido batia-me muito ” (AE 2 A) • “sou boa mãe.” (AE 3 A) • “eu sou uma boa mãe ”(AE 4 A) • “adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida” (AE 1 B) • “o pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz! (sorriso rasgado). (AE 1 C) • “não sei” (resposta a porque desejou esta gravidez e que motivos a levaram a engravidar) (AE 1 E)
Vivências negativas	<ul style="list-style-type: none"> • “sofri muito (...) mesmo quando estava grávida” (VN 1 A) • “e graças a ele vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição... eu fugi, ainda sou de menor...” (VN 2 A) • “a minha filha já tinha muitos problemas; já estava muito pequenina dentro da barriga... (lágrimas) ... foi muito difícil ” (VN 3 A) • “o parto da minha filha foi cesariana aos 7 meses pois eu caí de uma escada e íamos morrendo as duas...” (VN 4 A) • “ até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto” (VN 1 C) • “ eu sou filha única e é muito triste ...” (VN 1 D) • “o meu pai agora está contente pois gosta muito do meu companheiro. Na primeira gravidez foi muito difícil até a neta nascer, (...) foi muito difícil.” (VN 2 D)

No Quadro 2 podemos vislumbrar que todas as entrevistadas mostraram diferentes tipos de necessidade de afecto, necessidade manifestada tanto através da necessidade em dar como em receber esse mesmo afecto. Expressões como “o meu homem vai ser muito bom para nós” (NA 3 A) e “Gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (NA 1 C) são indicativas dessa necessidade materializada numa criança.

As participantes transferiram para o filho a sua própria necessidade de afecto, transformando o bebé num prolongamento de si próprias.

A necessidade desse afecto in *extremis* revela-se como medo da solidão proferido por uma das nossas entrevistadas através da frase “Não queria que a minha filha ficasse sozinha...” (NA 1 D).

Estes achados estão de acordo com Dadoorian (2003) quando defende que

“as adolescentes vivenciam uma grande solidão agravada pela carência de afeto de seu meio familiar, e, dessa forma, a carência afectiva as leva à maternidade. A jovem transfere para o filho essa demanda de amor. O filho é, assim, o depositário de muitas expectativas: ele terá tudo o que elas não tiveram: estudo, carinho, protecção e até uma família”.

No grupo de entrevistadas, três delas demonstram sentimentos de auto desvalorização, que as acompanharam durante a sua vida, reflectidos nas seguintes expressões: “eu sei ler e escrever mal... só fiz a terceira classe ” (AE1 A); “não queria que a minha filha ficasse sozinha, eu sou filha única e é muito triste...é-se muito sozinha...” (AE 1 D).

A insegurança e o medo de se expor está bem reflectido quando a entrevistada responde “ não sei” à questão porque desejou esta gravidez e que motivos a levaram a engravidar (AE 1 E).

A baixa auto estima e falta de respeito próprio está bem demonstrada quando uma das participantes refere “sofri muito, o meu ex. marido batia-me muito ” (AE 2 A).

A necessidade de aprovação está bem patente quando uma adolescente assegura pela segunda vez na entrevista, “eu sou uma boa mãe ” (AE 4 A), e outra afirma “ o pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz!” (sorriso rasgado) (AE 1 C).

Apesar de serem jovens adolescentes, três delas já viveram experiências negativas, sendo que duas têm histórias de vida que passam por uma gravidez e/ ou parto que não correram conforme o esperado e desejado e uma tem história de 2 abortos anteriores. É possível confirmar através das afirmações das participantes:

“A minha filha já tinha muitos problemas; já estava muito pequenina dentro da barriga... (lágrimas) ... foi muito difícil ” (VN 3 A); “o parto da minha filha foi cesariana aos 7 meses pois eu caí de uma escada e íamos morrendo as duas...” (VN 4 A); “até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto” (VN 1 C);“eu sou filha única e é muito triste...” (VN 1 D).

Dadoorian (2003) e outros autores explicam esta necessidade de transferência de afecto e de aumento de auto estima através do nascimento de um filho a quem dedicar o seu carinho e atenção, de forma a preencher um sentimento de solidão, muitas vezes provocado por uma difícil ou ausente comunicação entre as adolescentes e os pais.

A nível relacional as adolescentes têm a expectativa de ganhar afecto e atenção da família e dos pares, assim como amor incondicional e segurança desejada por parte do

companheiro, como defende Canavarro (2001).

Quadro 3 - Categoria ASPECTOS CULTURAIS, suas subcategorias e unidades de significação

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo
Ritual passagem à vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> • “eu já sou mãe, fui mãe com 16 anos ...” (RP 1 A) • “ casei muito cedo(RP 2 A) • “ eu estou quase a fazer 18 anos! Vou ser de maior! Eu sou uma boa mãe, com a ajuda do meu homem” (RP 3 A) • “ queria que ela nascesse por baixo para eu saber como é e ajudar a nascer o meu bebé.” (RP 4 A) • “sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (RP 1 C) • “a gravidez é uma coisa única... e espero que corra tudo bem no parto e que tenha uma hora pequenina! (risos) ” (RP 2 C) • “a mana que tem 11 anos está super feliz porque vai ser tia ” (RP 3 C)
Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> • “estou feliz com o meu homem” (AC 1 A) • “a minha mãe está feliz por mim. Ela não se mete... não sabe ler nem escrever... Ninguém se mete!” (AC 2 A) • “ o meu homem é muito bom, primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha. (AC 3A) • “o meu pai está contente pois gosta muito do meu companheiro. Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer.” (AC 1 B) • “graças a Deus a minha mãe deu-me muito apoio e eu terminei o 12º ano...” (AC 1 D) • “sim, o pai está super feliz.” (AC 1 E)

No que se refere aos aspectos culturais verificamos no Quadro 3 que o casamento e o atingir da maioridade é identificado como importante para uma das entrevistadas: “casei muito cedo” (RP 2 A); “eu estou quase a fazer 18 anos! Vou ser de maior! Eu sou uma boa mãe, vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco” (RP 3 A).

Embora 4 das participantes tenham referido, por palavras suas, a importância que é para elas ser mãe, todas desejaram e planearam a gravidez actual, transformando-a na sua valorização como mulher.

Uma delas demonstra-o através de um desejo, “ queria que ela nascesse por baixo para eu saber como é e ajudar a nascer o meu bebé.” (RP 4 A).

Outra ainda reforça “gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (RP 1 C), denotando uma preocupação “a gravidez é uma coisa única... e espero que corra tudo bem no parto e que tenha uma hora pequenina! (risos) ” (RP 2 C).

Para outra, ainda é muito importante a aprovação de si própria como mãe, pois torna-se

muito adulta ao dar um sobrinho à irmã: “a mana que tem 11 anos está super feliz porque vai ser tia ” (RP 3 C).

Para todas as participantes é deveras importante a aceitação desta gravidez por parte do companheiro e também por parte da família, embora nem todas o verbalizem. Para duas delas a aceitação do companheiro é primordial, como nos explica uma delas: “o meu homem é muito bom, primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha”. (AC 3A); enquanto que outra diz: “sim, o pai está super feliz.” (AC 1 E).

As outras entrevistadas demonstram como é importante a aceitação da família nas seguintes expressões: “o meu pai está contente pois gosta muito do meu companheiro. Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer” (AC 1 B). Uma das entrevistadas reforça ainda, afirmando: “graças a Deus a minha mãe deu-me muito apoio e eu terminei o 12º ano” (AC 1 D).

Dadoorian (2003) constatou uma valorização da maternidade como um ritual de passagem para a vida adulta, em que a adolescente se transforma em mulher ao ser mãe, ao casar com o companheiro por quem se apaixonou.

Canavarro (2001) defende também que os adolescentes sentem necessidade de aceitação por parte da família, dos pais e até dos pares, ao afirmar que estes são “importante fonte de influência na socialização dos adolescentes”. Refere ainda uma tentativa de autonomia e fuga, por parte das adolescentes, a famílias disfuncionais, idealizando o papel de esposa e mãe através de expectativas irrealistas.

Quadro 4 - Categoria ASPECTOS SOCIAIS, suas subcategorias e unidades de significação

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo
Bebé como objectivo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • “adoro crianças ” (BO 1 A) • “roubaram a minha filha (...) mas eu ainda hei-de ir buscá-la!” (BO 2 A) • “o meu filho não passa fome que eu não deixo e não mo vão tirar!” (BO 3 A) • ”vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (BO 4 A) • “sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.” (BO 1B) • “sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (BO 1 C) • “o pai (...) nas relações até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto (sorriso envergonhado) ... já não tínhamos há duas semanas!...” (BO 2 C) • “vou tomar conta dele ” (BO 1 E)
História familiar de gravidez precoce	<ul style="list-style-type: none"> • “mãe foi mãe aos 15 anos” (HF 1 A) • “mãe foi mãe aos 17 anos” (HF 1 B) • “mãe foi mãe aos 19 anos” (HF 1 C) • “mãe foi mãe aos 16 anos” (HF 1 E)
Nível socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • “o meu homem de princípio não queria porque a vida está muito má e ele ganha pouco. O meu homem trabalha! É segurança” (SE 1 A) • “eu também vou trabalhar se for preciso” (SE 2 A) • “o meu pai está contente (...) Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer. (...) O meu irmão que vive connosco (...) veio viver cá para casa depois de ter o filho e de se separar da mulher.” (SE 1 B) • “vivemos com o ordenado do companheiro e ajuda do pai (o companheiro está em risco de ficar desempregado) ” (SE 2 B) • “vivo com o ordenado do companheiro que é tatuador e faz quatro horinhas num serviço” (SE 1 C) • “assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo ” (SE 1 D) • “vou tomar conta dele ” (SE 1 E) • “vivo com o ordenado do companheiro” (SE 2 E)

Na análise do Quadro 4 podemos observar que, nos aspectos sociais, sobressaem os sentimentos de perda do bebé e o “adorar crianças” que está patente nas seguintes afirmações: “adoro crianças” (BO 1 A); “roubaram a minha filha (...) mas eu ainda hei-de ir buscá-la!” (BO 2 A); “o meu filho não passa fome que eu não deixo e não mo vão tirar!” (BO 3 A), “eu sou uma boa mãe, vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco” (BO 4 A).

Estas unidades de significação espelham na perfeição aquilo que foi referido em enquadramento teórico. O facto de as adolescentes não terem aproveitamento escolar e não possuírem qualquer motivação para continuarem os seus estudos, pode levá-las a encarar a maternidade como uma passagem mais rápida para a idade adulta, tornando um bebé o objectivo da sua vida. Como refere outra entrevistada “sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe” (BO 1B).

Outra entrevistada demonstra o bebé como único objectivo de vida, pois à questão C- E (depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?) responde apenas “ vou tomar conta dele ” (BO 1 E). Effting (2011) explica que as adolescentes de um nível socioeconómico mais baixo sentem a “gravidez como uma oportunidade de ascensão social”, ideia que Dadoorian (2003) reforça ao declarar que a afirmação social se expressa na maternidade, a que ela chama “Social”, uma vez que é através do filho que estas adolescentes se sentem mães e mulheres.

Quatro das participantes neste estudo têm mães que tiveram filhos quando também elas eram adolescentes, sendo que três delas foram mães entre os 15 e os 17 anos e apenas uma foi mãe aos 19 anos. Estes factos vêm de encontro ao referido por Dadoorian (2003), pois ela diz-nos que as colegas das jovens por ela entrevistadas, as suas irmãs e até, por vezes, as próprias mães, foram também elas mães adolescentes, numa clara valorização da maternidade na obtenção de um novo *status* social, o de mulher adulta.

Todas as adolescentes entrevistadas são oriundas de uma classe sócio económica mais desfavorecida, o que reforça os estudos realizados por Effting (2011) e Dadoorian (2003). Quatro delas dependem do ordenado do companheiro pois não trabalham, ou tiveram trabalhos precários, o que está espelhado nas afirmações: “o meu homem de princípio não queria porque a vida está muito má e ele ganha pouco. O meu homem trabalha! É segurança” (SE 1 A); “ eu também vou trabalhar se for preciso” (SE 2 A). Uma delas refere mesmo “vivo com o ordenado do companheiro” (SE 2 E). Os companheiros que trabalham têm, também eles, trabalhos precários ou desempenham funções com pouca qualificação. Apenas uma delas trabalha mas desempenha funções com baixa qualificação – caixa de supermercado.

Outra das participantes demonstra ainda a dependência da ajuda familiar através das afirmações: “o meu pai está contente (...) Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer. (...) O meu irmão que vive connosco (...) veio viver cá para casa depois de ter o filho e de se separar da mulher” (SE 1 B); “vivemos com o ordenado do companheiro e ajuda do pai (o companheiro está em risco de ficar desempregado) ” (SE 2 B). Esta ideia fica reforçada por Dadoorian (2003) que nos diz que estas adolescentes ambicionam uma casa e residir com o companheiro e com o filho, o que geralmente não acontece devido à sua situação económica de dependência da família.

Quadro 5 - Categoria ASPECTOS ÉTICOS, suas subcategorias e unidades de significação

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • “eu fugi, ainda sou de menor...mas eu ainda hei-de ir buscá-la!(...), primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha. (AU 1 A) • “vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (lágrimas, sorrindo...)” (AU 2 A) • “sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.” (AU 1B) • “adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida. (...) (Olhos lacrimejantes) ” (AU 2 B) • “gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir!” (AU 1 C) • “não queria que a minha filha ficasse sozinha, eu sou filha única e é muito triste...é-se muito sozinha...” (AU 1 D) • “vai ser como agora, a minha juventude vai ser vivida aos 30 anos, quando os meus filhos já forem maiores (...) Assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo.” (AU 2 D) • “está feliz, na primeira tivemos um choque mas agora desejámos muito para ficarmos despachados (risos) ... já não quero ter mais filhos!” (AU 3 D)
Justiça	<ul style="list-style-type: none"> • “vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição (lágrimas) (JU 1 A) • “o aborto que fiz foi quando tinha 15 anos e o meu pai obrigou-me!” (JU 1 B)
Fidelidade	<ul style="list-style-type: none"> • “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar.” (FD 1 B) • “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei.” (FD 1 C)

No Quadro 5 podemos perceber que autonomia é primordial para as entrevistadas: “eu fugi, ainda sou de menor...mas eu ainda hei-de ir buscá-la! (...), primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha. (AU 1 A); “vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (lágrimas, sorrindo...)” (AU 2 A).

Reforçam ainda esta ideia dizendo “sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.” (AU 1B); “adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida. (...) (Olhos lacrimejantes) ” (AU 2 B).

Há ainda uma das participantes que verbaliza “gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (AU 1 C).

Outra reforça “não queria que a minha filha ficasse sozinha, eu sou filha única e é muito triste...é-se muito sozinha...” (AU 1 D), explicando ainda “vai ser como agora, a minha juventude vai ser vivida aos 30 anos, quando os meus filhos já forem maiores... Ela

aconteceu e eu não sabia nada da vida... graças a Deus a minha mãe deu-me muito apoio e eu terminei o 12º ano. Assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo.” (AU 2 D) e referindo-se ao companheiro diz: “ está feliz, na primeira tivemos um choque mas agora desejámos muito para ficarmos despachados (risos) ... já não quero ter mais filhos!” (AU 3 D).

Autonomia é a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que influencia a vida de cada um, significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar e decidir por si própria. Isto implica que a informação anteceda as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões.

Chalifour (2008, p.49) esclarece que “ao longo do seu desenvolvimento, a pessoa adquire progressivamente uma percepção subjectiva de si própria e do ambiente, que terá um efeito determinante sobre as suas motivações e os seus comportamentos”, afirmando ainda a unicidade da pessoa humana. Assim, é possível formar e não informar, como defendido por Heavey (2008) que explica que os enfermeiros devem desenvolver intervenções culturalmente apropriadas e questionar sobre as normas da família e da comunidade. São passos essenciais para abordar esta questão, pois para os adolescentes identificados como desejando a gravidez, são necessárias intervenções adicionais para compreender as razões complexas do porquê. As soluções, neste caso, podem não ser tão simples como uma conversa directa sobre contracepção. Como tal e para chegar até estas adolescentes com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, rumo à excelência, o EESMO tem que estabelecer com elas uma relação de confiança, plena e eficaz.

O princípio da Justiça significa igualdade de oportunidade para todos e igualdade de resultados para os grupos (equidade).

A ausência de escolha está bem patente nas afirmações das participantes: “vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição (lágrimas) (JU 1 A) e também “o aborto que fiz foi quando tinha 15 anos e o meu pai obrigou-me!... Eu queria ter aquele filho!...” (JU 1 B).

Para a maioria das entrevistadas é importante que cada um receba os cuidados conforme as suas necessidades e desejos, o que não pode ser confundido com cuidados iguais para todos, o que está bem patente na afirmação: “o meu pai agora está contente pois

gosta muito do meu companheiro. Na primeira gravidez foi muito difícil até a neta nascer, depois derreteu-se todo e também ajudou a minha mãe! Ela é que foi sempre espectacular e me ajudou a acabar os estudos... foi muito difícil” (JU 1 D).

A fidelidade relaciona-se com o respeito pela autonomia dos seres humanos que têm direito à verdade, à privacidade e a receber cuidados e tratamentos que desejem, após consentimento livre e esclarecido. Embora este princípio esteja implícito nas respostas obtidas nas entrevistas, apenas 2 entrevistadas verbalizaram por palavras suas a importância deste: “colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar.” (FD 1 B); “na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei” (FD 1 C).

Dadoorian (2003) refere ainda que o não considerar o discurso das adolescentes sobre o seu desejo de engravidar e ser mãe, explica o fracasso de vários projectos de educação em saúde para a sexualidade.

Whaley e Wong (2006) dão várias directrizes para a entrevista em saúde com os adolescentes; ao entrevistá-los sem a presença dos pais proporciona-se-lhes privacidade e confidencialidade. Deve-se explicar o porquê das questões que é necessário colocar, para que eles possam entender quais os motivos das mesmas. Ao demonstrar preocupação com a perspectiva do adolescente sobre as suas dificuldades ou situação, pode-se questioná-lo sobre as suas preocupações. Evitar opiniões, juízos de valor e censuras ajuda a manter a objectividade.

Das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica regulamentadas (Regulamento n.º 127/2011) emergem, ao cuidar dos adolescentes em risco de gravidez planeada, as seguintes: o enfermeiro cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade; e também, o enfermeiro cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

A *ICM* refere que a prática da enfermagem de saúde materna e obstetrícia inclui o cuidado autónomo da adolescente e da mulher antes, durante e depois da gravidez. Esta

definiu competências do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, das quais se salientam: fornecer cuidados de alta qualidade, educação para a saúde e serviços para toda a comunidade, sendo sensíveis à cultura dos indivíduos e comunidade, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da parentalidade. De entre os conhecimentos e perícias básicos necessários incluem usar técnicas de aconselhamento de forma apropriada.

Em conformidade com Leininger (2001) fornecer cuidados culturalmente congruentes é o que satisfaz as adolescentes e famílias que consideram receber cuidados de saúde de qualidade.

Quadro 6 - Categoria EDUCAÇÃO EM SAÚDE, suas subcategorias e unidades de significação

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo
Consultas de planeamento familiar	<ul style="list-style-type: none">• “não, só depois de casada e de estar grávida da minha filha.” (PF 1 A)• “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar. (PF 1 B)• “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei.” (PF 1 C)• “não, só depois de ter engravidado é que fui às consultas de grávida. Planeamento familiar só depois de ter tido a minha filha. Vinha aqui ao posto á consulta com a enfermeira e com uma médica.” (PF 1 D)• “sim, aqui no posto de saúde.” (PF 1 E)
Educação para a sexualidade na escola	<ul style="list-style-type: none">• “não (...) só fiz a terceira classe” (ES 1 A)• “não, lá não se falava nisso; pelo menos até ao 6º ano que estudei” (ES 1 B)• “não. Eu só estudei até ao 6º ano (...). Até ao 6º ano não se falava nisso.” (ES 1 C)• “sim, mas depois de ter engravidado, aí já sabia o que a enfermeira do posto me disse.” (ES 1 D)• “sim, uma enfermeira falou sobre isso na escola... explicou muito bem.” (ES 1 E)

A realização de consultas de planeamento familiar é atribuída aos Cuidados de Saúde Primários, através da prevenção e da promoção da saúde, dirigidas às famílias e aos indivíduos.

Das cinco participantes, três já haviam frequentado consultas de planeamento familiar antes e deixaram de utilizar o método com o objectivo de engravidar como se pode confirmar através das afirmações: “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar” (PF 1 B) e “sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei” (PF 1 C).

Três das cinco entrevistadas não tiveram educação sexual na escola conforme “está

reflectido nas seguintes expressões: “não (...) só fiz a terceira classe” (ES 1 A), “não, lá não se falava nisso; pelo menos até ao 6º ano que estudei” (ES 1 B) e ainda “não. Eu só estudei até ao 6º ano (...). Até ao 6º ano não se falava nisso” (ES 1 C).

Estas afirmações reforçam a ideia da gravidez desejada como objectivo de vida que Heavey (2008), entre outros autores, descreve como associado ao status educacional e de origem étnica.

Desta forma, estas utentes necessitam de, em parceria com o EESMO, desenvolver competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, elevando o seu nível de literacia para a saúde, quer em ambiente escolar, explorando educação para a sexualidade e os afectos, quer em consulta de planeamento familiar, trabalhando a decisão livre e esclarecida sobre a sua futura gravidez.

O reconhecimento da parceria da pessoa nos cuidados que lhe são prestados permite-lhe a possibilidade de tomar decisões de saúde que lhe dizem respeito. Para Leininger (2001) os cuidados tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas e ambientais que devem ser compreendidas e exploradas para proporcionar cuidados de verdadeira natureza holística e direccionados à pessoa em questão.

4. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Este estudo iniciou-se pela preocupação em identificar os factores que levam os adolescentes a colocar como projecto de vida, a gravidez e o nascimento de um filho e também para identificar a percepção das adolescentes sobre gravidez, parto e período depois do nascimento, assim como as suas expectativas e a consciencialização da implicação da gravidez e maternidade na vida futura.

A pertinência do estudo prendeu-se com o facto de, na prática clínica em consulta de enfermagem de saúde materna, ao lidar com estas adolescentes que verbalizavam ter engravidado por planearem a sua gravidez, ou que deixaram de utilizar método anticoncepcional porque queriam ser mães, surgiu confronto com uma realidade de projecto de vida que teve alguma dificuldade em compreender.

Após a revisão sistemática da literatura, foi encontrada escassa bibliografia sobre a gravidez desejada na adolescência, uma vez que dos quatro (4) artigos seleccionados apenas dois (2) confirmam a existência da gravidez desejada na adolescência, os restantes sugerem cuidados de enfermagem à adolescente grávida e como prevenir a gravidez na adolescência, admitindo a possibilidade de uma gravidez desejada.

Terminado o estudo parece que a pergunta de partida se justificou plenamente, pois identificaram-se, através das participantes, alguns factores que levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho. Factores psicossociais e culturais tais como: a necessidade de afecto e a baixa auto estima sentida pelos nossos adolescentes, o transformar do bebé em objectivo de vida e de afecto, sentido em falta para eles próprios, pois através dele conseguem a aceitação da família e da comunidade. A passagem de menina a mulher, sendo que a maternidade as transforma em pessoas mais responsáveis e mais respeitadas aos olhos dos familiares e comunidade onde se inserem. Quatro (4) participantes neste estudo têm história familiar de gravidez precoce, ou seja, as suas mães foram também mães adolescentes. A nível socioeconómico todas as participantes deste estudo são jovens oriundas de famílias que vivem com baixos rendimentos, sendo que apenas uma trabalha e só dois (2) companheiros têm trabalho estável. Todos têm trabalhos de baixa qualificação.

Os factores encontrados para o desejo de uma gravidez na adolescência podem ser sintetizados da seguinte forma:

- O desejo do parceiro pela gravidez, idealizando a gravidez como meio de conseguir o amor do namorado, a fantasia de que a gravidez proporciona mais afecto, afecto esse que lhe faltou a si própria na infância;
- Uma escolarização baixa e falta de motivação para estudar; assim como a influência dos meios de comunicação com a idealização de uma vida perfeita, completa e cheia de amor;
- Uma forma de sair mais cedo de casa dos pais e de viver o seu ritual de passagem á vida de adulta, uma necessidade de afirmação como mulher;
- A idealização que o bebé permite desempenhar “o papel da sua vida” e a necessidade de pertencer e ser aceite, numa cultura ou comunidade onde o “correcto” é ser mãe adolescente.

Apesar de ser desaconselhada em todos os aspectos, esta decisão deve ser respeitada quando tomada através do consentimento informado. Como defendido por Leininger (2001) é necessário um novo tipo de prática em enfermagem, que reflecte diferentes práticas culturalmente definidas, apropriadas para orientar o cuidar em enfermagem para os indivíduos, famílias, grupos e instituições - há que envolver a pessoa, família e comunidade para um cuidar culturalmente congruente. O EESMO, como veículo de transformação, através da sua capacidade educacional e de relação, deve despistar adolescentes em risco de engravidar e trabalhar com elas num projecto de vida alternativo à gravidez, envolvendo pais e famílias, pessoa significativa, pares e trabalhando também em equipa multidisciplinar. Como defendido por Leininger (2001), os seres humanos são inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura ambiental que os rodeia. Como tal, para chegar a estas jovens adolescentes, deve-se compreender os valores, normas e crenças pelas quais orientam e direccionam os seus objectivos de vida. Seria então útil, trabalhar estas comunidades no seu espaço, desenvolver intervenções culturalmente apropriadas e respeitar as normas das mesmas, numa realidade de intervenção através, por exemplo, de uma UCC. Tal é reforçado por Heavey (2008) ao concluir que para os adolescentes reconhecidos como desejando a gravidez, são necessárias intervenções adicionais para a compreensão das razões desse desejo. As soluções, neste caso, podem não ser tão simples como uma conversa aberta sobre os métodos anticoncepcionais.

Com este estudo, espera também sensibilizar colegas que trabalham com adolescentes

em CSP para esta realidade e para a importância de desenvolver e melhorar, sempre no caminho da excelência, o que já é realizado em prol da população, pelo que sintetiza algumas sugestões para a prática que gostaria de desenvolver:

-A promoção e utilização de um espaço na comunidade onde as adolescentes possam partilhar vivências, onde possam falar adolescentes que tenham história de uma gravidez anterior ou de um aborto anterior, ou que estejam grávidas pela primeira vez, espaço moderado pelo EESMO, onde irão provavelmente ser partilhados sentimentos e vivências e, possivelmente, alterar as percepções sobre gravidez a parentalidade desejadas, nas adolescentes de risco (no âmbito de uma UCC, por exemplo);

-Em meio escolar, a educação em saúde, pode ser mais personalizada e direccionada ao jovem adolescente e às suas necessidades individuais, ao contrário do que se tem feito até aqui, com acções de educação em saúde direccionadas para turmas inteiras, criando espaços privados e acessíveis de consulta e esclarecimento (desenvolvendo o descrito na Lei nº 60/2009). Deve ser iniciada o mais precocemente possível (desde o 1º ciclo) e com conteúdos direccionados à fase de crescimento e desenvolvimento de criança e/ou jovem adolescente, enfatizando sempre a importância dos afectos nos relacionamentos. Complementar os programas já existentes nas Escolas Secundárias (dando cumprimento à legislação Lei nº 60/2009) direccionados para a sexualidade e planeamento familiar, com conteúdos sobre concepção, gravidez, parto e puerpério, assim como afectos e parentalidade, através de realização de projectos comuns com a equipa de saúde escolar, os docentes e a comunidade (envolvendo sempre que possível os pais e as famílias dos adolescentes);

-Dentro da UCSP pretende aproveitar o momento de Vigilância em Saúde Infantil / Juvenil para abordar a criança / adolescente e a família sobre este tema e expectativas, iniciando a educação para os afectos, praticando na consulta de enfermagem de planeamento familiar uma relação de ajuda e de confiança, de forma a ser possível identificar as adolescentes em risco de engravidar. Deseja trabalhar com os adolescentes identificados como em risco de engravidar, mobilizando se necessário pais e pares, ou professores de referência e ainda direccionar, quando necessário, para psicólogo ou outros elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando à adolescente a escolha informada e esclarecida, ajudando no desenvolver de uma gravidez saudável e no culminar de uma parentalidade responsável e feliz, abstendo de juízo de valores.

Pessoalmente gostaria de avançar com um programa de consulta e aconselhamento de adolescentes, fora do contexto físico do centro de saúde e da escola, se possível em comunidades consideradas de alto risco, como defende McBride (2000), programa esse que teria avaliações periódicas de forma a melhorar continuamente. Poderia posteriormente construir um modelo direccionado para os CSP de forma a sistematizar os cuidados de enfermagem a prestar aos jovens adolescentes em risco de uma gravidez desejada.

Na unidade de saúde, gostaria de iniciar uma consulta de adolescente fora do âmbito da consulta de planeamento familiar, aproveitando por exemplo a primeira administração da vacina HPV (vírus do papiloma humano) aos 13 anos, conversando com estas jovens sobre os afectos e sexualidade.

Agora, compreende e respeita a opção destas jovens adolescentes sempre que tomada livre e esclarecidamente, ou quando chegam já grávidas, direccionando a actuação de forma a minimizar problemas e ajudando a alcançar uma gravidez saudável e uma parentalidade feliz. O EESMO deve fazer respeitar a vontade da adolescente / pessoa e família, contribuindo para um consentimento informado e uma escolha livre e esclarecida do percurso de vida desejado, respeitando os princípios éticos da autonomia, da justiça e da fidelidade, olhando para a grávida/adolescente como ser único e individual, respeitando as suas escolhas.

Uma das competências gerais do enfermeiro especialista é conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 122/2011 da OE).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  ALMEIDA, José Miguel Ramos (2003) - **Adolescência e Maternidade**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2ª edição, págs. 241 a 256, ISBN: 971-31-0007-X.
-  BACHION, Maria Márcia; PEREIRA, Ângela Lima (2006) – Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 27, nº 4. (Dezembro 2006) p. 491- 498.
-  BARDIN, Laurence (2009) - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1506-2
-  BLAYER, Irene - **Adolescentes, enfermeiro, escola e família**. [em linha]. In: Ordem dos Enfermeiros, (Abril, 2010). Consultado dia 20 de Dezembro de 2010: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Adolescentesenfermeiroescolaefamilia.aspx>
-  CAMPOS, António Correia - **Reformas da Saúde: O fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN: 978-972-40-3604-5.
-  <http://www.portalis.co.pt/gravidez-na-adolescencia/>, Consultado dia 14 de Maio de 2011
-  <http://www.jornaldascaldas.com/index.php/2008/10/22/gravidez-na-adolescencia-uma-realidade/#n>, Consultado em 25 de Junho de 2011
-  <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/CCorreia-PNS-CSP.pdf> consultado em 10 de Novembro de 2011
-  CAMPOS, Teresa (2011) - **Como sobreviver a filhos adolescentes**. Visão. Queluz de baixo. ISSN. nº 0872/3540 Nº 949 de 12 a 18 de Maio, p.80-88.
-  CANAVARRO, Maria Cristina (2001a) – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 989-558-081-9.
-  CANAVARRO, Maria (2001b) - **Colecção Psicologia e Desenvolvimento** Nº 2, p. 323-353; Coimbra, Quarteto Editora, ISBN: 972-8535-77-5.
-  CANIÇO, Hernâni; [et al] (2011) - **Novos Tipos de Família**. Imprensa da Universidade de Coimbra. [em linha]. Acedido em 05/10/2011. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/tipfamil.pdf>
-  CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) - **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4
-  CHALIFOUR, Jacques (2008) – **A Intervenção Terapêutica** - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-05-5
-  CHALIFOUR, Jacques (2008) – **A Intervenção Terapêutica** – Estratégias de intervenção. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-21-5
-  COSTA, Liana Fortunato; JOFFILY, Susana Meira Lopes de Castro – **É possível a gravidez na adolescência**. Brasil: Portal dos Psicólogos, Disponível e consultado em 26 de Maio de

2011, na Internet em: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0231.pdf

- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind (2004) - **Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4
- DADOORIAN, Diana (2000) – **Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco. ISBN: 853-2511-90-2
- DADOORIAN, Diana (2003) -**Gravidez na Adolescência: um Novo Olhar**. Psicologia, Ciência e Profissão, ISSN: 1414-9893. Vol. 21, nº3. (Março de 2003) p. 84-91.
- DALEY, A., Sadler, L., Leventhal, J., Cromwell, P., & Reynolds, H. (2005) - **Negative pregnancy tests in urban adolescents: an important and often missed opportunity for clinicians**. Pediatric Nursing, [em linha] 31(2), 87-89. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- DECLARAÇÃO DE ALMA ATA consultada em 15 de Agosto de 2011 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- DIAS, Sónia Maria Ferreira (2009) - **Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1292-4
- EFFTING, Tiago (2011) – **Gravidez na Adolescência** consultado em www.livrosgratis.net em 18 de Novembro de 2011
- FIGUEIREDO, Bárbara (2000) - Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. **Análise psicológica** [em linha]. Vol.18, nº4. (Novembro de 2000) p.485-498. ISSN 0870-8231
- FIGUEIREDO, Bárbara (2006) - **Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez**, Asociación Española de Psicología Conductual: "International Journal of Clinical and Health Psychology".Vol.6. nº1 (2007) ISSN 1697-2600, P. 97-125 <http://hdl.handle.net/1822/4722> consultado em Junho de 2011
- FONSECA, Helena. (2008). **Compreender os Adolescentes: Um desafio para pais e educadores**. 5ª Edição. Barcarena: Editorial Presença p. 102 a 104 ISBN 978-972-23-2949-1
- FORTIN, Marie Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GARWICK, A., Rhodes, K., Peterson-Hickey, M., & Hellerstedt, W. (2008) - Native Teen Voices: adolescent pregnancy prevention recommendations. **The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine**, [em linha] 42(1), 81-88. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri (2002) - **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel Editora. ISBN: 853-390-525-4
- HAND, H. (2010) - **Widening access to contraception: the impact of pharmacy prescribing**. Nurse Prescribing, [em linha] 8(2), 58-64. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from








EBSCOhost.

- HEAVEY, E., Moysich, K., Hyland, A., Druschel, C., & Sill, M. (2008) - **Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic**. Journal Of Midwifery & Women's Health, [em linha] 53(2), 130-137. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-11-8
- HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em Enfermagem, Pensamento e acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-20-7
- <http://tratamentodadepressao.org/635-baixa-auto-estima-caracteristicas/> Acedido em: 25/09/2011
- HULTON, L. (2007) - **An evaluation of a school-based teenage pregnancy prevention program using a logic model framework**. The Journal Of School Nursing: The Official Publication Of The National Association Of School Nurses, [em linha] 23(2), 104-110. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) - **Nados-vivos de mães adolescentes em 2009, em Portugal**. Acedido em: 20 / 6 / 2011 Acessível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) - **Estatísticas Demográficas 2009**. Lisboa: INE. ISBN: 978-989-25-0055-3
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (1999) – **ICM International Code of Ethics for Midwives**. Board of Management. Acedido em: 14 /06/2011.Disponível em: www.internationalmidwives.org
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002): **ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE**. Acedido em: 14 /06/2011 Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf
- JOSÉ, Helena (2002) – **Humor nos Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência, P. 63-72.ISBN-972-8383-34-7
- LAZURE, Hélène (1994) – **Viver a Relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira** Lisboa:Lusodidacta ISBN: 972-95399-5-2
- LEI nº 60/2009. D.R. – I Série. 151 (09-08-06) 5097-5098.
- LEININGER, Madeleine (1997) CONFERÊNCIA “ Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem mundial”- II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa de 8 a 10 de Outubro de 1997, **Enfermagem** - Lisboa – n.º 10 (2.ª série), p. 32-36.
- LEININGER, Madeleine (1995) - **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices**, New York, McGraw-Hill.
- LEININGER, Madeleine (2001) - **Culture Care Diversity & Universality A Theory of Nursing**, Canada: Jones and Bartlett. ISBN 0-7637-1825-4.

- LOURENÇO, Maria Madalena de Carvalho (1998) - **Textos e contextos da gravidez na adolescência. A adolescente, a família e a escola.** Lisboa, Edições Fim de Século.
- MCBRIDE, D., & Gienapp, A. (2000) - **Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy.** Family Planning Perspectives, [em linha] 32(5), 227-235. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- MONTGOMERY, K. (2001) - **Planned adolescent pregnancy: what they needed.** Issues In Comprehensive Pediatric Nursing, 24(1), 19-29. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- NETO, Armando (2004) – Gravidez na Adolescência. **Psicologia.pt - O portal dos Psicólogos.** [em linha] (2004) Brasil. Acedido em: em 21/08/2011 http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2
- OBSERVATÓRIO PERMANENTE DA JUVENTUDE; **Números sobre Juventude em Portugal.** <http://www.opj.ics.ul.pt/index.php/familia> consultado em 21 de Junho de 2011
- OLIVEIRA, E., Moura, E., Pinheiro, P., & Eduardo, K. (2008) - **Report contraceptive of pregnant adolescents and your feelings as the gestation and professional future** [sic] [Portuguese]. Revista Eletrônica De Enfermagem, [em linha] 10(2), 484-490. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- OPPERMAN, Cathleen; CASSANDRA, Kathleen (2001) **Enfermagem Pediátrica Contemporânea.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-19-3
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica.** Acedido em: 21/08/2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Acedido em: 21/08/2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008) **-Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5.** Genebra. Disponível e consultado em 19 de Julho de 2011: em:http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf
- PEREIRA, M; FREITAS, F. (2002) – **Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência.** 3ª ed. Porto: Edições Asa. ISBN 972-41-2583-1
- PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

- PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar – Saúde Sexual e Reprodutiva – Educação Sexual em Meio Escolar**. Lisboa: DGS, 2010.
- PRAZERES, Vasco (2002) – **Adolescentes, Pais e tudo o mais**. 1ª ed. Lisboa: Texto Editora. ISBN 972-47-2216-3
- RAINES, K. (2009) - **Making dreams, not babies: the power of hope in a teen family planning clinic**. Creative Nursing, [em linha] 15(3), 117-120. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- RAMOS, Natália (2008a) - **Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para Melhor Cuidar**. Lisboa: Lusociência.(2008). ISBN: 978-972-8930-455
- RAMOS, Natália (2008b) - Comunicação e Saúde em Contexto Multicultural. **Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura - IV ENECULT**. [em linha]. (Maio de 2008). Acedido em: 10/11/2011. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>
- REGULAMENTO n.º 127/2011. **DR II Série**. 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8662-8666.
- SAMPAIO, Daniel (2002) - **Vozes e Ruídos: Diálogos com adolescentes**. Lisboa. Editora caminho. ISBN: 972-21-0832-8
- SAMPAIO, Daniel (2006) – **Lavrar o mar**. Lisboa. Editora caminho. ISBN: 972-21-1823-4
- SAULS, D. J., & GRASSLEY, J. (2011) - **Development of the Adolescent Support Model**. Journal Of Theory Construction & Testing, [em linha] 15(1), 24-28. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- SHEEDER, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009) - **Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies part 1: an indicator of gaps in family planning services**. Maternal And Child Health Journal, [em linha] 13(3), 295-305. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- SHEEDER, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009) - **Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies: part 2: a proxy for childbearing intentions**. Maternal And Child Health Journal, [em linha] 13(3), 306-317. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- SIM-SIM, Maria Margarida Santana Fialho (1997) - **Mães – meninas – meninas - mães – abordagem fenomenológica da maternidade na adolescência**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem (policopiado), Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- SMITHBATTLE, L. (2003) - **Displacing the "rule book" in caring for teen mothers**. Public Health Nursing (Boston, Mass.), [em linha]. 20(5), 369-376. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- SNOW, T. (2006) - **Pregnant pause for teenage mums**. Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987), [em linha] 20(40), 14-15. [acedido a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- SOUZA, César Vasconcellos (2001) - **Vida Familiar**. Saúde & Lar [em linha], nº 641 (Março,

2001) acessado em 23/09/2011 e disponível em:
http://www.saudelar.com/edicoes/2001/marco/principal.asp?send=vida_familiar_4.htm

-  STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3
-  STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-29-0
-  STRUNK, J. (2008). **The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review**. The Journal Of School Nursing: The Official Publication Of The National Association Of School Nurses, [em linha].24(1), 13-20. [acesso a 06/07/2011]. Retrieved from EBSCOhost.
-  UNICEF (2001) - **A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card, No.3**. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf> acessado em 25 de Julho de 2011
-  VALA, Jorge - A Análise de Conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J.M. (1987) – **A Metodologia das Ciências Sociais** – Porto: Editora Afrontamento, p. 101 – 128
-  WHALEY, L.F; WONG, D.L. (2006) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. 7ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-352-1918-0
-  WELCH, Alice Z. (2004) – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in ALLIGOOD, Matha Raile; TOMEY, Ann Marriner- **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**, 5ª ed. Loures: Lusociência, pp.563-591. ISBN 972-8383-74-6.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de actividades

	Junho 2011	Julho 2011	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março 2012
Escolha da Temática a estudar										
Pesquisa Bibliográfica e Revisão da Literatura										
Reunião Tutorial	29	29		27		4				
Definição da metodologia										
Elaboração do projecto										
Entrega de Projecto do Relatório de Investigação		29								
Registo do Projecto de Investigação				29						
Colheita de dados										
Análise e Discussão de dados										
Conclusão										
Entrega do Relatório de Investigação										
Apresentação e Discussão Pública do Relatório de Investigação									A definir	

**Apêndice II - Estudos seleccionados na Revisão da
Literatura**

Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>Oliveira E, Moura E, Pinheiro P, Eduardo K (2008) "Histórico contraceptivo de adolescentes grávidas e seus sentimentos quanto a gravidez e ao futuro profissional."</p> <p>Estudo descritivo – exploratório</p> <p>Palavras-chave: gravidez na adolescência, anticoncepção, planeamento familiar</p>	<p>24 Adolescentes grávidas no terceiro trimestre de gestação</p>	<p>O objectivo foi identificar o método anticoncepcional usado pelas adolescentes grávidas, anterior a esta gestação, os motivos da sua interrupção e perceber os sentimentos destas com relação à gravidez, ao futuro recém-nascido e ao seu futuro profissional.</p> <p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas objectivas sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, uso de métodos contraceptivos e motivos da interrupção do uso. As perguntas subjectivas foram: Qual a sua reacção ou sentimento ao saber da gravidez? Como se sente agora? Quais os seus sentimentos em relação ao seu bebé? Quais as suas expectativas em relação ao seu futuro profissional?</p>	<p>A maioria das adolescentes, apesar das condições financeiras desfavoráveis desejou engravidar, sentindo-se felizes e realizadas com a notícia de serem mães, considerando que a maternidade as faria mulheres mais responsáveis, o que serviu de estímulo para continuarem os estudos e ingressar no mercado de trabalho.</p> <p>Apesar de 21 (87,5%) terem usado métodos anticoncepcionais, a gravidez ocorreu. Os motivos para interromper o uso foram o próprio desejo de engravidar, bem como acreditar que a gravidez não ocorreria consigo, portanto, superando o pensamento de que gravidez na adolescência é sinónimo de gravidez não planejada e confirmando o "pensamento mágico" que demarca essa fase da vida – estou preparada para engravidar? A gravidez não vai acontecer comigo!</p> <p>As adolescentes manifestaram sentimentos ambíguos com relação à notícia da gravidez, encontrados mesmo entre aquelas que desejaram engravidar. A maioria demonstrou perceber a importância de manter os estudos para alcançarem melhores condições de vida no futuro.</p> <p>Considerando a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública de uma população de baixos recursos económicos, sugere-se que governo, universidades, profissionais de saúde e sociedade civil ponderem esta situação, concebendo programas voltados para essa população oferecendo-lhe melhores perspectivas de futuro, dando a essas jovens oportunidades de escolhas.</p>
<p>Heavey, E; Moysich, K; Hyland, A; Druschel, & Sill, M. (2008) "Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic"</p> <p>Palavras-chave: adolescent pregnancy, education, pregnancy desire, race, teen pregnancy</p>	<p>335 Adolescentes femininas com idades compreendidas entre 12 e 19 anos e que tiveram um teste positivo de gravidez na clínica de planeamento familiar no dia da consulta</p>	<p>O objectivo é examinar as variáveis associadas ao desejo da gravidez entre grávidas adolescentes de baixos estratos socioeconómicos e de várias etnias.</p>	<p>As implicações clínicas deste estudo incluem a necessidade dos programas de planeamento familiar com foco no adolescente de incluírem uma avaliação do desejo da gravidez. Porque os pares e a comunidade têm um impacto significativo na adolescência, os profissionais de saúde precisam explorar como os adolescentes sentem sobre gravidez neste contexto. É importante considerar a estrutura social da comunidade e as normas familiares e integrar esta informação no plano de cuidados subsequentes.</p> <p>Desejo de gravidez na adolescência está associado com o status educacional e de fundo étnico. Desenvolvendo intervenções culturalmente apropriadas e perguntando sobre as normas da comunidade e família são passos essenciais para</p>

			<p>abordar esta questão. Para os adolescentes identificados como desejando a gravidez, intervenções adicionais são necessários para compreender as razões complexas do porquê. As soluções, neste caso, podem não ser tão simples como uma conversa directa sobre contracepção, estes adolescentes precisam ser identificados antes, para que os objectivos relacionados com gravidez na adolescência “<i>Healthy People 2010</i>” se possa tornar realidade.</p>
<p>McBride, D, & Gienapp, A. (2000) “Using randomized designs to evaluate client-centered Programs to prevent adolescent pregnancy”</p> <p>Estudo experimental randomizado</p>	<p>1042 Jovens clientes dos 9 aos 13 anos (4 projectos) e 690 adolescentes dos 14 aos 17 anos (3 projectos) incluídos em comunidades consideradas de alto risco</p>	<p>Foram criados um grupo de tratamento e um grupo de controlo para avaliar o efeito de um programa centrado no cliente. Os programas ofereciam uma ampla variedade de serviços adaptados às necessidades individuais do cliente, incluindo aconselhamento, orientação e advocacia.</p>	<p>Clientes de alto risco provavelmente necessitam consideravelmente mais tempo de intervenção e mais completa do que os programas normalmente proporcionam. Desenhos de avaliação rigorosa permitem apreciação contínua que pode guiar a modificação dos programas de forma a maximizar os seus efeitos.</p>
<p>Sheeder, J., Tocce, K., & Stevens-Simon, C. (2009) “Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies: part 2: a proxy for childbearing intentions”</p> <p>Palavras-chave: adolescent pregnancy, unintended pregnancy, contraceptive use, youth development</p>	<p>1568 Adolescentes grávidas, sendo que 759 tinham dos 13 aos 16 anos e 809 dos 17 aos 18 anos</p>	<p>As razões dadas por um grupo étnico diversificado de 1.568 grávidas de 13 a 18 anos de idade para a não utilização de contracepção foram utilizados para classificar as suas gravidezes como intencional ou não intencional. Testes de comparação de proporções e <i>Stepwise logistic regression</i> análise foram usados para estudar a relação entre intenção de engravidar, comportamentos maternos e resultados da gravidez.</p>	<p>Apesar da idade as adolescentes que desejaram engravidar conceberam num ambiente hospitaleiro e objectivamente mais favorável para engravidar, do que aquelas que conceberam sem querer. Isto é evidenciado pela sua maior probabilidade de ter metas compatíveis com o adolescente pai da criança, e vivendo em um ambiente não-caótico. No entanto, o planeamento da gravidez não foi associada aos cuidados preventivos de saúde durante a gestação, para como resultado ter um recém-nascido saudável. Como tal, as consequências entre adolescentes com gravidezes intencionais foram negativos, como evidenciado por uma taxa mais elevada de tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis no final de gestação, evasão escolar, e concepção de repetição. Tal como os adultos, os adolescentes com gravidezes programadas conceberam num ambiente objectivamente mais favorável do que as adolescentes com gravidezes indesejadas. No entanto, esta vantagem não se traduziu em melhor suporte, num comportamento materno mais saudável durante a gravidez, nem melhorou os resultados da gravidez com um recém-nascido mais saudável.</p>

<p>Dadoorian, Diana (2003) “Gravidez na Adolescência: um Novo Olhar”.</p> <p>Estudo descritivo – exploratório</p> <p>Palavras-chave: gravidez, adolescência, factores psicossociais, políticas públicas</p>	<p>20 Adolescentes grávidas de “classes populares” com idades entre os 14 e 17 anos</p>	<p>Com o objectivo de compreender porque é que as adolescentes continuam a engravidar se o acesso á informação está mais facilitado foram realizadas entrevistas semiestruturadas. O guião de entrevista foi elaborado a partir de sete temas referentes a dados pessoais, família (estrutura e dinâmica), vida escolar, actividade sexual e gravidez, dados de informação e educação sexual, projectos de vida. A análise das entrevistas baseou-se no estudo dos aspectos psicossociais relacionados com a gravidez, utilizando a abordagem psicanalítica.</p>	<p>As causas da gravidez na adolescência não se referem exclusivamente à desinformação sexual, mas sim ao desejo de ter um filho na adolescência.</p> <p>Ao analisar o contexto social dessas jovens, observa-se que o desejo de ter um filho é um rito de passagem, uma mudança substancial no status de menina para mulher.</p> <p>Evidenciou-se que a vivência de situações de carência afectiva e relacional com a família pode também provocar o desejo na adolescente de ter um filho, em que este aparece como o objecto privilegiado capaz de reparar essa carência.</p> <p>Por isso, a questão que se evidencia não é a falta de informação, mas a falta de formação. Para esta formação ser eficaz é necessário ter em conta a complexidade do universo psicossocial dessas adolescentes, particularizando o significado da gravidez neste extracto social.</p> <p>O não valorizar do discurso das adolescentes sobre o seu desejo de gravidez, explica o fracasso de vários projectos de educação sexual.</p>
<p>Figueiredo, Bárbara; Pacheco, Alexandra P; Costa, Raquel A; Magarinho, R. (2006)</p> <p>“Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez”</p> <p>Artigo de Estudo descritivo</p> <p>Palavras-chave: Adaptação à gravidez, gravidez na adolescência, risco e circunstâncias adversas de existência, estudo descritivo mediante inquérito</p>	<p>Uma amostra de 161 adolescentes grávidas no 3º trimestre de gestação</p>	<p>O principal objectivo é caracterizar as condições relativas à gravidez na adolescência em Portugal.</p> <p>As adolescentes foram atendidas na Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto), entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, tendo sido entrevistadas, com base no Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes da MJD (Figueiredo, 2000), composto por 125 perguntas fechadas, destinadas à recolha de dados sociais e demográficos, respeitantes à adolescente, ao companheiro e à família de origem, bem como ao levantamento das circunstâncias médicas, psicológicas e sociais de risco em que a gravidez decorre.</p>	<p>À semelhança do que tem sido reportado por diversos autores, em estudos realizados em Portugal e noutros países, foi encontrado na consulta de MJD, uma elevada frequência de casos pertencentes aos estratos mais desfavorecidos da população, apesar da variabilidade social e demográfica da amostra: baixos níveis de escolaridade, situações de precariedade económica, desemprego e profissões de reduzida qualificação. Os dados assinalam a presença muito frequente de experiências anteriores de vida adversas e de problemas na família de origem, quer da grávida, quer do seu companheiro.</p>

Apêndice III – Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

- A. Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?
- B. Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?
- C. E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?
- D. Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?
- E. Como é que a sua família reagiu?
- F. Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?
- G. Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

Dados a colher:

- ✓ Idade
- ✓ Habilitações literárias
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação
- ✓ Freguesia de residência ou bairro
- ✓ Índice Obstétrico
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada
- ✓ Tipo de família de origem
- ✓ Vive ou não com, pelo menos, um elemento parental/Vive ou não com o companheiro
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima
- ✓ Problemas económicos
- ✓ Existência de conflitos na família de origem
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo

**Apêndice IV – Consentimento Informado de participação no
estudo**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Cara Sr.^a,

Ana Paula Carmona, enfermeira, a realizar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no qual se encontra a elaborar uma dissertação de investigação que pretende identificar os motivos que levam uma adolescente a engravidar de forma desejada, vem por este meio, pedir-lhe colaboração para participar no estudo, respondendo a algumas questões que lhe colocará em data e hora a combinar.

Mais informo que as suas respostas são anónimas e confidenciais, só serão utilizadas no âmbito deste estudo e que pode, a qualquer momento da entrevista, desistir de participar. Caso seja do seu interesse, poderá consultá-lo assim que concluído.

Desde já grata pela vossa atenção,

Lisboa, _____ de _____ de 2011

Apêndice V – Declaração de autorização das participantes no estudo

DECLARAÇÃO

Eu, _____
____, declaro autorizar Ana Paula Carmona, enfermeira que se encontra a realizar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a elaborar uma dissertação de investigação que pretende identificar os motivos que levam uma adolescente a engravidar de forma desejada, a utilizar as informações prestadas por mim (durante uma entrevista), na referida dissertação.

Lisboa, _____ de _____ de 2011

Apêndice VI – Consentimento Informado de participação no estudo (menores de 16 anos)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pais ou Representantes Legais de menores de 16 anos

Cara Sr.^a,

Ana Paula Carmona, enfermeira, a realizar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no qual se encontra a elaborar uma dissertação de investigação que pretende identificar os motivos que levam uma adolescente a engravidar de forma desejada, vem por este meio, pedir-lhe colaboração para autorizar a participação de _____ no estudo, respondendo a algumas questões que lhe colocará em data e hora a combinar.

Mais informo que as respostas são anónimas e confidenciais, só serão utilizadas no âmbito deste estudo e que pode, a qualquer momento da entrevista, desistir de participar. Caso seja do seu interesse, poderá consultá-lo assim que concluído.

Desde já grata pela vossa atenção,

Lisboa, _____ de _____ de 2011

Apêndice VII – Declaração de autorização das participantes no estudo (menores de 16 anos)

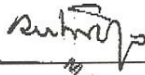
DECLARAÇÃO

Pais ou Representantes Legais de menores de 16 anos

Eu, _____
_____, declaro autorizar Ana Paula Carmona, enfermeira que se encontra a realizar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a elaborar uma dissertação de investigação que pretende identificar os motivos que levam uma adolescente a engravidar de forma desejada, a utilizar as informações prestadas por _____ durante uma entrevista, na referida dissertação.

Lisboa, _____ de _____ de 2011

Apêndice VIII – Despacho de autorização da realização do estudo no ACES Lisboa Norte


12/21/11/23
Dr.ª Manuela Peleteiro
Diretor Executivo
Agrupamento Lisboa Norte
(C.A. Alameda, Benfica, Lumiar e São Félix)

Exma. Sra. Presidente do Conselho Executivo
Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte
Dr.ª Manuela Peleteiro

Assunto: Pedido de autorização para realização das entrevistas às adolescentes grávidas identificadas no ACES no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Ana Paula dos Reis carmona, portadora do Cartão do Cidadão n.º8865053 emitido em 19 de Maio de 2004 pelo arquivo de identificação de Lisboa, membro da Ordem dos Enfermeiros nº 5-E-19239, Enfermeira Especialista a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a exercer funções no Centro de Saúde de Benfica, no ACES Lisboa Norte, vem, por este meio, solicitar a V/Exa. Autorização para proceder à realização de entrevistas às adolescentes grávidas e companheiros nos meses de Agosto e Setembro.

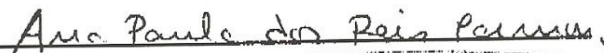
Esta solicitação prende-se com a elaboração da tese de dissertação e com as entrevistas pretende-se responder à seguinte questão:

-Que factores levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho?

Desta forma solicito, que me seja concedida autorização para realizar o estudo na instituição, o que desde já, agradeço.

Peço deferimento

Atenciosamente e grata pela atenção dispensada


Ana Paula dos Reis Carmona

Apêndice IX – Entrevistas

Entrevista A

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Filipa – Porque adoro crianças, e estou feliz com o meu homem e ele é muito bom para mim. A Sr^a Dr.^a sabe que eu já sou mãe, fui mãe com 16 anos ... casei muito cedo e sofri muito, o meu ex. marido batia-me muito, mesmo quando estava grávida, e graças a ele vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição (lágrimas) ... eu fugi, ainda sou de menor...mas eu ainda hei-de ir buscá-la! Sou boa mãe e o meu homem é muito bom, primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha.

E- Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?

F- Estou super feliz!... O parto da minha filha foi cesariana aos 7 meses pois eu caí de uma escada e íamos morrendo as duas...A minha filha já tinha muitos problemas; já estava muito pequenina dentro da barriga...(lágrimas)... foi muito difícil, mas agora gostava de ser diferente. Queria que ela nascesse por baixo para eu saber como é e ajudar a nascer o meu bebé.

E- E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativa tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

F- Vai ser muito boa, o meu homem vai ser muito bom para nós e eu estou quase a fazer 18 anos! Vou ser de maior! Eu sou uma boa mãe, vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (lágrimas sorrindo...)

E- Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?

F- O meu homem de princípio não queria porque a vida está muito má e ele ganha pouco. O meu homem trabalha! É Segurança. Mas eu também vou trabalhar se for preciso! (expressão zangada). O meu filho não passa fome que eu não deixo e não mo vão tirar! (expressão zangada). Agora que ele já sente o filho na barriga é um pai babado e já nem quer que eu vá trabalhar para estar bem e depois tomar conta do filho. O meu homem trabalha muito!...

E- Acredito! A vida não está fácil...Como é que a sua família reagiu?

F- A minha mãe está feliz por mim. Ela não se mete... não sabe ler nem escrever...
Ninguém se mete!

E- Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?

F- Não, só depois de casada e de estar grávida da minha filha. Eu não sabia o que era isso.

E- Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

F- Não. Eu sei ler e escrever mal... só fiz a terceira classe.

Dados a colher:

- ✓ Idade- 17 anos
- ✓ Habilitações literárias- 3º ano do primeiro ciclo
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação- doméstica
- ✓ Freguesia de residência ou bairro- Benfica
- ✓ Índice Obstétrico- 0101
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada- Sim
- ✓ Tipo de família de origem - Família reconstruída
- ✓ Vive com o companheiro
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima- Mãe foi mãe aos 15 anos
- ✓ Problemas económicos- vivem com o ordenado do companheiro
- ✓ Existência de conflitos na família de origem-Sim
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo- Não

Entrevista B

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Andreia – Sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.

E - Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?

A – Adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida. O aborto que fiz foi quando tinha 15 anos e o meu pai obrigou-me!...Passei mal e estive muito doente... Eu queria ter aquele filho!... (Olhos lacrimejantes).

Agora está tudo bem, vai ser um parto normal e vai correr tudo bem. Estou desejosa! (sorriso)

E - E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

A – Vai ser bom, vou ficar com um tempo com ele em casa e depois vou trabalhar. Ele vai estar bem.

E - Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?

A – Está louco de contente, ele também queria muito ser pai...

E - Como é que a sua família reagiu?

A – O meu pai está contente pois gosta muito do meu companheiro. Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer. A minha mãe está na vida dela e o meu irmão que vive connosco não tem nada que dizer pois já veio viver cá para casa depois de ter o filho e de se separar da mulher.

E - Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?

A – Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar.

E - Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

A – Não, lá não se falava nisso; pelo menos até ao 6º ano que estudei.

Dados a colher:

- ✓ Idade- 17 anos
- ✓ Habilitações literárias- 6º ano do segundo ciclo
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação- doméstica
- ✓ Freguesia de residência ou bairro – Bairro Boavista
- ✓ Índice Obstétrico- 0010
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada- Sim
- ✓ Tipo de família de origem - Família alargada
- ✓ Vive com o companheiro, o pai e o irmão
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima- Mãe foi mãe aos 17 anos
- ✓ Problemas económicos- vivem com o ordenado do companheiro e ajuda do pai (companheiro em risco de ficar desempregado)
- ✓ Existência de conflitos na família de origem- Sim, conflito com a mãe que abandonou o pai
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo- Não

Entrevista C

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Soraia – Gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...

E - Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?

S – A gravidez é uma coisa única... e espero que corra tudo bem no parto e que tenha uma hora pequenina! (risos)

E - E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

S – Vou cuidar do bebé e depois logo se vê.

E - Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?

S – O pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz! (sorriso rasgado). Nas relações até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto (sorriso envergonhado) ... já não tínhamos há duas semanas!...

E - Como é que a sua família reagiu?

S – A mana que tem 11 anos está super feliz porque vai ser tia; a mãe e o avô estão felizes porque gostam do meu companheiro actual, ao contrário do anterior!... (fácies triste)

E - Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?

S – Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei.

E - Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

S – Não. Eu só estudei até ao 6º ano porque comecei a trabalhar e depois tomei-lhe o gosto. Até ao 6º ano não se falava nisso.

Dados a colher:

- ✓ Idade- 19 anos
- ✓ Habilitações literárias- 6º ano do segundo ciclo
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação- doméstica
- ✓ Freguesia de residência ou bairro – Bairro Padre Cruz

- ✓ Índice Obstétrico- 0020
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada- Sim
- ✓ Tipo de família de origem - Família alargada
- ✓ Vive com o companheiro e com o avô, vão mudar-se para a casa da mãe
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima- Mãe foi mãe aos 19 anos
- ✓ Problemas económicos- vivem com o ordenado do companheiro que é tatuador e que faz quatro horinhas num serviço
- ✓ Existência de conflitos na família de origem- Não
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo- Não

Entrevista D

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Carina – Não queria que a minha filha ficasse sozinha, eu sou filha única e é muito triste... é-se muito sozinha...

E - Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?

C – Estou muito nervosa e preocupada... o meu menino mexe-se muito tenho medo que ele não esteja bem... o parto da minha filha foi difícil, tive muitas dores e ela nasceu toda roxa... espero que corra tudo bem...

E - E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

C – Vai ser como agora, a minha juventude vai ser vivida aos 30 anos, quando os meus filhos já forem maiores... Ela aconteceu e eu não sabia nada da vida... graças a Deus a minha mãe deu-me muito apoio e eu terminei o 12º ano. Assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo.

E - Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?

C – Está feliz, na primeira tivemos um choque mas agora desejámos muito para ficarmos despachados (risos)... já não quero ter mais filhos!

E - Como é que a sua família reagiu?

C – O meu pai agora está contente pois gosta muito do meu companheiro, na primeira gravidez foi muito difícil até a neta nascer, depois derreteu-se todo e também ajudou a minha mãe! Ela é que foi sempre espectacular e me ajudou a acabar os estudos... foi muito difícil.

E - Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?

C – Não, só depois de ter engravidado é que fui às consultas de grávida. Planeamento familiar só depois de ter tido a minha filha. Vinha aqui ao posto á consulta com a enfermeira e com uma médica.

E - Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

C – Sim, mas depois de ter engravidado, aí já sabia o que a enfermeira do posto me disse...

Dados a colher:

- ✓ Idade- 19 anos (Primeira gravidez aos 16 anos)
- ✓ Habilitações literárias- 12º ano do ensino secundário
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação- caixa de supermercado
- ✓ Freguesia de residência ou bairro – Benfica
- ✓ Índice Obstétrico- 1001
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada- Sim
- ✓ Tipo de família de origem - Família nuclear
- ✓ Vive com o companheiro
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima- Não
- ✓ Problemas económicos- Não

- ✓ Existência de conflitos na família de origem- Não
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo- Não

Entrevista E

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Tânia – Não sei ... (riso)

E – Desejou esta gravidez? Foi escolha? Foi planeada?

T – Sim.

E – Não sabe porquê?

T – Não. (riso)

E - Como se sente com a gravidez, como pensa que vai ser o parto?

T – Sinto-me bem... (risos) está tudo bem...vai correr bem. (riso)

E - E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

T – Vou tomar conta dele.

E - Como é que o pai reagiu à gravidez? Também foi um desejo dele?

T – Sim, o pai está super feliz! (sorriso rasgado).

E - Como é que a sua família reagiu?

T – Estão todos felizes.

E - Frequentou algum tipo de consulta de planeamento familiar ou consulta de adolescente antes de engravidar? Foi acompanhada por uma enfermeira?

T – Sim, aqui no posto de saúde.

E - Teve acesso a educação sexual na escola? Como foi? Quem falou e sobre o quê? O que faltou falar e como gostaria de ver tratado o assunto?

T – Sim, uma enfermeira falou sobre isso na escola... explicou muito bem.

Entrevista E 2ª entrevista

Entrevistador – Que motivos a levaram a engravidar agora? Porque desejou esta gravidez? O que a influenciou nessa escolha?

Tânia – Queríamos ter um bebé...ele queria muito ser pai e eu também. (riso)

E - E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida? Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé?

T – Vou tomar conta dele e se for preciso também vou trabalhar; mas o pai trabalha para cuidar de nós!

Dados a colher:

- ✓ Idade- 19 anos
- ✓ Habilitações literárias- 9º ano do terceiro ciclo
- ✓ Profissão/ Tem ou não tem ocupação- doméstica
- ✓ Freguesia de residência ou bairro – Bairro Padre Cruz
- ✓ Índice Obstétrico- 0000
- ✓ Gravidez desejada e/ou planeada- sim
- ✓ Tipo de família de origem - Família nuclear
- ✓ Vive com o companheiro
- ✓ Existência ou não de gravidezes adolescentes na família próxima- Mãe foi mãe aos 16 anos
- ✓ Problemas económicos- vivem com o ordenado do companheiro
- ✓ Existência de conflitos na família de origem- Não
- ✓ Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo- Não

Apêndice X– Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias	Unidades de significação ou de registo
Aspectos psicológicos	Necessidade de afecto	<ul style="list-style-type: none"> • “o meu homem(...) é muito bom para mim ” (NA 1 A) • “o meu homem é muito bom ” (NA2 A) • “o meu homem vai ser muito bom para nós” (NA 3 A) • “Adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida” (NA 1 B) • “Gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir! Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (NA 1 C) • “ O pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz! (sorriso rasgado). Nas relações até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto (sorriso envergonhado) ... já não tínhamos há duas semanas!...” (NA 2 C) • “Não queria que a minha filha ficasse sozinha...” (NA 1 D)
	Baixa auto estima	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu sei ler e escrever mal... só fiz a terceira classe ” (AE1 A) • “sofri muito, o meu ex. marido batia-me muito ” (AE 2 A) • “Sou boa mãe.” (AE 3 A) • “Eu sou uma boa mãe ”(AE 4 A) • “Adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida” (AE 1 B) • “ O pai é meu companheiro já há 7 meses e também desejou muito o bebé. Está super feliz! (sorriso rasgado). (AE 1 C) • “ Não sei” (resposta a porque desejou esta gravidez e que motivos a levaram a engravidar) (AE 1 E)
	Vivências negativas	<ul style="list-style-type: none"> • “sofri muito (...) mesmo quando estava grávida” (VN 1 A) • “e graças a ele vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição... eu fugi, ainda sou de menor...” (VN 2 A) • “A minha filha já tinha muitos problemas; já estava muito pequenina dentro da barriga... (lágrimas) ... foi muito difícil” (VN 3 A) • “O parto da minha filha foi cesariana aos 7 meses pois eu caí de uma escada e íamos morrendo as duas...” (VN 4 A) • “ até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto” (VN 1 C) • “ eu sou filha única e é muito triste ...” (VN 1 D) • “O meu pai agora está contente pois gosta muito do meu companheiro, na primeira gravidez foi muito difícil até a neta nascer, (...) foi muito difícil.” (VN 2 D)

Aspectos culturais	Ritual passagem à vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> • “eu já sou mãe, fui mãe com 16 anos ...” (RP 1 A) • “casei muito cedo(RP 2 A) • “ eu estou quase a fazer 18 anos! Vou ser de maior! Eu sou uma boa mãe, com a ajuda do meu homem ” (RP 3 A) • “ Queria que ela nascesse por baixo para eu saber como é e ajudar a nascer o meu bebé.” (RP 4 A) • “Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (RP 1 C) • “A gravidez é uma coisa única... e espero que corra tudo bem no parto e que tenha uma hora pequenina! (risos) ” (RP 2 C) • “A mana que tem 11 anos está super feliz porque vai ser tia ” (RP 3 C)
	Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> • “ estou feliz com o meu homem(...)” (AC 1 A) • “A minha mãe está feliz por mim. Ela não se mete... não sabe ler nem escrever... Ninguém se mete!” (AC 2 A) • “ o meu homem é muito bom, primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha. (AC 3A) • “O meu pai está contente pois gosta muito do meu companheiro. Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer.” (AC 1 B) • “Ela aconteceu e eu não sabia nada da vida... graças a Deus a minha mãe deu-me muito apoio e eu terminei o 12º ano...” (AC 1 D) • “Sim, o pai está super feliz.” (AC 1 E)
Aspectos sociais	Bebé como objectivo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • “ adoro crianças (...)” (BO 1 A) • “roubaram a minha filha (...) mas eu ainda hei-de ir buscá-la! ” (BO 2 A) • “O meu filho não passa fome que eu não deixo e não mo vão tirar!” (BO 3 A) • ” vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (BO 4 A) • “Sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.” (BO 1B) • “Sentir o bebé mexer e crescer, saber os pormenores do crescimento do bebé... tudo...” (BO 1 C) • “ O pai (...)nas relações até tem medo que eu perca o bebé porque já tenho a história do aborto (sorriso envergonhado) ... já não tínhamos há duas semanas!...” (BO 2 C) • “ Vou tomar conta dele ” (BO 1 E)
	História familiar de	<ul style="list-style-type: none"> • “Mãe foi mãe aos 15 anos” (HF 1 A)

	gravidez precoce	<ul style="list-style-type: none"> • “Mãe foi mãe aos 17 anos” (HF 1 B) • “Mãe foi mãe aos 19 anos” (HF 1 C) • “Mãe foi mãe aos 16 anos” (HF 1 E)
	Nível socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • “O meu homem de princípio não queria porque a vida está muito má e ele ganha pouco. O meu homem trabalha! É Segurança” (SE 1 A) • “eu também vou trabalhar se for preciso” (SE 2 A) • “O meu pai está contente (...) Já estamos a viver com ele para ser mais fácil quando o bebé nascer. (...) O meu irmão que vive connosco (...) veio viver cá para casa depois de ter o filho e de se separar da mulher.” (SE 1 B) • “Vivemos com o ordenado do companheiro e ajuda do pai (o companheiro está em risco de ficar desempregado) ” (SE 2 B) • “Vivo com o ordenado do companheiro que é tatuador e faz quatro horinhas num serviço” (SE 1 C) • “Assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo ” (SE 1 D) • “ Vou tomar conta dele ” (SE 1 E) • “Vivo com o ordenado do companheiro” (SE 2 E)
Aspectos Éticos	Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • “eu fugi, ainda sou de menor...mas eu ainda hei-de ir buscá-la!(...) primeiro ele não queria filhos mas agora está feliz e até quer ajudar-me a criar também a minha filha. (AU 1 A) • “vou cuidar do meu filho com a ajuda do meu homem e depois vamos buscar a minha filha também para viver connosco (lágrimas sorrindo...)” (AU 2 A) • “Sempre desejei ser mãe, desde cedo que sonhava com isso e só me sentia realizada se fosse mãe.” (AU 1B) • “Adoro estar grávida, estou mais feliz quando estou grávida”(..)(Olhos lacrimejantes)” (AU 2 B) • “Gravidez para mim é uma coisa única que queria sentir!” (AU 1 C) • “Não queria que a minha filha ficasse sozinha, eu sou filha única e é muito triste...é-se muito sozinha...” (AU 1 D) • “Vai ser como agora, a minha juventude vai ser vivida aos 30 anos, quando os meus filhos já forem maiores (...) Assim que terminei os estudos fiquei com o pai dos meus filhos e comecei a trabalhar para podermos ter o segundo.” (AU 2 D) • “ Está feliz, na primeira tivemos um choque mas agora desejámos muito para ficarmos

		<i>despachados (risos) ... já não quero ter mais filhos!” (AU 3 D)</i>
	Justiça	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“vieram aquelas bruxas e roubaram a minha filha...levaram-na para uma instituição (lágrimas) (JU 1 A)</i> • <i>“O aborto que fiz foi quando tinha 15 anos e o meu pai obrigou-me!” (JU 1 B)</i>
	Fidelidade	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar.” (FD 1 B)</i> • <i>“Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei.” (FD 1 C)</i>
Educação em Saúde	Consultas de planeamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não, só depois de casada e de estar grávida da minha filha.” (PF 1 A)</i> • <i>“Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos pílulas. Colocaram-me lá o aparelho do braço depois do aborto e retirei-o lá para engravidar. (PF 1 B)</i> • <i>“Sim, na Santa Casa do bairro tínhamos consultas e davam-nos as pílulas para tomar, mas eu queria engravidar e deixei.” (PF 1 C)</i> • <i>“Não, só depois de ter engravidado é que fui às consultas de grávida. Planeamento familiar só depois de ter tido a minha filha. Vinha aqui ao posto á consulta com a enfermeira e com uma médica.” (PF 1 D)</i> • <i>“Sim, aqui no posto de saúde.” (PF 1 E)</i>
	Educação para a sexualidade na escola	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não (...) só fiz a terceira classe” (ES 1 A)</i> • <i>“Não, lá não se falava nisso; pelo menos até ao 6º ano que estudei” (ES 1 B)</i> • <i>“Não. Eu só estudei até ao 6º ano (...). Até ao 6º ano não se falava nisso.” (ES 1 C)</i> • <i>“Sim, mas depois de ter engravidado, aí já sabia o que a enfermeira do posto me disse.” (ES 1 D)</i> • <i>“Sim, uma enfermeira falou sobre isso na escola... explicou muito bem.” (ES 1 E)</i>