INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Augusta Marques de Almeida e Costa

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Porto, 2002

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Augusta Marques de Almeida e Costa

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Sob Orientação de
Zaida de Aguiar Sá Azeredo
Professora Doutora

Porto, 2002

Ao Acácio
à Magda
à Sara
que me
acompanharam
neste caminhar

Agradecimentos

À Senhora Professora Doutora Zaida Azeredo pelo apoio, estímulo, disponibilidade, crítica e conselhos oportunos que sempre colocou na orientação desta tese de mestrado.

Ao Senhor Professor Coordenador José Manuel Rodrigues pela disponibilidade, estímulo, amizade e ajuda incondicional ao longo de todo este percurso.

Às Direcções dos Centros de Saúde de Oliveira de Frades, Viseu I e Viseu II, e Conselho de Administração do Hospital de S. Teotónio Viseu pelas facilidades concedidas na fase de recolha de dados.

Às Enfermeiras Chefes das várias unidades pela forma como acolheram a nossa presença.

Às Enfermeiras participantes neste estudo sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Aos Professores do VIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo contributo dado à nossa formação.

Ao Enfermeiro Rui Dionísio pela sua preciosa colaboração.

À minha filha, Magda, por todo apoio prestado.

A todos os colegas e amigos que solidariamente contribuíram para a realização deste trabalho, o nosso sincero agradecimento.

"Há meninas que se fazem mulheres como as rosas;
passam de botão a flor: desabrocham".

José de Alencar

Resumo

Com este trabalho "A gravidez na adolescência na perspectiva do enfermeiro" pretendemos conhecer as razões atribuídas pelos enfermeiros para a gravidez na adolescência e identificar formas de melhor cuidar as adolescentes grávidas.

Estando conscientes de que se trata de um período da vida em que se operam grandes mudanças no processo de desenvolvimento individual, no particular da sexualidade, há necessidade de um olhar cuidado por todos os agentes de educação e saúde que lidam com os jovens.

Optamos por uma abordagem qualitativa, tendo recorrido às entrevistas para obtenção da informação junto dos enfermeiros das unidades de saúde.

Pelos resultados obtidos, percebemos que as enfermeiras dizem que as adolescentes engravidam por falta de informação, por descuido, por aventureirismo mas também por o desejarem, em situações em que se querem autonomizar face à família ou planear a sua vida.

Também podemos concluir que os enfermeiros se encontram motivados para cuidar dos adolescentes, estando preocupados com a qualidade dos cuidados prestados. Sugerem mesmo que se implementem estratégias em parceria com as escolas, visando o atendimento aos adolescentes, com melhor acessibilidade, com apoio através de equipas multidisciplinares a funcionar em consultas abertas, de forma desburocratizada e em horários alargados.

Sobre os cuidados prioritários a promover às adolescentes grávidas, as enfermeiras, perspectivam cuidados inerentes à gravidez e cuidados específicos relacionados com a condição de adolescente em que a integração da grávida no seio familiar assume uma preocupação particular.

É feita uma proposta concreta para a implementação de um Plano de Intervenção a Adolescentes (PIA) assumindo uma forte componente formativa, com criação de locais diversificados de atendimento a jovens e em simultâneo a activação de consultas médicas e de enfermagem no Centro de Saúde.

Summary

With this work " the pregnancy of the adolescent in the point of view of the nurse", we want not only to identify the reasons attributed by the nurses to the pregnancy of the adolescent but also find better ways to look after pregnant adolescents.

As we are conscious that there are huge changes in the process of individual development in that age, particularly in what sexuality concerns, there is the need to have an attentive look by all education and health agents who deal closely with these teenagers.

We have chasen a qualitative approach and used interviews to get the information through the nurses in the health unities.

From the results, we understood that the nurses say that the adolescents get pregnant due to lack of the information, carelessness, want of adventure but sometimes it happens that they want to get pregnant because its their desire as they want to become independent for their families and plan their own life.

We can also conclude that the nurses are motivated to look after the adolescents, being even worried with the quality of the cares and services provided. They have even suggested to implement stategies together with schools, in order to serve them better, with the suport of multisubjected teams working in open surgeries, without any bureaucracy and in extended hours.

In the nurses' view, the prior cares to take in account with pregnant adolescents are cares whitch are inherent in the pregnancy and other kind of cares particularly related with condition of being an adolescent, where the integration of the pregnant in her family is a particular concern.

A specific prposal is made in order to implement a Plan of Intervention for Adolescents (PIA) with a strong formative component, with different places of attendence to teenagers, adding simultaneously the possibility to have medical and nursing surgeries in the health centre.

Sumário

Pág.

INTRODUÇÃO **12**

PARTE UM

DA ADOLESCÊNCIA AO CUIDAR DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

1- Contextualização da adolescência **16**

1.1 - Conceito e delimitação 16

1.2 - Adolescência como processo de mudança 20

2 - Sexualidade e educação sexual na adolescência **25**

2.1- Sexualidade na adolescência 27

2.2- A educação sexual, familia e pares 30

2.3- A educação sexual e a escola 33

2.4- Intervenção do enfermeiro na educação sexual 39

3- Gravidez na adolescência **41**

3.1- Razões da gravidez na adolescência 42

3.2- Implicações da gravidez na adolescência 44

4- O enfermeiro na prestação de cuidados ao adolescente **50**

4.1- O cuidar em enfermagem da grávida adolescente 52

PARTE DOIS

ABORDAGEM EMPÍRICA

1- Objectivos e finalidade do estudo **62**

2- Tipo de estudo **63**

3- População e amostra **65**

4- Colheita de dados **68**

5- Considerações éticas **71**

6- Análise e interpretação de resultados **73**

6.1- Caracterização das respondentes 74
6.2- Sentimentos expressos pelas enfermeiras ao cuidar as adolescentes grávidas 75
6.3 - Motivos que levam as adolescentes a engravidar 81
6.4 - A problemática da gravidez na adolescência 87
6.5 - Implicações pessoais e familiares da gravidez na adolescência 92
6.6 - Contextos profissionais e educação sexual junto dos adolescentes 96
6.7 - O contributo dos enfermeiros para a optimização dos cuidados aos adolescentes 107
6.8 - O planeamento e organização do atendimento aos adolescentes 111
6.9 - Cuidados de enfermagem prioritários às grávidas adolescentes 117

CONCLUSÕES DO ESTUDO **120**
PROPOSTA FINAL **126**
BIBLIOGRAFIA **128**
ANEXOS **138**

ANEXO 1 - Guião da entrevista
ANEXO 2 - Modelo de pedido de autorização para a colheita de dados
ANEXO 3 - Fotocópia das autorizações para a colheita de dados

Índice de Quadros

Pág.

Quadro I – Partos ocorridos no Hospital de S. Teotónio de Viseu, por concelho de origem materna e respectiva população inscrita 66

Índice de Figuras

Pág.

Figura I – Processos de cuidar em enfermagem 54

Figura II – Estrutura de cuidar 55

Índice de Diagramas

Pág.

Diagrama I – Esquema representativo dos factores envolvidos no processo de tomada de decisão 48

Diagrama II – Esquema representativo das questões em análise 73

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida humana que se situa entre o fim da infância e o princípio da vida adulta em que surgem profundas alterações a nível pessoal, relacional e social.

É um processo natural de amadurecimento em que se verificam mudanças a nível físico e cognitivo influenciado por factores inatos, inerentes à genética e factores ambientais, que vão desde a família à escola e ao meio envolvente.

As transformações biológicas preparam o indivíduo para a sexualidade iniciando-se assim, a busca de amor no mundo externo .

Nesta altura é importante que os jovens já tenham adquirido conhecimentos que lhe proporcionem uma sexualidade responsável. Esta tarefa cabe aos pais, educadores e profissionais de saúde especialmente aos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional junto da comunidade.

Tratando-se de um período que faz parte do desenvolvimento do ser humano, tem vindo a sofrer alterações que vão acompanhando esse desenvolvimento e que determinam novos entendimentos para as problemáticas que lhe estão associadas.

Na medida directa do insucesso da atitude preventiva surge, neste grupo etário, a gravidez não desejada que é sempre uma situação geradora de instabilidade e promotora de alterações a todos os níveis.

A dimensão do problema, não sendo nova, assume um significado relevante que nos é traduzido pelos indicadores de saúde, em que no ano de 2000, dos 119368 partos referenciados pelo Instituto Nacional de Estatística, 7526 correspondem a situações de partos na adolescência, o que significa um percentual de 6,3. Concretamente na área de influência do Centro de Saúde onde desempenhamos a actividade profissional, esse valor é de 5,22%, embora estejamos conscientes de que se verifica alguma discrepância entre estes dados relativos aos partos e à frequência de gravidezes na adolescência, sendo estas em valores mais elevados.

Neste contexto a gravidez na adolescência é uma problemática que continua a inquietar pais, professores, técnicos de saúde e os próprios jovens, já que compromete todo um conjunto de estruturas, que poderão conduzir a problemas de saúde, tanto para os jovens como para os filhos e criar desequilíbrios familiares, psicológicos, económicos e sociais podendo variar de família para família afectando relações e sentimentos.

Estas preocupações são partilhadas no seio da Enfermagem de forma muito próxima, dada a natural proximidade às populações, constituindo uma clara área de trabalho no sentido da resolução dos problemas dos jovens.

Assim e porque tem sido grande a preocupação à volta deste problema, surgiu a necessidade de aprofundar questões relacionadas com esta temática, procurando conhecer a realidade do ponto de vista dos enfermeiros que exercem a sua actividade em unidades de saúde do distrito de Viseu e que de facto vivenciam as situações de gravidez na adolescência.

Foi então que nos surgiram algumas questões, que suportam o nosso percurso de investigação:

- Para os enfermeiros, que motivos poderão contribuir para que as adolescentes engravidem?
- Como é que os enfermeiros poderão contribuir para prestar melhores cuidados às grávidas adolescentes?

Assim, pretendemos

- a) conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as implicações da gravidez na adolescência;
- b) identificar os cuidados de enfermagem prioritários a prestar às grávidas adolescentes.

Como finalidade deste estudo, gostaríamos de utilizar os resultados obtidos, para programar uma forma de atendimento específico aos adolescentes com vista não só à informação/sensibilização de adopção de estilos de vida saudáveis, mas também à vivência de uma sexualidade responsável.

Ao longo desta tese são utilizados os termos "jovens" e "adolescentes" como sinónimos.

Este trabalho pretende numa primeira parte fazer uma abordagem às questões que percorrem as temáticas associadas à adolescência enquanto

processo em constante mudança, o que fizemos no primeiro capítulo, tendo-nos depois debruçado sobre a sexualidade e educação sexual na adolescência e respectivos agentes envolvidos neste processo, onde obrigatoriamente o enfermeiro assume um papel relevante. Já no terceiro capítulo centramos a atenção nas implicações da gravidez na adolescência, terminando esta parte com uma reflexão sobre o cuidar em enfermagem da grávida adolescente.

A ênfase qualitativa colocada no processo de investigação visou perceber concretamente a vivência dos enfermeiros que cuidam de adolescentes, o que nos permitiu melhor construir um pensamento que suporta o agir em enfermagem.

Assim, a parte dois é constituída pela abordagem empírica onde se descreve todo o percurso metodológico. A população escolhida foi constituída pelas enfermeiras que prestam cuidados a adolescentes grávidas; recorremos a entrevistas semi-estruturadas para colheita da informação.

O capítulo seis apresenta-nos a análise interpretativa dos resultados que emergiram da apreciação das entrevistas.

Para finalizar discutimos algumas conclusões que nos irão servir de suporte para a execução de um plano de intervenção para adolescentes que é, sem dúvida, a grande finalidade deste trabalho.

PARTE UM

DA ADOLESCÊNCIA
AO
CUIDAR DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

1- Contextualização da adolescência

A preocupação em se perceber melhor o desenvolvimento humano, implicou a necessidade de serem clarificados alguns conceitos e entender as diferentes etapas da vida de forma a melhor identificar comportamentos e atitudes de natureza psico-social e física.

Desde os primórdios da humanidade que o homem vive a transição da infância para a idade adulta mas só em meados do século XIX com as grandes modificações que ocorreram no seio da família surgiu o conceito de adolescência.

Este período da vida exige abordagens específicas e multiprofissionais, o que obriga a um melhor conhecimento sobre a adolescência. Para tal, pretendemos fazer uma abordagem global sobre os conceitos implícitos à adolescência.

1.1 - Conceito e delimitação

Vários foram os filósofos que se interessaram pelo desenvolvimento humano, tendo surgido várias teorias para explicar este fenómeno. Enquanto que Platão considerava o *corpo* e a *alma* como entidades separadas e independentes, Aristóteles defendia que havia unidade entre o mundo físico e mental sendo *corpo* e *alma* inseparáveis. Para este filósofo o desenvolvimento processava-se de forma descontínua, atribuindo-lhe vários estádios. Assim a "Infância" teria como funções dominantes a alimentação e a imitação e situava-se entre os 0 e os 7 anos. A "Meninice", seria o período compreendido entre os 7 e os 14 anos sendo as funções sensoriais, perceptivas e locomotoras dominantes. Ao período compreendido entre os 14 e os 21 anos Aristóteles chamou de "Juventude". Este filósofo manifestou grande preocupação com a instabilidade da juventude, responsabilizando a sociedade pela orientação dos seus membros mais jovens de modo a que se construísse o bem e instituições adequadas (Ricoeur, 1990).

No século XVIII, Rosseau, fez a distinção entre a infância e a idade adulta e considerou que a adolescência é uma etapa em que a pessoa toma consciência das suas motivações individuais e se confronta com as regras sociais.

O conceito de adolescente tem variado ao longo dos tempos de acordo com a cultura e com o meio social. A Revolução Industrial foi um acontecimento que desencadeou grandes alterações na organização da sociedade. As pessoas migraram para os locais onde existiam as fábricas, verificando-se uma massificação da sociedade nos centros urbanos. Devido à necessidade de adquirir formação técnica e intelectual para entrar no mundo do trabalho, a escolaridade obrigatória foi-se alargando pelo que o adolescente começou a permanecer mais tempo no seio familiar. Surge um novo conceito de família: a "*família moderna*" que segundo Claes (1990) se vai concentrar nas tarefas educativas assegurando a promoção social dos filhos e garantindo a permanência do sistema de valores.

Segundo Ariés, citado por Almeida (1987:15)

"A escola torna-se lugar de transmissão das regras sociais e culturais do mundo dos adultos, os adolescentes são ali formados conforme os modelos impostos pelos adultos e só no fim dessa aprendizagem adquirem o direito de entrar no mundo dos homens".

No final da II Guerra Mundial, assistiu-se a um aumento acentuado de crianças o que contribuiu para elevar o número de adolescentes que os tornou um grupo muito influente na estrutura social (Brindis, Lee, 1990).

Com a experiência da actividade física nas frentes da guerra, no período pós-guerra aumentou o tempo livre dos jovens, tendo estes oportunidade de praticar desporto e até recorrer à praia como local de lazer.

As actividades ao ar livre vão sendo exploradas em especial pelos mais jovens, o que conduz ao aparecimento de movimentos como o escutismo, e de novos valores a preservar no quotidiano das sociedades como o cuidado com o corpo e o bem-estar, sendo a saúde e a beleza símbolo de juventude (Claes, 1990).

Em Portugal a população de adolescentes tem vindo a aumentar, devido especialmente à densidade demográfica resultante da descolonização e imigração que promovendo uma diversidade de culturas e sociedades são um desafio para os profissionais de saúde especialmente os enfermeiros.

Como tal, devemos ter em consideração que a adolescência, é um período do ciclo de vida, marcado pelo conceito de desenvolvimento, não apenas para o adolescente, mas que é resultante das interacções estabelecidas nos sistemas em que se movimenta.

Dos vários autores que teorizam sobre a adolescência é comum a abordagem, em que aquela se caracteriza pelo emergir da puberdade e em que existe um ponto de partida universal, inscrito no crescimento biológico, o mesmo não acontecendo com a definição do seu términus. Desta forma não é fácil localizar cronologicamente o fim da adolescência e o início da fase adulta. Não existe, na realidade, consenso entre os vários especialistas.

O termo adolescência vem do latim "adolescere" que significa crescer, aumentar, amadurecer. É um período do ciclo vital, de transição para a idade adulta, durante o qual se verificam modificações ao nível biológico e psico-socio-cultural marcado por alterações inter-relacionadas no corpo, na mente e nas relações sociais (Fleming, 1993). Nesta perspectiva "*o desenvolvimento não se processa através de períodos estanques e rígidos, antes sendo o resultado de um continuum de integrações psíquicas de complexidade crescente*" (Sá, 1997, p.23).

Este conceito de desenvolvimento impõe um conjunto de mudanças, modificações e transformações que "*...produzem-se em ritmo diferente consoante o indivíduo*" (Cordeiro, 1979:22).

Mas se a puberdade e a adolescência são dois processos de evolução do ser humano intimamente relacionados, o termo puberdade refere-se mais ao desenvolvimento hormonal e é um processo de crescimento físico e de maturação biológica. O termo adolescência está relacionado, geralmente, com o crescimento e desenvolvimento psicológicos.

Para Fernandes (1990), a adolescência apresenta-se a nível psicológico com um vivenciar de divergências e oposições que percorrem todos os graus da escala hierárquica levando o jovem a uma crise existencial ampla, profunda e crucial, capaz de mudar o processo da própria personalidade em formação, transformando o seu comportamento e a sua adaptação ao meio familiar, escolar e social.

Sprinthall e Collins (1994) descrevem que a aprendizagem efectuada neste período do ciclo vital é considerada a base de todas as perturbações e dificuldades que ocorrem na adolescência.

De acordo com Hall, citado por Claes (1990:14) *"a adolescência é o período de agitação e tensão que começa na puberdade e acaba quando se consegue a condição de adulto completo"* .

Contudo um dos mais reputados teorizadores da aprendizagem social, Albert Banduras refere que a adolescência não é inevitavelmente uma etapa de agitação e de tensão, mesmo na sociedade contemporânea, mas sim, o resultado de experiências ambientais e não como um período que necessariamente terá que ser difícil (Papalaia, 1985).

Esta etapa do ciclo vital é dividida em vários grupos etários de acordo com a opinião dos autores.

Assim, Friedman et al. (1992) divide a adolescência em três sub-etapas:

- adolescência precoce: dos 10 aos 14 anos
- adolescência intermédia: dos 14 aos 17 anos
- adolescência tardia: dos 17 aos 20 anos

Segundo a OMS (1984) a adolescência é um período da vida em que se processa a transição da infância para a idade adulta e que se caracteriza pelo esforço em alcançar as metas relacionadas com as expectativas do meio cultural e pelo desabrochar do desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Estabelece para a adolescência o período dos 10 aos 19 anos com 2 fases distintas:

- a primeira dos 10 aos 14 anos
- a segunda dos 15 aos 19 anos.

É esta a definição adoptada em Portugal pela Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993).

Sampaio (1996), considera a adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta.

A par dessa evolução surgem as mudanças físicas e psico-sociais que acompanham o adolescente ao longo do seu desenvolvimento.

1.2 - Adolescência como processo de mudança

Pensamos que é importante caracterizarmos as transformações que ocorrem no desenvolvimento do indivíduo, para melhor entendermos a origem de algumas perturbações e alterações do comportamento, tão naturais e frequentemente constatáveis nos adolescentes.

Cada adolescente é único na forma como realiza o seu processo de desenvolvimento, contudo as alterações físicas comportamentais e determinadas preocupações, são visíveis e comuns em diferentes idades durante a própria adolescência.

Para além das alterações biológicas, o desenvolvimento de cada adolescente é influenciado pela família, sociedade, grupo de pares, religião e condição socio-económica.

Bobak et al. (1999) divide a adolescência em 3 fases quanto ao desenvolvimento psicossocial:

- adolescência precoce: dos 10 aos 14 anos (há apenas uma noção vaga do eu, são incapazes de relacionar o seu comportamento com as consequências que este acarreta).
- adolescência intermédia: dos 14 aos 17 anos (lutam com os seus sentimentos de dependência versus independência à medida que o papel dos pais é substituído pelo dos pares. São mais predispostos a demonstrar variações extremas nas suas emoções).
- adolescência tardia: dos 17 aos 21 anos (têm uma noção firme do seu eu e podem com clareza incorporar informação abstracta nas suas próprias vidas).

O amor faz parte das relações heterossexuais íntimas, havendo um desenvolvimento de capacidade de tomar decisões.

Para Ceballos (1999), a adolescência está dividida em três etapas de acordo com os limites etários.

Assim considera:

- **Adolescência precoce/puberdade** que se inicia nas raparigas por volta dos 11-13 anos e nos rapazes aos 13-15 anos.

Nesta fase verificam-se alterações físicas muito acentuadas, maturação cognitiva bem significativa e também grande sensibilidade e receptividade para o relacionamento de grupo ou de pares.

- **Adolescência média** que tem o seu início nas raparigas entre os 13-16 anos e nos rapazes entre os 15-18 anos.

Esta fase está relacionada sobretudo com o desenvolvimento afectivo e social. O adolescente começa a adquirir a capacidade de reflexão sendo capaz de pensar sobre si mesmo permitindo a descoberta do "eu" e a revisão da identidade pessoal.

- **Adolescência final** inicia-se com o desenvolvimento da personalidade alcançado na fase anterior. O adolescente já detém algum conhecimento e aceitação de si mesmo; alguma informação do que é, do que quer da vida; o que quer realizar sem necessitar dos outros. A rede social alarga-se deixando de se limitar aos amigos mais próximos. A relação com a família torna-se mais harmoniosa, desenvolvendo-se sentimentos de compreensão, compaixão, altruísmo, sacrifício e entrega. É o momento das grandes decisões relacionadas com os estudos, amizade e amor. Ao iniciar a segunda década de vida ocorrem profundas transformações físicas com impacto psicológico, que exigem uma adaptação constante às alterações corporais, sendo que os adolescentes atravessam uma fase de grande perturbação, uma vez que deixam de se reconhecer no seu próprio corpo e nos padrões e valores que norteavam a sua infância (Costa, 1993).

O crescimento físico do adolescente é sequencial e regular mas assincrónico, varia de pessoa para pessoa, sendo diferente o crescimento das várias partes do corpo, tornando-se este desproporcional.

Estas transformações do tamanho do corpo adolescente conduzem à dificuldade em coordenar os movimentos das diferentes partes do corpo constituindo o crescimento uma fonte de preocupação.

A forma corporal assume proporções diferentes nos dois sexos: nas raparigas há crescimento da pelve óssea e o alargamento dos quadris (Ziegel e Cranley, 1985), os rapazes apresentam pernas longas, ombros largos e os músculos mais evidentes. Surgem também os pelos púbicos, há crescimento das mamas na rapariga e alteração do tom de voz no rapaz. As glândulas sebáceas a segregar em grandes quantidades, tornam a pele do adolescente mais sensível e obstruem com facilidade os poros. O acne surge com maior intensidade no final da adolescência e afecta sobretudo os rapazes. *"Estas características têm influência na forma como os adolescentes se vêem a si próprios e no modo como são vistos pela sociedade"* (Sprinthall e Collins, 1994:53).

Estas alterações resultam do despertar do "cérebro endrócrino" em que a hipófise, comandada pelo hipotálamo, segrega estimulinas principais responsáveis pelo comportamento sexual (Rodrigues, 1998). Durante a puberdade elevam-se os níveis plasmáticos sanguíneos de FSH e LH que na rapariga estimulam as gónadas a maturar e libertar o óvulo, no rapaz conduz à espermatogénese e a um aumento de produção testicular de testosterona (Almeida, 1987) .

O indicador de que as raparigas atingiram a maturidade reprodutiva é a menarca, que surge por volta dos 12-13 anos, embora o momento exacto do seu aparecimento seja diferente em cada adolescente. Este acontecimento é bastante significativo para as adolescentes e é encarado de forma muito pessoal. A partir deste momento as raparigas estão preparadas para a reprodução.

É frequente existir um intervalo entre o início da menstruação e o alcance da fertilidade completa, no entanto durante este limite de tempo as raparigas nem sempre são estéreis. Assim, *"nenhuma adolescente pode confiar nesta infertilidade natural como garantia de que as relações sexuais durante este período não conduzirão a uma possível gravidez* (Sprinthall e Collins, 1994:55). O mesmo autor defende que o elevado número de gravidezes em adolescentes solteiras, algumas delas bastantes novas, reflecte que a concepção pode com frequência surgir precocemente.

Tal como nas raparigas, também os rapazes poderão ter um indicador de maturação sexual, a ejaculação. Esta primeira ejaculação, ocorre com frequência sob a forma de emissões nocturnas ou "sonhos molhados", que por vezes causam algum pânico e preocupação, sobretudo se o adolescente não está devidamente informado e esclarecido.

A alteração da voz e também o desenvolvimento dos pêlos da face demonstram o crescimento do adolescente, sendo a barba um sinal de maturidade bastante valorizado *"um indicador mais aparente do que as modificações genitais"* (Sprinthall e Collins, 1994:56).

O desenvolvimento físico do adolescente é acompanhado simultaneamente com mudança no domínio do pensamento e da cognição.

Surge uma forma diferente de abordar o real, sendo marcada por um conjunto de modificações quantitativas e qualitativas com evolução nas capacidades cognitivas, que se traduzem principalmente no aumento das

capacidades de abstracção e alargamento das perspectivas temporais (Claes, 1990).

Sprinthall e Collins (1994) descrevem o pensamento do adolescente através da sua capacidade de pensar por meio de hipóteses, pensar nas possibilidades, planificar, pensar sobre o pensamento e perspectivar o futuro.

A adolescência também é caracterizada por modificações importantes nas relações sociais e nos agentes de socialização. O adolescente coexiste no mundo em relação com o meio, sendo interlocutor duma cultura num contexto pessoal de realizações em que as dimensões familiares, sociais, políticas e religiosas, o desafiam a tornar-se pessoa.

A ascendência predominante da família vai ser progressivamente substituída pelo grupo de pares como fonte de referência das normas de conduta e da atribuição de estatuto. O grupo de pares, como agente de socialização, vai exigir a organização de relações de competição e cooperação com os companheiros de ambos os sexos. O processo de socialização pode ser perturbado pela actual e constante mutação em que se encontram as normas e valores culturais e pela diferença de valores nos diferentes grupos de uma comunidade (Navarro,1985).

Contudo este processo só é possível e terá êxito se houver inter-relacionamento com os outros de modo a que com experiências significativas (sucesso/fracasso, prazer/desprazer) o adolescente como pessoa evolua e também conduza à evolução dos outros, no meio social.

Todo este processo de mudança, onde reina a confusão, contradição e ambivalência, conduz à formação do seu "eu" e da sua própria personalidade.

A adolescência situa-se entre dois pólos importantes: a dependência ligada à necessidade de protecção e a independência ligada à necessidade de autonomia (Correia, 1995). Nesta fase é importante haver controlo, mas não é menos importante a liberdade o que torna a situação muito complicada para os pais.

É necessário que estabeleçam regras claras, precisas e coerentes, necessitando de um sistema executivo forte, ainda que flexível. Têm de ser os pais, na realidade, a assumir esse papel e essas funções com persistência, com amor, com segurança e flexibilidade. Mas os pais também têm de reconhecer as suas incapacidades e limitações fazendo com que esse reconhecimento seja um símbolo de sinceridade e consequentemente de elevada auto-estima. A gestão da

relação pais-filhos nesta etapa do ciclo vital constitui um desafio para todos (Alarcão, 2000).

De acordo com Gameiro (1994) surge nesta fase com alguma frequência, a afirmação do "eu " e uma certa revolta contra o meio e contra os pais, como comportamentos normais da adolescência.

A corroborar esta opinião Costa (1998:7) refere que:

"É frequente ouvirmos pais e educadores queixarem-se de que não sabem como lidar com os adolescentes, que não os compreendem, porque eles são reservados com os adultos e cheios de contradições; que são sensíveis e distantes, meigos e agressivos, cooperativos e competitivos, superficiais e idealistas; que estão confiantes e conservadores de manhã, angustiados e desiludidos à noite; numa semana são bons alunos e cheios de projectos e, logo a seguir, apáticos e desinteressados. São estas metamorfoses que tornam a tarefa do educador tão árdua, mas simultaneamente tão estimulante."

A adolescência é pois um percurso da vida, particularmente influenciado pelos padrões culturais e valores de cada sociedade.

É um processo de mudança em que várias realidades se inserem na experiência do adolescente de uma forma intensa entre si e o mundo que o rodeia, levando-o à procura de uma identidade.

2 - Sexualidade e educação sexual na adolescência

Ainda no ventre materno somos menino ou menina que posteriormente seremos educados e vestidos, diferentemente, de acordo com o sexo a que pertencermos. À medida que crescemos vamos adquirindo uma identidade sexual, isto é, o modo como nos sentimos a pertencer a determinado sexo. Desde a primeira infância que esta pertença é clara, mas a percepção dos papeis designados a cada um dos sexos são influenciados pelo meio onde nascemos e crescemos não podendo dissociar-nos do contexto socio-familiar que nos rodeia.

Durante o primeiro ano de vida aprendemos a amar sendo amados, descobrimos que o nosso corpo é bom e brincar com ele nos dá prazer. Através das carícias, dos beijos e das brincadeiras percebemos que há certas zonas do corpo que são fonte de sensações agradáveis e que socialmente são valorizadas. Descobrimos a nossa sensualidade, tão importante para uma vivência saudável da sexualidade. À medida que crescemos vamos desenvolvendo sentimentos positivos ou negativos em relação ao nosso corpo, às partes que o constituem e às alterações de que é alvo (Frade et al, 1992).

Vamo-nos apercebendo que somos diferentes de outros, tendo uma afinidade intensa com o nosso corpo, com a nossa imagem e expressões corporais podendo sentir maior ou menor satisfação com todas estas mudanças. Sentimos que existem outras pessoas com as quais nos vamos relacionando de forma diferente.

Existem momentos e espaços mais ou menos privados e íntimos que nos suscitam atracção e desejo pelo corpo do outro. Então surge a paixão e o namoro podendo ao longo deste percurso se construir e reformular relações. *"É impossível desligar a sexualidade dos afectos"* (Frade et al, 1992:14).

A sexualidade tem contrariedades inerentes a todo o processo de desenvolvimento relacionadas com as expectativas e frustrações, os amores e desamores em que a educação sexual pode contribuir para o entendimento e tomada de decisão responsáveis mas não impede os transtornos que são próprios do crescimento e da construção individual. Contudo, há situações

problemáticas que poderão ser evitadas. As doenças sexualmente transmissíveis, assim como as gravidezes não desejadas, afectam um número bastante elevado de jovens, levando muitas à prática de aborto clandestino, algumas vezes já numa fase avançada da gravidez.

A sexualidade humana não é apenas um fenómeno biológico mas inclui o aspecto afectivo, intelectual, emocional e social e aprende-se através de informações, instruções e reforços do comportamento (prémios e punições) proporcionados pelos agentes educativos e, ainda, pela observação de modelos (dos seus comportamentos e atitudes), especialmente os emocionalmente significativos para o indivíduo.

Frade (1992), refere como objectivo da educação sexual, além do conhecimento dos factos que integram a sexualidade, um conjunto de sentimentos e atitudes que possam contribuir para uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, a recusa de um sexo dominante , assim como uma atitude de aceitação (não discriminatória) face às orientações sexuais de cada um.

A mesma autora considera que a educação sexual contribui para o processo de desenvolvimento de capacidades dos adolescentes, nomeadamente a capacidade de pedir ajuda quando necessário, de comunicar assertivamente, tomar decisões e recusar comportamentos não desejados.

Acreditamos que este tipo de respostas, relativamente à educação sexual, deveriam estar em consonância entre a escola e a família, ou seja, a escola ser um dos locais que completaria a preparação familiar. Acrescentamos ainda que os Centros de Saúde deveriam ir ao encontro da comunidade, motivando-a para a necessidade de uma educação sexual eficaz.

Desde o nascimento que o Homem é sujeito a influências educativas, nos contextos de vida mais imediatos, como sejam a família e os amigos, as relações sociais mais próximas e no contexto cultural envolvente, mediatizado nomeadamente pelos *media*. Pensamos que é nestes contextos que as informações, atitudes e comportamentos relativos à sexualidade se conformam de acordo com a valoração neles dominante. Para tal a educação sexual deve ser iniciada nos primeiros anos de vida pois é no meio familiar que a criança vai construindo uma imagem do corpo como ser sexuado, definindo atitudes próprias da sua condição de feminino ou masculino.

2.1- Sexualidade na adolescência

Desde sempre, a sexualidade foi um tema central de todas as construções morais da humanidade, coexistindo diferentes atitudes e valores, nomeadamente face à sexualidade na adolescência, relacionados com distintos posicionamentos ideológicos, pessoais, religiosos e culturais.

Inúmeros estudos científicos na área da sexualidade, provenientes de diversas ciências sociais e humanas, permitiram um conhecimento e desenvolvimento de competências sobre a temática em estudo.

Desta forma a evolução do conhecimento, permite-nos afirmar que todos os seres humanos são sexuados, existindo sexualidade desde o nascimento e em todos os grupos etários, assim como abandonar o conceito de que a sexualidade é sinónimo de reprodução.

Esta mudança de atitude face à sexualidade faz com que surjam diversas correntes de opinião sobre o mesmo conceito.

Levisky (1995) entende a sexualidade através da psicanálise e refere-a como sendo toda a série de excitações e de actividades presentes desde a infância e que facilitam o prazer e satisfação de uma necessidade fundamental.

Estes pressupostos fazem com que a definição de sexualidade assente em dois aspectos fundamentais: o prazer e a procriação.

A contrapor este argumento, Rodrigues (1998), menciona que os sinais de sexualidade começam na puberdade e assume que os comportamentos masturbatórios existentes durante a infância surgem por ensaios e erros, descobrindo a criança que determinadas zonas ao serem tocadas são fontes de prazer.

Contudo sabemos que a sexualidade não tem início na adolescência por tal facto optámos pela definição da Organização Mundial de Saúde, que passamos a citar, por a considerarmos mais completa e encarar a formação da identidade sexual não apenas ao nível biológico, mas também ao nível psicológico e social.

"A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1984).

Mas se a identidade sexual não é algo com que se nasça, ela constrói-se, Pereira e Freitas (2001) descrevem-nos o adolescente, e mais precisamente a imagem do seu corpo, como o resultado de um conjunto de emoções e sensações transmitidas por outras pessoas.

Sabendo nós, que os adolescentes estão em constante mudança, Correia (1995), realça estas alterações a nível do corpo e dos desejos que nem sempre conseguem realizar, assim como o facto de se sentirem subitamente impelidos por uma intensa necessidade de amarem e serem amados. É esta necessidade que o conduz à procura de alguém que o corresponda, iniciando assim as suas relações amorosas.

As relações afectivas que durante a infância se limitavam à família alargam-se e dirigem-se mais aos amigos ou amigas. Na relação com o elemento do sexo oposto os rapazes normalmente valorizam mais a sexualidade que a afectividade, no entanto as raparigas atribuem maior importância à relação afectiva. Este modo de estar, prende-se com factores socio-culturais e educativos sendo que os homens tendem a ser educados para a posse e o prazer e as mulheres para os afectos.

Assim, enquanto que no rapaz a aproximação do sexo oposto se efectua em termos de genitalidade, na rapariga surge sobretudo por sentimentalidade (Rodrigues, 1998). Na generalidade os rapazes têm relações sexuais mais cedo do que as raparigas, mesmo que a relação emocional seja ainda bastante imatura. Moradella (1992) sustenta a ideia de que as experiências sexuais nas raparigas aumentam consideravelmente com a idade.

Na adolescência a sexualidade revela-se intensamente e o adolescente começa a determinar a ligação entre a sexualidade e a afectividade (Miguel, 1994). Surge o desejo de estabelecer com outra pessoa uma relação de afectividade muito particular, que quando é correspondida pode conduzir ao que normalmente se intitula de namoro. Esta fase é um ponto fulcral da vivência da sexualidade que pode ser vivida em todas as idades.

É também neste período que surge muitas vezes, não se sabendo o porquê, a atracção de uma pessoa pela outra, contudo a personalidade, as expectativas e os desejos podem influenciar a escolha de cada um. Também a beleza, a inteligência, a simpatia, o humor, a ternura, a forma de ser e de estar podem ser aspectos que conduzam à atracção e conquista da outra pessoa. Esta

atracção e desejo de conquistar alguém, ou melhor, esta paixão, por vezes leva à falta de lucidez e perda de sentido crítico.

"*Uma pessoa apaixonada não tem os pés na Terra, para ela o mundo e as pessoas são algo que perdeu totalmente a prioridade e o valor*" (Cordeiro, 2002:86).

Contudo, a orientação sexual é definida segundo Pereira e Freitas (2001), como a preferência do indivíduo por um determinado sexo. Acrescentam ainda que na sexualidade do(a) adolescente devem estar contidas: a)- a realização sexual (na mulher, as dores menstruais podem ser reflexo de dificuldades de aceitação da feminilidade); b)- a escolha do objecto (a orientação predominante é para o sexo oposto - heterossexualidade); c)- a identidade sexual.

Como facilmente se depreende quaisquer dificuldades a estes níveis podem ser geradoras de perturbações psicológicas e sofrimentos de maior ou menor gravidade. Sprinthall e Collins (1994) referem que a sexualidade na adolescência engloba além dos aspectos da reprodução, as emoções, atitudes e comportamentos relacionados com os padrões sociais e pessoais durante a vida do(a) adolescente.

Concretizando esta linha de pensamento, Pereira e Freitas (2001), acrescentam que estes aspectos consolidam a formação da identidade sexual que define a identificação sexual do "eu" como heterossexual, homossexual ou bissexual.

Genericamente os indivíduos são considerados heterossexuais quando a sua atracção se dirige a pessoas do sexo oposto; homossexuais quando são atraídos sexualmente por pessoas do mesmo sexo; bissexuais quando a sua atracção se inclina para indivíduos de ambos os sexos (López e Fuertes, 1998). Os mesmos autores acrescentam à orientação sexual a assexualidade e a parafilia referindo que é assexual o indivíduo que carece de desejo sexual e parafílico o que é atraído sexualmente por objectos não humanos (animais) e crianças menores.

A homossexualidade foi durante muitos anos considerada um "desvio da personalidade" aparecendo nos manuais de psiquiatria como doença mental. Actualmente essa ideia está ultrapassada aceitando-se que nem todas as pessoas têm que ter as mesmas opções sexuais sejam elas determinadas por condicionantes genéticas, educativas, ambientais, sociais ou qualquer outras.

Contudo a homossexualidade, a heterossexualidade e a bissexualidade são alternativas de desejo sexual e são uma opção individual.

2.2- A educação sexual, familia e pares

A família é considerada como um lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que neste longo caminho, possamos ir tendo mais que uma família. Esta é então, um espaço privilegiado para a operação e aprendizagem de dimensões significativas de interacção: os contextos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais. É ainda o espaço de vivências de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade, num enredo de emoções e afectos positivos e negativos, que na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos (Alarcão, 2000).

Os pais são os primeiros educadores, os primeiros agentes no processo de transformar a criança em pessoa, por isso são eles que aproveitando todas as oportunidades devem mostrar atitudes correctas e transmitir a informação adequada. Não é só pelo que se informa mas também é através do que as crianças e os adolescentes observam e presenciam em relação ao comportamento e atitudes dos pais que vão construindo o seu próprio conceito de sexualidade.

Machado Vaz (1996), reforça esta ideia ao descrever que os pais são os primeiros agentes educativos e os modelos mais importantes porque são simultaneamente figuras de apego(figuras com quem a criança habitualmente estabelece vínculos afectivos intensos caracterizados por uma forte interacção e por uma disponibilidade constante) e de identificação indispensáveis ao processo da identidade sexual. Os pais são desta forma a parte de influência mais precoce e prevalescente no desenvolvimento do ser sexuado e decisivas da influência dos outros agentes educativos.

Um ambiente familiar onde predomine um clima de amor, compreensão, inter-ajuda, com expressões de carinho e afecto entre pais e filhos conduzirá à interiorização de comportamentos sexuais saudáveis (Cortesão et al, 1989). Vivendo num ambiente desprovido de tabus ou falsos moralismos, onde o respeito e a liberdade prevalecem, a criança e mais tarde adolescente sente que pode dialogar e esclarecer todas as suas dúvidas.

Num estudo efectuado por Loureiro (1990) verifica-se que em quase 50% dos casos os pais são a principal fonte de informação, sendo o pai informador do filho e a mãe responsável por informar a filha. Neste estudo também se realça que 47,3% dos adolescentes referem vergonha e receio de conversarem com os pais sobre esta temática.

Pereira (1993) refere que no seu estudo se evidenciou também a dificuldade que os pais têm em lidar com as questões de sexualidade, havendo diferenciação de atitude do pai e da mãe face a esta questão. Há maior impedimento no diálogo quando os jovens pertencem ao sexo feminino. As jovens referem que os pais são mais tolerantes com os rapazes, tendo para com as raparigas uma atitude controladora e de menor permissividade.

A dificuldade que alguns pais sentem em estabelecer diálogo com os filhos sobre sexualidade prende-se, segundo a opinião de Gameiro (1994), com:

- receio de não estarem preparados para transmitir informação adequada sobre as questões sexuais;
- eles próprios não terem como modelo aspectos positivos de educação sexual nas suas famílias de origem;
- medo de interferir na vida pessoal dos filhos;
- falta de tempo para estarem com os filhos e dificuldades em solicitar ajuda de outros.

Também Lourenço (1998) sustenta a ideia de que os pais se preocupam com esta temática no entanto não se sentem seguros e preparados para falar com os filhos sobre esta questão.

Vilar (1994, cit in Lourenço 1994) considera que há três factores que interferem na comunicação pai-filhos sobre sexualidade: 1)- os *estilos educativos* (forma de os pais educarem os filhos de acordo com os seus objectivos e representações); 2)- as *atitudes* face à sexualidade de acordo com as normas e valores; 3)- *fases de desenvolvimento psicossexual* de acordo com as suas próprias características.

Com a puberdade surgem nos adolescentes sentimentos sexuais e a atracção pelo sexo oposto. Esta fase é bastante difícil para os pais, contudo é importante que ajam com naturalidade permitindo aos filhos uma aprendizagem de auto-confiança no que concerne à sexualidade.

O(a) adolescente gradualmente vai substituindo a família pelo grupo de pares onde também busca informação sobre a sexualidade. Segundo Machado

Vaz (1996), os pares são considerados a principal fonte de informação e constituem modelos sexuais reais que favorecem processos de identificação dada a proximidade de idades, interesses e o poder atractivo dos modelos intermediários exibidos (por exemplo o vestuário).

O mesmo autor considera esta aprendizagem numa relação horizontal benéfica, porque possibilita a partilha de experiências comuns e permite testar as referências dos adultos, assim como ensaiar alternativas. Contudo podem surgir aspectos negativos associados à influência dos pares, nomeadamente a informação transmitida entre eles ser frequentemente imprecisa, a anedota ser uma constante nos conteúdos sexuais, a pressão do grupo no sentido da experimentação, podem conduzir à descoberta da sexualidade muitas vezes sem preparação e desrespeitando ritmos pessoais.

Apesar das vantagens que apresenta (já que neste período de desenvolvimento a influência dos amigos é de extrema importância) esta busca de informação nos amigos, transporta também algumas desvantagens que se prendem com o facto de muitas vezes os conhecimentos que os adolescentes têm sobre sexualidade serem pouco correctos, deturpados ou até mesmo falsos. Naturalmente e de acordo com Nodin (2001:38) *"são os amigos que vão ser investidos na proporção directa de que os pais vão ser desinvestidos"*

Nesta fase da vida os amigos são um pilar muito importante no processo de socialização; é com eles que se gera uma intimidade emocional e afectiva que os torna confidentes dos problemas e angústias; é com eles que os adolescentes partilham as suas fantasias, os seus sonhos e ansiedades. Corrobora esta opinião Nodin (2001) ao referir que os amigos são a principal fonte de informação em matéria de sexualidade e Machado Vaz (1996) que acrescenta a este facto o aspecto de os livros constituírem, habitualmente, fonte de informação e de procura espontânea assim como os *media* em especial a televisão.

Sobre esta importante fonte de informação e inegável fonte de influência, os *media* e principalmente a televisão (pela força da sua imagem e pela insistência com que aborda e explora a imagem sexual) são actualmente agentes de educação sexual incidental, fortemente modeladores e incentivadores do comportamento afectivo-sexual dos adolescentes.

Nodin (2001) apresenta os resultados de estudos efectuados por Vasconcelos (1998) em que 54% dos homens e 32,8% das mulheres afirmam que os amigos influenciaram a sua visiva da sexualidade. O mesmo autor mostra

também os dados de um trabalho desenvolvido por Machado Pais (1996) verificando que 60,6% dos jovens do Concelho de Loures referem que o meio de informação sobre questões de sexualidade foram os amigos, 46,1% os pais e 15,5% os professores.

Também a informação sobre contracepção é procurada no grupo de pares verificando Nodin (2001) que 52,2% dos jovens adultos buscam informação sobre os contraceptivos junto dos amigos, percentagem mais elevada relativa aos pais (49,4%) ou aos professores (23,4%).

Poderíamos pensar que o parceiro sexual seria uma fonte de informação sobre estas questões, contudo estudos efectuados demonstram que tal não acontece.

Entre casais de adolescentes a sexualidade é como uma ***pedra preciosa*** e não se fala sobre ela com medo de a perder. É algo que se troca sem se verbalizar. "*Faz-se mas não se discute aquilo que se faz*" (Nodin, 2001:39).

Este comportamento reveste-se de grande preocupação que se prende com o facto de ser necessário discutir as questões relacionadas com o uso de contracepção nomeadamente a utilização do preservativo.

A não consciencialização das consequências destas atitudes, não reflectidas e discutidas, pode conduzir à ocorrência de gravidezes indesejadas nesta etapa da vida e não menos grave e preocupante ao aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis.

2.3- A educação sexual e a escola

Sendo a comunicação familiar muitas vezes difícil, o contexto escolar será o espaço privilegiado da sociedade para dar continuidade ao processo de socialização dos adolescentes. Por outro lado a escola é também um lugar onde os jovens adolescentes passam mais tempo diariamente, e que naturalmente se converte num local privilegiado para a discussão e acompanhamento destas temáticas, por profissionais devidamente formados e creditados.

A escola é uma organização social cujos objectivos são transmitir os conhecimentos e ajudar ao desenvolvimento do aluno. Ela é ajudada na sua acção pela família e reflecte as exigências sociais de uma época. Por outras palavras, a escola completa o papel educativo de família, particularmente no sentido da socialização (Lourenço, 1998).

O papel da escola é como um lugar de construção de saberes que suscita vivências ao nível afectivo - sexual, e ainda tem a função de suscitar o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa.

A sexualidade será sempre um processo de construção individual com dúvidas, hesitações e tomadas de decisão, feitas de experiências e aprendizagens de vida positivas e negativas tendo a escola o papel de contribuir para que este caminho seja vivido com autonomia e responsabilidade (Ferreira, 1999).

Como tal, encaramos no âmbito da saúde escolar, a educação sexual como um processo em que os adolescentes têm um acompanhamento para uma sexualidade saudável e onde a questão da gravidez é abordada de forma integrada com a comunidade, contribuindo deste modo para um melhor esclarecimento do(a) adolescente, neutralizando certas barreiras e tabus ainda por vezes existentes em alguns grupos sociais. A escola, os professores e os técnicos de saúde, são o contexto e os agentes privilegiados para intencionalizar processos de análise, consciencializar e alterar o nível de conhecimentos e comportamentos em temas de sexualidade humana. Nestes processos de apelo à consciencialização da aprendizagem, Machado Vaz (1996), refere que a Educação Sexual Formal e Não Formal é um processo de Educação Sexual Intencional e que o critério básico da sua diferenciação é a sua integração curricular ou não, ou seja, a Educação Sexual Formal é um processo intencional e programado, assumindo a escola e o professor como meios educativos por excelência; os conteúdos são seleccionados, sequenciados e desenvolvidos. Na Educação Sexual não Formal, além destes meios, é também permitida a educação intencional através de agentes alternativos como por exemplo através de associações de intervenção social, voluntariado e outros organismos de apoio à juventude.

Durante a nossa actividade profissional verificam-se certas limitações da Educação Sexual não Formal, relacionadas com o facto de se tratar de um processo extra curricular, e que podem enumerar-se tendo por base a referência de Machado Vaz (1996) da seguinte forma:

- A Educação Sexual não Formal assume um carácter especial no processo educativo e não integrador por ser realizada por técnicos especialistas na área de intervenção;

- A participação na sessão de Educação Sexual é facultativa pelo que é conotada como tema ideológico e não como área educativa de interesse para todos;

- Sendo o educador não familiar ao adolescente há dificuldade em adequar a programação à população alvo devido à sua heterogeneidade;

- A sessão de Educação Sexual ter um ritmo mais rápido, mais superficial e menos didáctico;

- Não são realizadas sessões periódicas através de diferentes ciclos porque se está dependente do interesse de elementos e equipas responsáveis da escola.

Como forma de abordar a sexualidade privilegiamos a informação nas escolas através do contacto pessoal em vez da informação de massas, até porque se admite que os efeitos limitados das campanhas, através da comunicação social têm dificuldade em obter do grupo um "feed-back" imediato, dada a inexistência de formas de organização adequadas e a natureza das técnicas de comunicação utilizadas (Barbosa, 1987).

Torna-se assim desejável o incremento da cooperação mútua entre Educação/Saúde como objectivo de sedimentar estratégias de acção de modo a contribuir para um melhor conhecimento dos factos e componentes que integram o(a) adolescente e a sua sexualidade.

Vieira e Garcia (1999) enunciam várias razões para a educação sexual e vivência da sexualidade sadia nas escolas. Destacam o facto de todos nós termos uma identidade sexual e de durante a escolaridade obrigatória, o indivíduo ir desenvolvendo sentimentos positivos ou negativos em relação ao corpo, sendo portanto, necessária uma acção educativa; uma outra razão apontada é que as relações que os alunos estabelecem entre si são diferentes ao longo do seu processo de crescimento e que a sexualidade influencia a saúde física e mental.

Mas se a educação sexual nas escolas é necessária e mesmo imprescindível, nem sempre a sua ênfase foi bem aceite na comunidade escolar. Actualmente a educação sexual deve estar explicita no Projecto Educativo da Escola e desenvolver-se a níveis: disciplinar, inter-disciplinar, e extra-curricular.

Também é inquestionável a importância da família neste processo e como tal a articulação Escola - Centro de Saúde- Família é imprescindível para garantir e promover a participação das famílias no processo educativo dos seus filhos e educandos.

Dado que a própria legislação referente à educação sexual é vaga e por vezes de difícil interpretação, várias têm sido as leis que regem a sua aplicação.

O primeiro documento legal publicado nas escolas foi a Lei 3/84 de 24 de Março, em que o Estado Português "*garante o direito à Educação Sexual como componente do direito fundamental à educação*". Neste decreto também se preconiza a criação de "consultas de Planeamento Familiar para jovens" no âmbito dos centros de Saúde.

Em 1986 a Lei de Bases do Sistema Educativo é aprovada e inclui a educação sexual mas posiciona-a numa outra área educativa – a Formação Pessoal e Social, que para além da educação sexual poderá abarcar a educação ecológica, a educação familiar, a educação do consumidor, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, entre outros serviços cívicos. Com base nesta Lei, o Sistema Educativo é responsável por incluir nos currículos temas relacionados com o processo de desenvolvimento pessoal e social das crianças e jovens onde está inscrita a educação sexual.

A Base II, da Lei de Bases da Saúde Lei 48/90, publicada em 24 de Agosto, privilegia a promoção da saúde e prevenção da doença como prioridade no planeamento das actividades do Estado considerando as crianças e os adolescentes "*grupos sujeitos a maiores riscos*".

Através da Resolução do Conselho de Ministros n º 124/98, de Outubro de 1998, foi aprovado o Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar em que a Educação Sexual é entendida como uma componente essencial da educação e da promoção da saúde com a finalidade de:

- "*Promover a Saúde Sexual e Reprodutiva, tendo como alvo prioritário os adolescentes e as populações especialmente vulneráveis;*

- *Proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da Educação Sexual que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e logo mais responsável da Sexualidade*;

- *Estimular o desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afectos e de valores na família, na escola e na sociedade;*

- *Criar condições que permitam desenvolver as capacidades de cada cidadão para perceber e lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros e num clima de aceitação dos valores da tolerância, da não discriminação e da não violência, de abertura à diversidade e da capacidade crítica de debate e da experiência de responsabilidade e autonomia;*

- *Promover as capacidades individuais que ajudem a construir uma consciência clara da importância da tomada de decisão, de recusa de comportamento não desejado e do conhecimento dos recursos para o apoio quando este for considerado necessário;*

- *Criar condições para a gravidez planeada em que os factores de risco sejam atenuados, ou mesmo anulados, através da melhoria da qualidade de prestações e cuidados de Saúde;*

- *Valorizar as actividades de educação e informação dirigidas a crianças e adolescentes facilitando condições adequadas para que estas tenham lugar;*

- *Rentabilizar e aumentar, a nível regional e local, a oferta/cobertura de cuidados apropriados em Saúde Sexual e Reprodutiva, nomeadamente em Planeamento Familiar e Saúde Materna, particularmente nas áreas mais carenciadas".*

(Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar:19-20).

Também o documento "Saúde um Compromisso" - A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998 - 2002) apresenta algumas orientações das quais destacamos:

- reduzir o número de nascimentos em mulheres com idades inferiores a 17 anos;
- reforçar as actividades de Educação dirigidas às adolescentes e mulheres jovens, nas áreas da Sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas, com apoio dos serviços de saúde;

- aumentar a oferta com cobertura de cuidados apropriados de planeamento familiar e de saúde materna, particularmente nas áreas mais carenciadas;
- melhorar a formação dos educadores, professores e profissionais de saúde na área da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar destacando-se como temas centrais: alimentação equilibrada, educação sexual, exercício físico, gestão do stress, consumo de substâncias ilícitas, saúde oral e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- reforçar os programas de promoção da saúde para adolescentes e avaliar a sua efectividade;
- alargar a rede de Escolas Promotoras de Saúde e reforçar os projectos neste âmbito.

Na Resolução do Conselho de Ministros n º 7 de Fevereiro de 1999, é aprovado o Plano para uma Política Global de Família, que incide fundamentalmente sobre dois eixos: maior participação da família na vida escolar; e os jovens e adolescentes terem as mesmas oportunidades no que concerne ao acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, sendo para isso vantajosa a articulação interinstitucional e multiprofissional.

A Lei 120 de Agosto de 1999 vem reforçar o direito à saúde reprodutiva, preconizando que seja implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, nos estabelecimentos de ensino básico e secundário. Neste programa devem constar conteúdos relacionados com "*a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade dos géneros*". Para abordar estes conteúdos programáticos preconiza-se uma articulação com os serviços e profissionais de saúde e também com os representantes dos estudantes e encarregados de educação.

Pensamos ser de extrema importância manter uma atitude atenta no sentido de analisar, consciencializar e adequar a abordagem da sexualidade transmitida pelos vários meios educativos para que as mensagens sobre a sexualidade sejam positivas e consistentes. Assim como ter presente que a educação sexual deve ser entendida como um processo contínuo, presente em todo o percurso escolar, com a participação activa de todos os seus intervenientes.

Pelo exposto constata-se que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro que presta cuidados nos Centros de Saúde, tem um papel preponderante no que concerne à educação sexual dos jovens, que ao abordar a sexualidade, prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis deve ter sempre presente os aspectos sociais, culturais e económicos dos locais onde está inserido.

Para conhecer os jovens é importante escutá-los, valorizando os seus sentimentos e preocupações de modo a que sem constrangimentos possam procurar os enfermeiros no sentido de lhes ajudarem a fazer opções de vida responsáveis.

2.4- Intervenção do enfermeiro na educação sexual

Como já foi abordado no nosso estudo, a sexualidade humana não pode ser reduzida a aspectos anátomo-fisiológicos, pelo facto de ser uma característica e actividade humana fortemente enraizada em aspectos emocionais, relacionais e culturais.

Exercendo o enfermeiro uma actividade num Centro de Saúde, estamos convictos que estes aspectos jamais serão descurados no desempenho profissional. Mas se é papel dos enfermeiros dos cuidados primários de saúde a promoção de estilos de vida saudáveis, nos quais se destaca a prevenção da gravidez indesejada, na adolescência, é na família que a questão da sexualidade humana deve ser abordada. Como temos vindo a afirmar, é no seio familiar onde se realizam as primeiras relações afectivas, vinculativas e de sociabilidade que irão influenciar a vida afectiva, amorosa e sexual do jovem (Brazelton e Kramer, 1993).

Contudo, enquanto profissionais de saúde, devemos ter como linha de orientação no exercício da nossa actividade no Centro de Saúde, uma educação sexual à família e ao adolescente durante as consultas de enfermagem, nomeadamente as consultas de planeamento familiar, com o objectivo de esclarecer dúvidas, incutir responsabilidades, assegurando a confidencialidade e uma componente relacional entre o utente e o técnico de saúde, com o intuito de favorecer uma maior e melhor empatia que, julgamos nós, poderá ser eficaz na aquisição de conhecimentos e competências e assim conduzir a comportamentos

sexuais responsáveis nomeadamente à prevenção da gravidez indesejada na adolescência.

É imperativo que o técnico de saúde possua conhecimentos e atitudes adequadas de forma a lidar convenientemente com os problemas e necessidades dos adolescentes. Para tal, achamos oportuno a flexibilidade de horário e a desburocratização da consulta de forma a favorecer uma maior confiança, credibilidade e acessibilidade dos adolescentes aos cuidados de saúde primários.

Segundo Calado (1990), os jovens têm medo de ser identificados e estão pouco motivados para frequentarem estas consultas, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento.

Em relação ao tipo de conhecimentos, pensamos ser pertinente a abordagem das várias dimensões da sexualidade, a diversidade das componentes sexuais ao longo da vida, assim como as complicações relacionadas com comportamentos sexuais nomeadamente as doenças sexualmente transmissíveis, não esquecendo os mecanismos da contracepção.

Indubitavelmente que os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros centrados na comunidade, poderão colocar-se numa posição mediadora entre a família e a escola participando activamente nos processos de formação sempre num sentido proactivo, que obrigatoriamente as situações exigem, de todos os intervenientes nomeadamente pais, professores, auxiliares de acção educativa e naturalmente os jovens adolescentes.

É da função do enfermeiro o incremento de uma atitude preventiva da doença e o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte de prazer e comunicação, constituindo valores essenciais de educação sexual.

De acordo com Mendes (1998) importa reflectir sobre as práticas de prevenção e intervir para a motivação da mudança dos comportamentos dos adolescentes através da informação / sensibilização, direccionada aos diferentes grupos etários sobre a vivência da sua sexualidade, incutindo-lhes autoconfiança e o respeito pela individualidade de cada um, com a finalidade de obter uma sexualidade responsável.

3- Gravidez na adolescência

Sendo a adolescência conceptualizada como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, num momento em que se processam diversas mudanças, que assumem nesta fase um carácter não normativo e inesperado, facilmente se compreende que lidar com uma gravidez nesta faixa etária seja uma situação problemática com desafios constantes para a adolescente e sua família.

Apesar do número de partos em adolescentes ter vindo a diminuir, (redução que de alguma forma acompanha a diminuição da natalidade da população portuguesa) em Portugal continua a verificar-se uma das maiores taxas de mães adolescentes da Europa (Lourenço, 1998).

A gravidez acontece devido ao envolvimento de duas pessoas que pressupõe partilha. Para Johnson (1999), esta participação na gravidez vai fazer com que a mãe adolescente se sinta mais segura e confiante neste seu novo papel e também lhe irá proporcionar uma sensação de confiança, maior auto-estima e maiores capacidades sociais.

Ziegel e Cranley (1985) definem gravidez como um estado fisiológico da vida da mulher, em que esta apresenta alterações de ordem orgânica, física, psíquica e social.

Para Bailey (1967) a gravidez é um período de modificações emocionais e físicas durante o qual os vários sistemas do corpo são preparados para o papel que terão de desempenhar para sustentar e eventualmente expelir o feto.

Assim constatamos que a gravidez não é apenas um estado em que se verificam alterações a nível orgânico, mas sim envolve todo o organismo da mulher como ser bio-psico-social e cultural.

Colman e Colman (1994) descrevem que a gravidez pode ser considerada um período de crise, mas no sentido de um momento de transformação e de viragem, que se opera a nível da identidade, papeis sociais e imagem corporal da mulher.

Gomes Pedro (1985), acrescenta a este facto, que a gravidez é uma crise de desenvolvimento, essencialmente marcada pela vivência das fases anteriores da vida.

Segundo o Comité on Adolescence, gravidez na adolescência define-se como situação de gravidez numa idade e/ou fase de desenvolvimento considerada prematura e inadequada, ocorrendo num período de desenvolvimento psicossocial (10 - 21 anos) em que as jovens são biologicamente e/ou psicologicamente imaturas. Como tal e de acordo com Gil et al. (1998), surge durante a gravidez na adolescência um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente.

No nosso trabalho consideramos gravidez na adolescência a que ocorre em adolescentes até à idade de 19 anos de acordo com o critério definido pela OMS mencionado anteriormente.

Naturalmente a gravidez nesta etapa da vida pode ser um momento extremamente desorganizado e vivido com grande sofrimento, sentimentos de pecado e de culpa, exigindo ajustamentos psicológicos individuais e familiares difíceis de serem elaborados e aceites (Lourenço, 1998), já que o ser mãe deve ser um percurso de vida e não um acidente de percurso. Contudo, torna-se pertinente uma breve análise das razões que conduzem à gravidez na adolescência.

3.1- Razões da gravidez na adolescência

Da observação diária no nosso desempenho profissional esta é uma problemática que merece de nós uma atenção constante por isso questionamos: porque é que as adolescentes engravidam?

Como forma de justificar esta questão Correia (1995) refere o início de uma vida sexual precoce, a alteração de valores relacionados com a sexualidade, o déficit de autocontrole e de sentido de responsabilidade, a necessidade de explorar o corpo próprio e do outro, são entre outros aspectos os responsáveis da nossa inquietação.

Na mesma perspectiva Almeida (1987) descreve o factor da procura da identidade como responsável em a adolescente afirmar a sua feminilidade, de forma a competir com a mãe, ou então de ter algo em comum com a mesma.

Também a compensação de carências afectivas, a curiosidade, o agir contra as normas estabelecidas podem ser causas subjacentes ao desejo de correr riscos.

"O início mais precoce das relações sexuais não é indiferente á contextualização numa sociedade cada vez mais erotizada, nomeadamente pelos meios de comunicação social, com a proliferação cultural de conteúdos e estímulos sexuais" (Marques, 2002:74).

Deschamps (1985) refere que existem adolescentes, que de acordo com o grupo a que pertencem, têm um maior risco de sofrerem uma gravidez não desejada. Assim descreve quatro grupos possíveis, englobando num primeiro as adolescentes equilibradas, que tendo uma relação amorosa estável e alguma maturidade sexual têm pouca informação no que concerne ao uso de contraceptivos. Num segundo grupo inclui as ingénuas, que sem experiência se relacionam com rapazes mais velhos e bem falantes. Ao terceiro grupo pertencem as jovens muito imaturas, que tendo conflitos com as mães procuram um "grande amor" para satisfação emocional. No quarto grupo engloba as adolescentes que utilizam a gravidez com determinado objectivo, que poderá passar pelo casamento, interrupção dos estudos ou separação do seio familiar.

A sensibilidade do assunto em questão continua a ser preocupante e objecto de estudo em determinadas unidades de saúde.

Com este propósito parece-nos importante referir um estudo efectuado no Centro Hospitalar do Funchal que revela no ano 2000 ter havido um decréscimo do número de partos em jovens adolescentes comparativamente a anos anteriores (Gonçalves, 2001).

A mesma autora analisando um trabalho efectuado por Helena Pereira conclui que a diminuição do número de gravidezes em adolescentes deve-se a uma melhor informação e cooperação entre Centros de Saúde, Escolas e à melhoria das condições socio-económicas.

Contudo esta constatação não impossibilita encarar a gravidez na adolescência como uma situação que normalmente envolve riscos.

A desdramatizar a ideia negativa associada com a gravidez na adolescência, Carneiro (2001), apresenta um estudo efectuado por Isabel Lereno, em que considera em alguns casos (30%) a gravidez como uma opção consciente, planeada e não um comportamento desviante, assim como aceita ser um acto pensado e reflectido. A sustentar esta análise afirma ser do conhecimento dos adolescentes o uso dos métodos contraceptivos.

Também Marques (2002) no estudo efectuado, entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 1999, no Hospital Infante D. Pedro e Centro de Saúde Aveiro, verificou que 77,8% das gravidezes em adolescentes não tinham sido desejadas ou programadas mas em 11,1% dos casos a gravidez tinha sido programada ou desejada por ambos. Constatou ainda que 31,1% das adolescentes inquiridas já tinham utilizado um método contraceptivo antes de engravidar, mas 66.7% nunca fizeram qualquer tipo de contracepção.

3.2- Implicações da gravidez na adolescência

Da análise dos conceitos referenciados verificamos que a adolescente quando engravida enfrenta simultaneamente dois tipos de alterações: as relacionadas com a adolescência e as inerentes à gravidez.

A sustentar esta ideia, Huff (1987), refere que a gravidez é um desafio na vida de qualquer mulher, sendo ainda maior para a adolescente porque acrescenta outro tipo de complexidade a um período já por si complexo. À mudança física e emocional característica da adolescência é acrescentada a mudança física e emocional da gravidez.

A rápida mudança de um corpo em crescimento para o de uma mulher grávida, muitas vezes é mal aceite pelas adolescentes pelo que é importante o apoio por parte do companheiro, dos familiares, dos amigos e principalmente dos pais.

Esta problemática deve ser observada segundo a idade da adolescente pois se a gravidez surge no inicio da adolescência (14 - 15 anos) em que a rapariga após uma ou duas relações sexuais fica grávida, entra em pânico podendo ficar marcada para o resto da vida. Pode acontecer que a adolescente tendo tão pouca idade não consiga relacionar um acto sexual de uma noite com o nascimento de uma criança nove meses depois. O pensamento concreto tem limitações sendo "*incapaz de conceptualizar o que pode acontecer...somente através de pensamento abstracto (operações formais) é capaz de resolver problemas avaliando alternativas*"(Johnson, 1999:756).

Por outro lado, nas adolescentes do grupo etário 17 - 19 anos a gravidez nem sempre é um momento de desequilíbrio, já que pode ter sido planeada ou desejada, permitindo-lhes o abandono da vida escolar, ou ainda porque já têm um

companheiro com quem vivem maritalmente, tendo uma estabilidade económica ou querem sair de casa para adquirirem a sua independência.

Assim, a interpretação da gravidez na adolescência feita pelos profissionais de saúde e pela própria família, pode diferir daquela que é feita pela adolescente.

Contudo a adolescente, *"que deixando de ser criança, ainda não é adulta, de repente passa a ser mãe, é confrontada com uma perspectiva futura em que terá de lidar com tarefas adultas para as quais não se sente psicológica e socialmente preparada"* (Lourenço, 1998:43).

Em todo este processo existem vários factores associados à gravidez na adolescência. Jonhson (1999) enfatiza o baixo nível sócio-económico, status das minorias étnicas, crescimento em famílias monoparentais, baixo nível educacional e pouca ambição profissional como sendo algumas das situações que podem estar na base de situações de gravidez precoce.

Na diversa literatura consultada é notória a referência a problemas físicos, sociais e psicológicos associados à gravidez e maternidade precoces.

Neste contexto, Johnson (1999:760) refere que a adolescente quando engravida enfrenta *determinadas tarefas de desenvolvimento* que se prendem essencialmente com:

- *Aceitação da realidade biológica da gravidez* negando que estão grávidas até que os sinais sejam evidentes e perceptíveis pelos familiares, recorrendo a roupas apertadas na tentativa de esconder a gravidez. Daí ser frequente que recorram aos cuidados pré-natais já numa fase tardia da gravidez.
- *Aceitação da realidade de uma criança que ainda não nasceu*, podendo apenas fantasiar que o seu bebé vai ser bonito e saudável mas não aceita o crescimento e desenvolvimento próprio da criança.
- *Aceitação da realidade da maternidade* é uma tarefa que alguns adolescentes têm dificuldade em concretizar já que os pais amando, preocupam-se em prestar os meihores cuidados para que os filhos cresçam saudavelmente. Tendo os jovens uma experiência de vida limitada, em que é descurado o seu próprio crescimento , desenvolvem pouco a capacidade de compreender e resolver problemas.

Desta forma, uma gravidez na adolescência, além de comprometer a saúde da própria adolescente e do seu futuro filho implica diversas alterações a nível familiar, psicológico, económico, laboral e social com a agravante da maior

parte das jovens mães não terem capacidade emocional e financeira para cuidarem dos filhos.

Muitas vezes os problemas sociais estão relacionados com o baixo déficit socio-económico educacional da grávida adolescente e a própria classe social a que esta pertence, assim como às condições materiais da família podendo condicionar a disponibilidade da gravidez. Costa (1994), enfatiza a componente psicológica através de uma baixa auto-estima, sentimentos de culpa, depressão, instabilidade emocional, irritabilidade, sentimentos de incapacidade, dificuldade em estabelecer relações, falta de confiança em si própria e nos outros e certos comportamentos suicidas.

Da nossa experiência profissional constatamos que as alterações psicológicas que ocorrem na gravidez variam de adolescente para adolescente e que as vivências psicológicas durante este período, reflectem as mudanças com que a grávida se depara ao longo das quarenta semanas, passando por uma adaptação às modificações físicas, às mudanças sucessivas que se verificam socialmente e à alteração de papeis, assim como, às alterações da sua própria vida.

Também facilmente se compreende que o impacto e a aceitação da gravidez é vivenciada tendo em conta o contexto sociocultural onde está inserida. Sendo que a grávida adolescente na cultura caboverdiana ou etnia cigana é encarada como motivo de gratificação e valorização no seio da família, contrapondo a postura dita ocidental em que a mesma conduz a determinados desequilíbrios individuais e familiares (Correia, 1995).

Na nossa cultura constatamos que as situações de gravidez na adolescência quase sempre geram uma alteração na dinâmica individual e familiar, que por vezes entra em desequilíbrio, assim como se verifica nas classes de nível socio-económico mais elevado uma rejeição da gravidez fora do casamento (Almeida, 1987).

No meio familiar, a descoberta de uma gravidez da jovem adolescente é sempre uma situação difícil causando grande tensão. Os pais ficam desapontados com sentimentos de culpa e vergonha pois a *"qualidade da sua educação é posta em dúvida pela gravidez extra conjugal"* (Ziegel; Cranley, 1985:291). Por vezes reagem com violência o que pode conduzir ao abandono do lar.

Surge assim, por parte da adolescente, o primeiro problema a enfrentar, ou seja a necessidade de dar a conhecer aos pais a situação, que é um período

normalmente longo conduzindo a situações de angústia, medo, insegurança , desespero e desorientação.

Por vezes a família da jovem mãe reage desapontada com vergonha, sentimentos de culpa e violência, já que a gravidez acaba por ser a constatação de uma realidade que para os pais é difícil de compreender: a vivência sexual da filha.

Esta situação é agravada se o pai do bebé for considerado *persona non grata* na família. É o desgosto, a surpresa e a expressão da moral sexual reprovada por parte da família que faz com que a notícia de uma gravidez seja recebida com tristeza. De facto o que preocupa a família das adolescentes é a situação social em que a adolescente fica após o nascimento do bebé relacionada com a sobrevivência económica e com a sua honra e reputação.

Mas, por vezes, a gravidez de uma filha adolescente pode conduzir a uma aproximação familiar principalmente ao nível da relação mãe / filha e pode surgir desta forma o apoio familiar, para surpresa das próprias adolescentes (Vilar e Gaspar, 1999).

Quando a opção pelo casamento é a solução encontrada normalmente são casamentos que conduzem a instabilidade familiar e mais cedo ou mais tarde contribuem para aumentar o número de divórcios com todas as consequências emocionais que isso acarreta para o casal e filhos (Lourenço, 1998). *"Aproximadamente três em quatro casamentos de adolescentes terminam em divórcio".* (Ziegel; Cranley, 1985:295)

Contudo o surgimento de alguma forma inesperada, de uma gravidez precoce, segundo Correia (1995), implica sempre uma tomada de decisão:

1. Prosseguir a gravidez e ficar com o bebé
2. Prosseguir a gravidez e dar o bebé para adopção
3. Interromper a gravidez

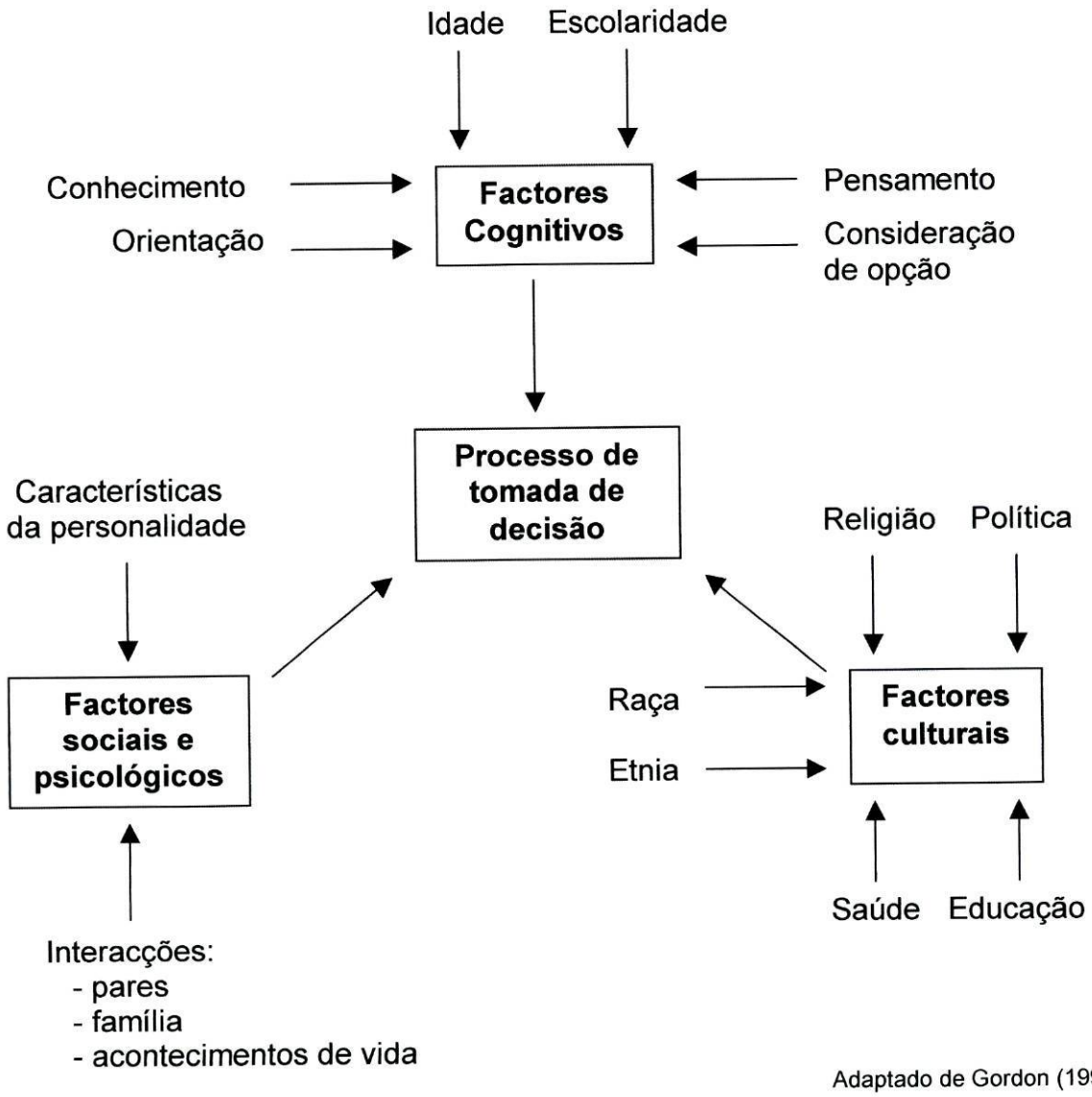
No nosso país, legalmente, só as duas primeiras alternativas são permitidas, apesar da interrupção voluntária da gravidez ser uma opção para muitas adolescentes. *"A recorrência ao aborto numa situação de gravidez na adolescência; como nos dizem as raparigas, é uma ideia que passa pela cabeça de toda a gente, principalmente quando se trata de situações inesperadas e não planeadas" (Vilar e Gaspar, 1999:68)*

Ainda de acordo com Gordon (1996), relativamente à tomada de decisão acrescenta que para uma melhor compreensão deste processo é necessário uma

análise de diversos factores bem como do significado que eles assumem na perspectiva da adolescente.

Para uma melhor interpretação apresentamos um diagrama com os factores envolvidos no processo de tomada de decisão tal como formulado por o autor referenciado.

Diagrama I – Processo de tomada de decisão



Adaptado de Gordon (1996)

Almeida (1987), descreve outra situação que a jovem tem de enfrentar, que é o facto da não aceitação por parte do pai do bebé. O que acontece nestes casos é que normalmente a família tenta desculpabilizá-lo retirando-lhe a responsabilidade, assumindo a adolescente todas as consequências inerentes à gravidez.

Quando os rapazes têm um projecto de vida, encaram a gravidez nesta idade como uma situação dramática já que está em jogo liberdades de escolha, amizades e investimento escolar. Também o medo da reacção dos familiares pode conduzir à fuga da responsabilidade inerente à paternidade e por vezes à ruptura afectiva com a mãe do bebé. Pelo contrário, pode também acontecer que o jovem demonstre vontade de ser pai já que culturalmente os filhos demonstram virilidade. Este modelo cultural relaciona-se sobretudo com as classes operárias em que trabalhar para "sustentar os filhos" é motivo de orgulho (Vilar e Gaspar, 1999).

Algumas vezes, a adolescente prefere ocultar a gravidez e acarretar sozinha com todos os problemas; noutras, transfere a ira e a adversidade para todos os seres do sexo masculino (Xarepe, 1990).

Todas estas questões levantam dúvidas e incertezas sendo necessária reflexão, tarefa adulta, para a qual a adolescente nem sempre está preparada. O apoio da família, dos amigos e da escola é primordial nesta fase, pois a decisão conduz a vários tipos de exigências que se relacionam sobretudo com:

. o ajustamento à condição de grávida e expectativa da maternidade;

. perda precoce do estatuto de adolescente;

. casamento prematuro;

. sentimentos de culpa sobretudo se a opção é interromper a gravidez ou a adopção.

Como facilmente se pressupõe, a gravidez na adolescência, questiona e incomoda qualquer cidadão, assim como desafia determinados valores dominantes que a própria sociedade impõe. É um exemplo vivo da fragilidade social do sistema, das suas contradições e incapacidades no plano moral, educativo, designadamente educação sexual.

4- O enfermeiro na prestação de cuidados ao adolescente

No nosso desempenho profissional constatamos que os adolescentes têm uma experiência limitada na procura de cuidados de saúde. Porém, quando os procuram, é frequente fazê-lo por razões relacionadas com sexualidade, uma possível gravidez ou com o objectivo de procurar um método anticoncepcional.

Pensamos que a discussão sobre cuidados de saúde com o adolescente é um assunto importante, tanto para a adolescente e sua família, como para o enfermeiro. Cabe a este, durante a sua entrevista, estar atento a todo o tipo de preocupações manifestado pela adolescente. Os adolescentes necessitam de ser ouvidos e o enfermeiro dos cuidados de saúde primários tem que aconselhar e enfatizar a necessidade de atingir um bom nível de saúde e de conseguir um estilo de vida que lhe permita fazer opções responsáveis.

Durante a realização da entrevista o enfermeiro deve ter uma abordagem especial na realização da educação para a saúde, para que o adolescente se sinta em segurança a expressar as suas preocupações. Desta forma torna-se importante obter um clima de confiança entre o profissional de saúde e o adolescente onde impere a confidencialidade. Sendo a adolescência um período de mudança e crise onde muitas vezes se desvalorizam comportamentos de vida saudáveis, julgamos que a acção dos centros de saúde é preponderante. Como tal, acreditamos que a prevenção da gravidez na adolescência, deve ser feita nos cuidados de saúde primários, em parceria com o sistema educativo e familiar, através de uma informação sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais.

Desta forma, o enfermeiro assim como os outros profissionais envolvidos em toda a estratégia educativa do adolescente devem de acordo com a Direcção Geral de Saúde (1997):

- Fornecer aos pais informação e apoio de que necessitem para orientação dos seus filhos desde a infância até à idade adulta;
- Estimular e realizar sessões de educação sexual nas escolas;
- Melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde assim como aos métodos contraceptivos;

➢ Enfatizar a importância de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (alertar sobre os comportamentos de risco) e suas consequências na fertilidade;

➢ Incutir aos adolescentes o sentido da responsabilidade dos seus actos e as possíveis consequências das relações sexuais;

➢ Estimular a permanência do adolescente na escola.

Todas estas medidas interventivas devem ser baseadas nas necessidades e interesses dos próprios adolescentes, realizadas por profissionais devidamente habilitados e com conhecimentos da própria comunidade onde estão inseridos.

De acordo com Fernadez (1991) é necessário medidas que potenciem um maior nível de informação sexual; este autor refere ainda ser urgente sensibilizar e formar pais e professores para que informem e falem com os seus filhos / educandos sobre questões sexuais de interesse. O mesmo autor destaca ainda a gratuitidade dos serviços de saúde e de métodos anticoncepcionais para os adolescentes como medidas de eleição na promoção da saúde assim como sessões educativas permanentes.

Em muitos países nórdicos estes aspectos de informação, educação, e comunicação e de implementação de serviços confidenciais e de qualidade apreciável, faz com que, por exemplo, a taxa de gravidez na adolescência se situe entre as mais baixas do mundo.

A promoção da saúde junto dos adolescentes, necessita de um conhecimento profundo das suas necessidades, o que pressupõe também uma abordagem à sua família.

Assim a intervenção do enfermeiro implica uma visão da família como algo integrador no contexto individual. *"Ao intervir nos vários locais onde as pessoas vivem, trabalham e ocupam o seu tempo livre o enfermeiro tem a possibilidade ímpar de responder às necessidades específicas de cada pessoa/família/grupo..."* (Ribeiro,1999:5).

Deve ser um processo sistemático, que exige uma estrutura conceptual, permitindo obter dados com o fundamento para a acção, no sentido de planear intervenções tendo em conta a realidade individual e familiar. Consideramos fundamental que o enfermeiro seja o elemento da equipa multidisciplinar em situação privilegiada, conseguindo estabelecer uma relação de empatia e de compreensão no ambiente familiar, para que o cuidar do adolescente seja encarado como intervenção prioritária por parte dos profissionais de saúde.

4.1- O cuidar em enfermagem da grávida adolescente

Das múltiplas abordagens possíveis pelos enfermeiros na prestação de cuidados directos à adolescente grávida pensamos que cada vez tem mais sentido perceber o contexto dos cuidados de enfermagem à luz das teorias do cuidar. A especificidade do trabalho desenvolvido junto da adolescente grávida pela múltipla envolvência a que obriga, aos diferentes níveis socioculturais familiares económicos e profissionais, remete-nos para uma análise mais profunda do que é efectivamente o cuidar em enfermagem.

Assim, a perspectiva do cuidar em enfermagem tem sofrido várias modificações ao longo dos anos e á luz de diferentes escolas e concepções de disciplina de enfermagem tal como nos é retratado por Kérouac, (1994). Na verdade várias autoras se têm debruçado sobre a questão do cuidar defendendo Watson que *"cuidar é a essência da enfermagem"* e que o cuidado é o simbolo que a enfermagem tem para oferecer à humanidade (Watson, 1989).

Para Collière, (1989) "*cuidar é parte integrante da arte e da ciência de enfermagem"*. Arte, porque envolve a competência e a aplicação criativa do processo de enfermagem na resolução de problemas humanos; Ciência, porque recorre a uma abordagem sistemática do conhecimento (Bolander, 1998).

As nossas preocupações no presente estudo sendo centradas num grupo da população com particularidades e especificidades muito próprias - as adolescentes - resultantes do seu processo de desenvolvimento e adaptação à situação da gravidez, conduzem-nos a perspectivar os cuidados de enfermagem junto dos adolescentes, como um factor de crescimento humano, como é referido por Benner e Wrubel (1989).

Também Kérouac et al. (1994) reforça esta importância do cuidar ao referir que o cuidar tem um poder de nutrir o cuidador e quem é cuidado.

Ao reflectirmos sobre a gravidez na adolescência, é essencial valorizar o contexto sócio-cultural que envolve aquela situação já que *"o que se considera correcto numa sociedade poderá não se ajustar a outra"* (Kitzinger, 1978: 214). Esta ideia frequentemente enunciada por Leininger, que defende ser a essência da enfermagem o **cuidar**, mas um cuidar transcultural em que as práticas de

cuidados, os valores e as crenças estão na base das necessidades culturais dos indivíduos ou dos grupos, com o objectivo de lhes proporcionar cuidados de enfermagem eficazes e satisfatórios (George, 1993).

Tem sido preocupante para os autores/teóricos a clarificação do conceito de cuidar em enfermagem por isso Morse et al.(1990) analisaram as definições do cuidar de trinta e cinco teóricos diferentes, tendo identificado cinco perspectivas epistemológicas: cuidar como um estado humano; cuidar como ideal ou imperativo moral; cuidar como um afecto; cuidar como uma relação interpessoal; cuidar como uma intervenção de enfermagem. Foram identificados dois resultados de cuidar: cuidar como uma experiência subjectiva, e a reacção fisiológica dos doentes. Estes autores concluíram que o desenvolvimento do conhecimento do cuidar em enfermagem é limitado por: falta de subtileza da teoria de cuidar, falta de definição dos atributos de cuidar; dialéctica; e por fim o foco de teóricos e investigadores em enfermagem excluírem o doente.

As condições anteriores identificadas, de limitação da aplicabilidade do sentido do cuidar segundo os diferentes autores, terão que ser um alerta importante para o desenvolvimento de competências junto dos enfermeiros que cuidam das adolescentes grávidas de modo a promover o sucesso das práticas de enfermagem.

Também Swanson (1991) assumiu que o serviço prestado pelos enfermeiros é cuidar dos clientes, que apresentam alterações de saúde reais ou potenciais, de modo a que sejam capazes de cuidar de si próprios de forma independente. A autora considerou continuarem pouco claras as componentes essenciais ao cuidar pelo que desenvolveu vários estudos fenomenológicos, que conduziram à identificação de cinco categorias ou processos de cuidar (Fig. 1).

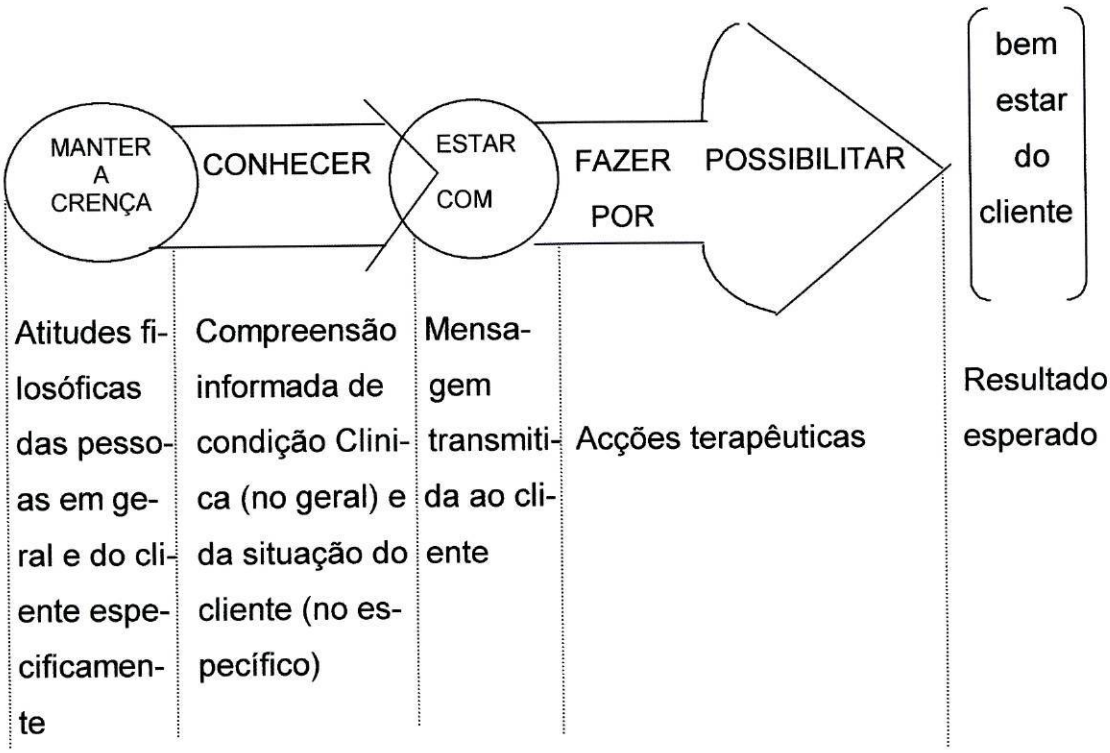
Figura I – Processos de cuidar em enfermagem

CONHECER Tentar compreender a situação do outro	- Evitar ideias pré - concebidas; - Centrar-se no cliente; - Fazer uma apreciação cuidadosa; - Procurar "sinais"; - Envolver ambos.
ESTAR COM Abrir-se emocionalmente à realidade do outro	- Estar lá; - Mostrar-se disponível; - Partilhar sentimentos; - Não sobrecarregar o outro.
FAZER POR Assim como ele faria se lhe fosse possível	- Confortar; - Antecipar; - Executar com competência; - Proteger as necessidades do outro; - Preservar a dignidade.
POSSIBILITAR Facilitar a passagem do outro pelas transições da vida e acontecimentos desconhecidos	- Informar / Explicar; - Apoiar / Permitir; - Centrar-se nas preocupações do outro; - Gerar alternativas / reflectir; - Validar os sentimentos do outro.
MANTER A CRENÇA Manter a fé na capacidade do outro para ultrapassar um acontecimento ou transição e encarar o futuro com significado	- Acreditar em/estimar; - Manter uma atitude de esperança; - Oferecer optimismo realista; - "Ir até ao fim" com outra pessoa.

Fonte: Swanson, Kristen. Empirical development of a middle range theory of caring. - Nursing Research, 40 (3), May / June, 1991 p. 161-166

Contudo, ao relacionar os cinco processos de cuidar, Swanson (1993), considerou que a base dos cuidados de enfermagem é manter a crença, alterando assim a sua estrutura (Fig. 2).

Figura II – Estrutura de cuidar



Fonte: Swanson, Kristen M. - Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others - "*Journal of Nursing Scholarship*". Vol. 25 (4), Maio 1993, Pág. 355

Ao cuidar a adolescente grávida, manter a crença é fundamental de modo a que a futura mãe acredite que vai conseguir ultrapassar os acontecimentos e que o futuro continuará a ter significado.

O enfermeiro enquanto figura central na prestação de cuidados deve mobilizar todos os saberes de modo a que o conhecimento lhe permita prestar cuidados direccionados a cada adolescente grávida, olhada como única, diferente, merecedora de respeito, de atenção, de carinho e de ajuda para poder crescer, ajudando com o seu crescimento, a crescer também o enfermeiro (Mayeroff, 1971).

Chinn e Kramer (1991) realçam a importância de todos os saberes: a) o **empírico**, baseado na prática, nas pessoas que prestam cuidados directos, e de onde se obtém o conhecimento científico, que vai contribuir para esta mesma prática de enfermagem; b) o **estético**, relacionado com o saber criativo do enfermeiro e capacidade que ele tem para se adaptar à situação da adolescente

que cuida; c) o **ético**, que permite tomar decisões mais justas em enfermagem; d) o **pessoal** que é o conhecimento que nós temos de nós próprios, e a possibilidade de utilizarmos a nossa pessoa de forma terapêutica.

Todos estes saberes têm o seu valor próprio tendo cada um o seu aspecto distinto do outro mas todos contribuem para o conhecimento como um todo (Chinn e Kramrer, 1991).

O enfermeiro ao cuidar a adolescente grávida deve numa perspectiva holistica, basear-se nestes saberes que convergidos num só produzem conhecimento que lhe vão permitir actuar com competência e perícia.

Para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem junto de adolescentes grávidas, torna-se imperativo olhar para os dez factores que estruturam a ciência do cuidado em Jean Watson. Estes factores ajudam a distinguir o modelo de enfermagem do modelo médico e baseiam-se em sete suposições que funcionam como estruturas de apoio.

Assim e de acordo com Watson (1989) **é necessário criar um sistema ou valores humanista - altruísta**. Estes valores são adquiridos através da experiência de vida da pessoa, em que há uma visão própria e que é influenciada pelo crescimento individual.

É neste contexto que o enfermeiro com a sua prática reflectida ao longo dos anos se torna perito na prestação de cuidados à adolescente grávida, tendo sempre presente o princípio de fazer o bem e não fazer o mal, respeitando os seus direitos, crenças e valores considerando-a como única e com uma história de vida.

O enfermeiro deve promover a fé e esperança. A adolescente grávida ao procurar o enfermeiro tem a esperança de encontrar alguém a quem possa exprimir os seus medos e as suas preocupações. Assim o profissional deve incutir situação de bem estar por meio de crenças que tenham algum significado para a adolescente.

Todo o cuidado deve ser direccionado no sentido de ajudar a adolescente a ultrapassar os momentos difíceis incutindo-lhe confiança.

A eficácia do trabalho do enfermeiro está em conseguir que a adolescente acredite nele e sinta que alguém está com ela. Mostrar disponibilidade e estar presente emocionalmente demonstrando envolvimento no desenrolar da situação. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida (Swanson, 1993).

O enfermeiro deve cultivar a sensibilidade do próprio Self e dos outros. Segundo esta perspectiva na prestação de cuidados à adolescente grávida o enfermeiro deve interagir através dos seus próprios sentimentos havendo um crescimento e realização tanto do cuidador como de quem é cuidado.

Para isso, quem cuida tem de se envolver e estar em sintonia com quem é cuidado, sendo fundamental a comunicação verbal e não verbal (Benner e Wrubel, 1989).

O enfermeiro deve desenvolver uma relação de ajuda e confiança. Estando a adolescente numa situação de fragilidade, de conflitos familiares e aceitação da própria gravidez, ela necessita de alguém que a escute, compreenda e aceite sem preconceitos ou julgamentos.

O acto de ajudar impõe exigências como: dar da sua competência; dar do seu tempo; dar do seu saber; dar do seu interesse; dar da sua capacidade de escuta e compreensão.

Não podemos dissociar a relação de ajuda das intervenções de enfermagem porque cuidar é ajudar (Lazure, 1994).

O enfermeiro deve promover e aceitar a expressão de sentimentos negativos ou positivos. É importante que o enfermeiro proporcione momentos que permitam à adolescente exprimir os seus sentimentos quer sejam bons ou maus, dando-lhe tempo e escutando-a atentamente (Swanson, 1993) de modo a sentir que há alguém que compreende a sua preocupação.

O enfermeiro deve compreender os comportamentos da adolescente dado que sendo fruto de determinados pensamentos foram condicionados pelos sentimentos. Contudo é fundamental que ao valorizar a informação que lhe é dada não se envolva demasiado pois pode comprometer a sua eficácia.

O enfermeiro deve usar o método de resolução de problemas para a tomada de decisão. No cuidar a adolescente grávida é imperativo que sejam identificados os problemas que estão a perturbar aquela adolescente no sentido de serem procuradas formas de resolução mais adequadas à situação. É frequente surgirem hesitações em relação à decisão a tomar: prosseguir a gravidez, interromper a gravidez, dar a conhecer aos pais / família e informar o pai do bebé.

O enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada para compreender o grande sofrimento que neste momento afecta a adolescente contudo deve

seleccionar estratégias apropriadas de modo que com o consentimento da adolescente, a ajude a optar pelo melhor caminho.

"Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade, só ele possui o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória" (Lazure, 1994: 51).

O enfermeiro deve promover o ensino aprendizagem interpessoal. A orientação da adolescente grávida deve ser no sentido de caminhar para a autonomia pois é fundamental que ela seja capaz de decidir sobre si mesmo e sobre a sua saúde.

O ensino nesta fase da vida é fundamental já que a jovem enfrenta as tarefas inerentes à adolescência acrescidas dos desafios da maternidade. O enfermeiro dos cuidados de saúde primários é o profissional que pelo facto de estar em contacto directo com as famílias tem uma relação aberta e de compreensão o que vai proporcionar uma melhor adesão à frequência da consulta de saúde materna, local onde a grávida vai adquirindo formação que lhe permita diminuir os riscos da gravidez, facilitar o sucesso da maternidade e cuidar do filho com responsabilidade.

Neste contexto é importante haver por parte da família um envolvimento e cumplicidade de modo a que a adolescente grávida possa em casa ter alguém que a oriente, acompanhe e ajude nas suas decisões.

O enfermeiro deve fornecer um ambiente espiritual, sociocultural, físico e mental correctivo e ou protector e de apoio. Identificando os acontecimentos que causem mais ansiedade à adolescente grávida o enfermeiro deve escolher as melhores estratégias para tentar resolver seus problemas tendo sempre presente o conforto, a privacidade e a segurança.

Interpretando a situação de cada adolescente grávida o enfermeiro deve proporcionar espaços de diálogo, assumindo uma atitude de abertura e compreensão para a utente de modo a merecer a sua confiança respeitando sempre a sua individualidade.

"A enfermeira que respeita o cliente, acredita nele, escuta-o atentamente, abstém-se de o julgar e tenta compreender o seu ponto de vista. Estimula o cliente a explorar os seus recursos manifestando-lhe afecto e apoio" (Lazure, 1994: 51), seja uma criança, um adolescente ou um idoso.

O enfermeiro deve assistir na satisfação das necessidades humanas. As necessidades individuais variam de pessoa para pessoa, cada indivíduo é

único não podendo resumir-se à soma das necessidades (Adam,1994). Assim ao prestar cuidados à adolescente grávida o enfermeiro deve ser capaz de ajustar a sua aproximação e o seu estilo de interacção de acordo com cada adolescente no sentido de identificar as necessidades que carecem ser satisfeitas. Contudo todas as necessidades devem ser atendidas e valorizadas olhando para a adolescente grávida como um todo e não a soma de suas partes.

O enfermeiro deve facultar a existência de factores fenomelógicos. Para atender às necessidades da adolescente grávida o enfermeiro tem de se auto-conhecer identificando as suas capacidades e limitações no sentido de adquirir mais capacidades e competências para ajudar a grávida adolescente a encontrar sentido nos acontecimentos difíceis da vida (George et al., 1989).

Para tal o enfermeiro deve ter capacidade autocrítica e de reflexão de modo a que com a sua prática reflectida adquira mais competência para lidar com estas situações.

PARTE DOIS

ABORDAGEM EMPÍRICA

Cumprida a fase de fundamentação teórica do trabalho que contribuiu para a clarificação de conceitos e ideias estritamente relacionadas com as questões que cruzam o cuidar de adolescentes e muito concretamente em situações de gravidez, partimos agora nesta parte do trabalho, para uma abordagem de natureza metodológica que nos conduzirá a uma melhor compreensão do fenómeno.

Porque consideramos a enfermagem uma disciplina prática em que desta devem surgir ideias inovadoras, pensamos que o percurso de investigação agora delineado, nos permite reflectir em conjunto com os enfermeiros, sobre a problemática da gravidez na adolescência, pelo que colocamos as seguintes questões de partida:

- Para os enfermeiros, que motivos poderão contribuir para que as adolescentes engravidem?
- Como é que os enfermeiros poderão prestar melhores cuidados às grávidas adolescentes?

Seguem-se então um conjunto de passos metodológicos que partem da definição dos objectivos e finalidades do estudo, passam pela identificação da população e amostra em estudo, fornecimento de informações sobre o processo de colheita de dados, explicitação de algumas questões de natureza ética, terminando com a apresentação e discussão dos resultados obtidos que nos remetem para algumas conclusões do estudo, tendentes a objectivar uma proposta de trabalho a implementar no Centro de Saúde em que desenvolvemos a nossa actividade profissional.

1- Objectivos e finalidade do estudo

A gravidez na adolescência é um fenómeno que, não sendo novo, continua a preocupar a comunidade, não só na exclusiva vertente da saúde, mas ao nível, social, familiar, profissional, escolar e outras, como já anteriormente explicitámos.

Porque estamos institucionalmente interessados em contribuir de alguma forma para o controle da saúde das populações da nossa área de influência, gostaríamos de neste percurso de investigação, encontrar o significado de algumas dessas preocupações, para melhor entendermos a situação, o que também, melhor nos permitirá intervir junto deste grupo de cidadãos.

Pretendemos portanto, desenhar um estudo que tem como principais objectivos:

- a) conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as implicações da gravidez na adolescência;
- b) identificar os cuidados de enfermagem prioritários a prestar às grávidas adolescentes.

Como finalidade deste estudo, gostaríamos de

- utilizar os resultados obtidos, para programar uma forma de atendimento específico aos adolescentes, com vista não só à informação/sensibilização de adopção de estilos de vida saudáveis, mas também à vivência de uma sexualidade responsável.

2- Tipo de estudo

Os investigadores da área das Ciências sociais e humanas têm vindo a debater-se com os métodos de investigação a utilizar.

Até ao fim da década de 60 prevaleceu nas várias ciências, (nomeadamente nas da saúde) a filosofia subjacente à corrente positivista que conduz ao método de investigação quantitativa.

Polit e Hungler (1994) consideraram este método um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis que são caracterizados pela objectividade, controle, predictabilidade e generalização. Contudo Streubert (1995), refere algumas dificuldades no que concerne à abordagem quantitativa. Estas dificuldades prendem-se sobretudo com o quantificar a experiência da pessoa como ser humano na sua globalidade.

Por volta dos anos 70 a metodologia qualitativa teve um acentuado desenvolvimento já que houve necessidade não só de explicar determinados fenómenos mas também compreendê-los. Este método recorre a uma filosofia interpretativa em que o objecto de análise é formulado em termos de *acção*.

O principal objectivo da investigação qualitativa é a compreensão do comportamento e experiências pessoais vividas (Bogdan e Biklen, 1994). A realidade é construída a partir do quadro de referência dos próprios sujeitos do estudo, tendo o investigador de descrever os comportamentos e identificar qual o seu significado (Taylor e Bogdan, 1996).

A aplicação deste método tem a vantagem de produzir informações pormenorizadas e válidas, não alterando as perspectivas dos participantes assim como compreender os comportamentos fornecendo-nos dados *"sedutores, permitindo descrições e explicações ricas e solidamente fundadas de processos ancorados num contexto social."* (Bogdan e Biklen, 1994:22).

Embora com todas as vantagens descritas, também este método apresenta limitações que estão relacionadas sobretudo com: a subjectividade, a possibilidade de viés do observador, o trabalho ser demorado, exaustivo e de

custo elevado, a análise dos dados ser trabalhosa e requerer muita disponibilidade do pesquisador.

O método de pesquisa a utilizar está relacionado não só com a temática que se pretende desenvolver, mas também, adequado aos objectivos a atingir.

E, sem querer rejeitar a informação que os números nos possam proporcionar, optámos por realizar um estudo de natureza qualitativa por termos como propósito essencial a compreensão de fenómenos e não apenas medir ou relacionar causas e efeitos. Este estudo é também exploratório já que se pretendem analisar aspectos da experiência dos enfermeiros na prática do cuidar e é descritivo porque tratando-se de uma experiência humana ela é susceptível de ser descrita com profundidade. Brink, citado por Rebelo (1996), realça a importância dos estudos exploratórios na construção do conhecimento em enfermagem.

Assim, o conhecimento da experiência do cuidar as grávidas adolescentes, vivida por cada enfermeiro, poderá enriquecer e orientar a prática de enfermagem.

3- População e amostra

A escolha da população a estudar está directamente relacionada com as questões de investigação e o tipo de investigação a realizar.

Deste modo a nossa amostra populacional/informantes do estudo são os enfermeiros que na sua prática profissional efectuam consultas de enfermagem ou contactam diariamente com adolescentes. *"Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência..."* (Streubert e Carpenter, 2002:25).

Tendo em conta o número elevado de enfermeiros prestadores de cuidados às grávidas adolescentes, considerámos necessário seleccionar aqueles que pela sua experiência nos disponibilizassem informações mais ricas acerca do fenómeno a estudar.

Assim analisados os dados sobre o número de partos ocorridos em 2000, no Hospital de S. Teotónio de Viseu, referentes à área de influência desta unidade de saúde, encontramos a situação que se transcreve.

Quadro I – Partos ocorridos no Hospital de S. Teotónio de Viseu, por concelho de origem materna e respectiva população inscrita

Concelho	População inscrita	Partos ocorridos no H. S. T. Viseu		
		Nados vivos	Partos em adolescentes	% Partos em adolescentes por nados vivos
Carregal do Sal	12549	96	4	4,17%
Castro Daire	18962	139	7	5,04%
Mangualde	23064	219	6	2,74%
Moimenta da Beira	12412	125	3	2,38%
Nelas	15717	138	3	2,17%
Oliveira de Frades	10595	99	5	5,05%
Penalva do Castelo	9196	83	2	2,41%
Penedono	3484	25	1	4,00%
Sátão	14882	136	3	2,21%
Sernancelhe	6234	72	2	2,78%
S. Pedro do Sul	19499	145	2	1,38%
Tondela	32152	245	6	2,45%
Vila Nova de Paiva	6501	53	3	5,66%
Viseu	97538	1227	43	4,00%
Vouzela	12245	115	6	5,22%
Não identificados			8	
Total	295030	2917	104	3,57%

FONTE : DAT e ficha de Avaliação Anual

A nossa opção recaiu então sobre as enfermeiras que desenvolvem a sua actividade nos Centros de Saúde de Viseu I e Viseu II , unidades onde sem sombra de dúvida é feito anualmente o maior número de atendimentos a adolescentes grávidas e como tal o contacto com estas situações, permite aos enfermeiros produzir um conjunto de reflexões resultantes do efectivo conhecimento, experiência e obviamente desenvolvimento de competências profissionais neste domínio as quais serão para nós de extrema importância.

Também Oliveira de Frades foi um dos Centros escolhidos dadas as características similares ao do Centro de Saúde onde exercemos a nossa actividade profissional e ter também um percentual significativo de partos em adolescentes bem como atendimento aos adolescentes, ser ali efectuado sempre pela mesma enfermeira, sendo portanto de privilegiar esta como informante. Finalmente, foram também seleccionadas enfermeiras do Hospital de S. Teotónio de Viseu, concretamente da consulta de risco a grávidas adolescentes, dado que um grande número de grávidas adolescentes que recorrem aos centros de saúde são encaminhadas para essa consulta onde podem ter um atendimento especializado, se a situação o exigir, havendo pois da parte destas colegas um elevado conhecimento da problemática que nos interessa questionar.

O número de enfermeiras seleccionadas em cada unidade de saúde, para participarem no estudo, prendeu-se como dissemos anteriormente, com o facto de estarem directamente relacionadas com o atendimento de adolescentes e de grávidas adolescentes. É de realçar que não há nenhum informante do sexo masculino por inexistência de profissional homem, que obedecesse aos requisitos por nós estabelecidos.

Assim foram participantes no estudo 18 enfermeiras com idades compreendidas entre os 27 e os 65 anos, distribuídas pelas três unidades da seguinte forma:

Centro de Saúde Viseu I – 8

Centro de Saúde Viseu II – 6

Centro de Saúde de Oliveira de Frades – 1

Hospital de S. Teotónio Viseu - 3

Este número corresponde à totalidade dos enfermeiros que nestes serviços têm experiência de cuidar adolescentes tendo esta informação sido fornecida pelas respectivas enfermeiras chefes.

4- Colheita de dados

Como diria Fortin (1994:240) *"os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, as questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas"*.

Assim e porque o que se quer investigar é que determina o método a utilizar (Haguette, 1992), a nossa escolha recaiu na entrevista semi-estruturada que tem por base o contacto directo entre os informantes e o investigador além de que os dados são recolhidos em ambiente natural podendo sempre ser complementados (Bogdan e Biklen, 1994; Lessard-Hebert et al., 1990).

O instrumento de recolha de informação foi construído tendo em conta as perguntas de investigação. Assim para responder à primeira questão: **para os enfermeiros que motivos poderão contribuir para que as adolescentes engravidem**, foram formuladas as seguintes perguntas:

1- Fale-me do que "sente" quando é procurada / abordada por uma grávida adolescente.
2- Em sua opinião quais os motivos que levam a jovem a engravidar?
3- Pensa que as adolescentes encaram a gravidez nesta fase da vida como uma situação problemática?
4- Que repercussões / consequências trará para ela e família uma gravidez nesta idade?

Estas quatro questões estão de algum modo, relacionadas com a sensibilidade das enfermeiras face à situação de gravidez na adolescência.

Para dar resposta à segunda questão de investigação: **como é que os enfermeiros poderão prestar melhores cuidados às grávidas adolescentes**, foram elaboradas mais quatro perguntas:

5- Fale-me da educação sexual promovida aos adolescentes e como pensa que deveria ser abordada, de uma forma genérica e na sua instituição.

6- De que forma os enfermeiros poderão contribuir para prestar melhores cuidados aos adolescentes?

7- Como pensa que podemos planear / organizar o atendimento aos adolescentes? O que pensa que falta na sua Instituição e o que está melhor organizado.

8- Da sua experiência profissional junto das grávidas adolescentes quais os cuidados de enfermagem prioritários?

Estas perguntas estão directamente relacionadas com a prática dos cuidados.

Para terminar o instrumento de recolha de informação individual foram elaboradas seis questões de caracterizações dos respondentes/entrevistados, de forma a podermos retratar com mais precisão o grupo de participantes.

Antes de iniciarmos a colheita de dados realizámos três entrevistas prévias num centro de saúde para treinar o modo de as orientar e também de analisar a clareza das questões.

As entrevistas foram conduzidas de modo a que se tornasse uma *"conversa entre amigos"* (Bogdan e Biklen, 1994:134) havendo sempre a preocupação de criar ambiente favorável às participantes através de um *clima de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia* (Trivinos, 1992:149) para que se sentissem à vontade partilhando com o entrevistador a sua experiência, comportamentos, opiniões e valores bem como sentimentos e conhecimentos.

O local escolhido para a realização das entrevistas foi o gabinete das enfermeiras chefes, tendo apenas 3 sido efectuadas num outro gabinete que se encontrava disponível.

O tempo previsível de demora de cada entrevista foi de 20 a 30 minutos, contudo a sua demora oscilou entre 25 e 45, tendo o período de recolha de informação se prolongado por 4 meses.

Tal como defende Ghiglione e Matalon (1992) tivemos sempre presentes os princípios deontológicos da profissão pelo que foi pedida autorização para gravar as entrevistas, salvaguardando a confidencialidade do seu conteúdo, como aconselham Bogdan e Biklen (1994).

Após a gravação da entrevista, a todas foi proporcionada a sua audição de modo a que pudessem validar o que tinham dito e ou introduzir alterações que considerassem necessárias.

A transcrição das entrevistas foi totalmente efectuada pelo investigador, por ser quem melhor conhece o contexto onde esta decorreu e portanto interpretar de forma mais exacta o sentido do discurso dos informantes.

Para tornar o discurso dos entrevistados mais objectivo e de acordo com o que é defendido por Bardin (1977) e Vala (1986), recorremos a uma leitura flutuante de cada uma das questões de todas as entrevistas realizadas, tendo da sua leitura emergido um conjunto de categorias, as quais nos permitem organizar o pensamento e melhor compreender os respectivos discursos das enfermeiras.

Este processo permitir-nos-à então encontrar alguns indicadores e unidades de significação tradutores do verdadeiro sentido das palavras das entrevistadas.

5- Considerações éticas

Em enfermagem, à semelhança de outras disciplinas científicas a investigação é produtora de conhecimentos de qualidade e de actualização mas é necessário ter sempre presente que *"os princípios que orientam a investigação traduzem a aplicação dos grandes valores à cultura especifica que se traduzem no método científico"* (Grande, 2000:49).

A investigação qualitativa é portadora de um conjunto de considerações éticas já que para a recolha de informação o investigador necessita de uma relação próxima e pessoal com os participantes.

Nesta linha de pensamento, Streubert e Carpenter (2002:43) referem que *"a própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível"*.

Assim e de acordo com as autoras citadas é necessário respeitar o principio de *não maleficência* não interferindo no bem estar dos participantes tendo sempre a preocupação de que estão protegidos. Também deve estar sempre presente o principio da *autonomia* devendo o investigador obter consentimento informado isto é, o participante possuir informação adequada e decidir livremente participar no estudo. A *beneficência e a justiça* são princípios a respeitar já que devem ser garantidos a confidencialidade e o anonimato e os participantes serem tratados com dignidade e respeito.

Deste modo e tendo sempre presentes estes princípios éticos iniciámos o nosso trabalho.

Assim, de 23 a 29 de Outubro de 2001 formalizámos por escrito um pedido de autorização para a realização do estudo às Direcções dos Centros de Saúde e Conselho de Administração do Hospital, fornecendo-lhes informações detalhadas sobre: o objectivo do estudo, metodologia de recolha de informação, informantes a privilegiar e período previsto para ser efectuada a colheita de dados. Foi dado parecer favorável por todos os responsáveis das Instituições de Saúde, pelo que entre 20 e 30 de Novembro foram contactadas as enfermeiras chefes das várias unidades com o objectivo de lhes dar a conhecer o tipo de estudo que

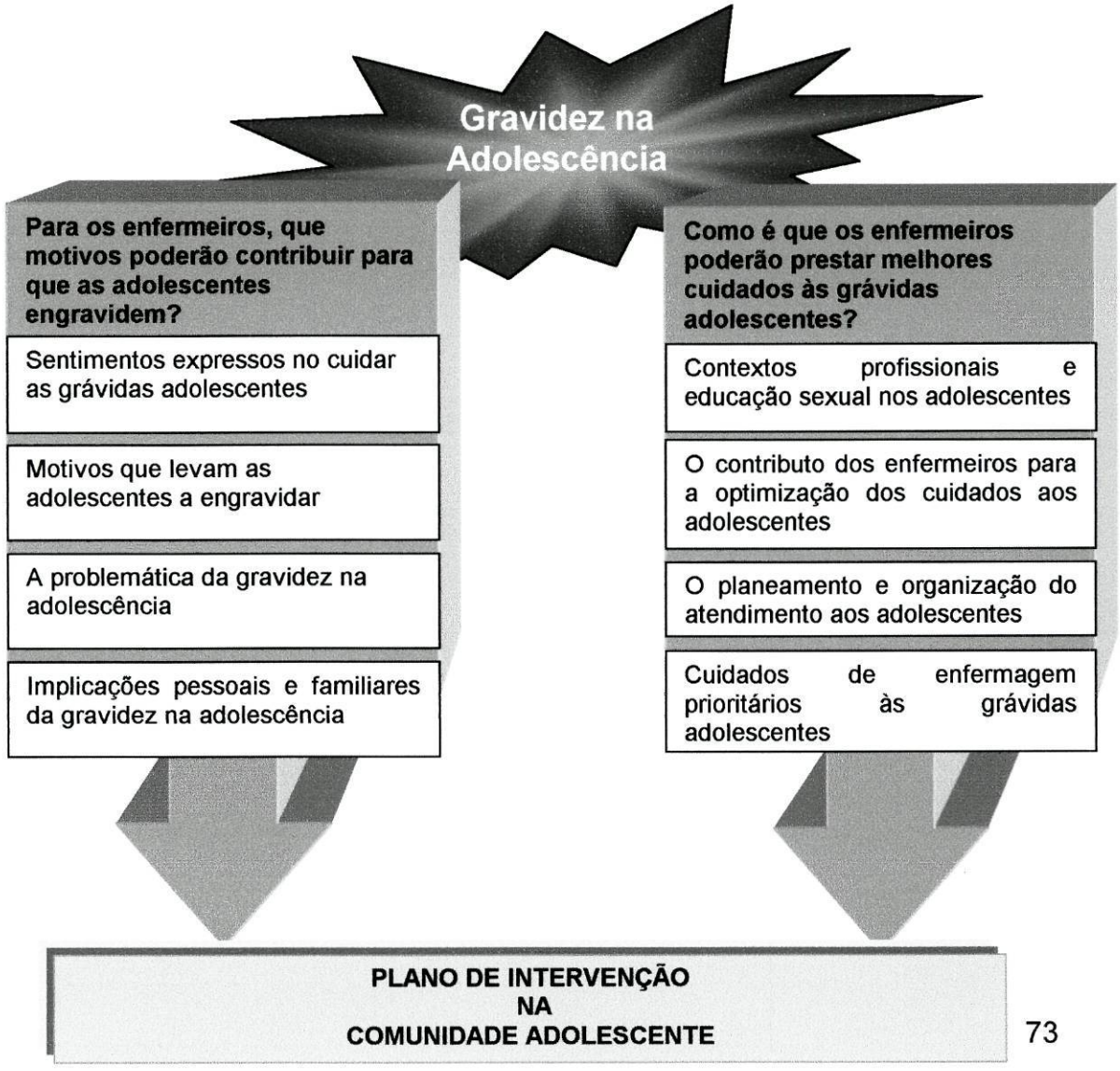
pretendíamos desenvolver e o respectivo pedido de colaboração. Não houve qualquer reacção negativa da sua parte pelo que foram elaborados planos de trabalho no sentido de libertar a informante o tempo necessário para a realização da entrevista.

Respeitando os princípios éticos foi dado a conhecer a todos os participantes o tipo de estudo a realizar e obtido o seu consentimento quer para a participação no mesmo, quer para a gravação de todas as entrevistas. Também, a fim de preservar o anonimato, confidencialidade e privacidade das enfermeiras optámos pela identificação numérica das entrevistas codificando-as de E1 a E18.

6- Análise e interpretação de resultados

Este é o capítulo em que é mandatório tornar compreensíveis, os significados que os enfermeiros atribuem à prática de cuidar as adolescentes grávidas, no sentido de podermos interpretar alguns dos contextos de trabalho em que os mesmos enfermeiros estão inseridos, de modo a que de uma forma mais rigorosa, tenhamos suporte para a implementação de um plano de intervenção junto de adolescentes, o que em termos de síntese pode ser retratado pelo diagrama que se segue.

Diagrama II – Esquema representativo das questões em análise



Para tal, propomo-nos fazer num primeiro passo deste capítulo, a caracterização das respondentes, o que nos ajudará a contextualizar e melhor compreender o sentido de algumas das opiniões emitidas.

Em seguida, nos sub-capítulos imediatos, serão analisados e explicitados os discursos das enfermeiras participantes no estudo, pretendendo então identificar as frases significativas que sem qualquer alteração na linguagem utilizada e face à sua riqueza e profundidade de sentido, nos permitiram reconstruir e reorganizar os discursos por via da categorização que entretanto fizemos emergir.

6.1- Caracterização das respondentes

Para melhor entendimento dos dados a apresentar posteriormente, há necessidade de fazer uma breve caracterização dos elementos constituintes da amostra da população estudada.

Como já referimos, participaram voluntariamente 18 enfermeiras com idades compreendidas entre os 27 e os 65 anos. Sendo que 5,6% das entrevistadas têm idades compreendidas entre os 21-30 anos, 44,4% situavam-se na faixa etária dos 31-40 anos, 33,3% na faixa etária 41-50 anos, 11,1% entre os 51-60 anos e 5,6% entre os 61-70.

Em relação à categoria profissional verifica-se que 11,2% são enfermeiras chefes, 44,4% são enfermeiras especialistas sendo as restantes 44,4% enfermeiras graduadas.

No que concerne aos anos de profissão o número varia entre 7 e 33 anos sendo que há 5,6% das enfermeiras cujos anos de actividade profissional se situam entre os 0 e os 10 anos, 50% estão compreendidos entre os 11 e os 20 anos, 38,8% têm entre os 21 e os 30 anos e salientamos que apenas 5,6% das enfermeiras se posicionam entre os 31 e os 40 anos de exercício.

Relativamente ao grau académico constata-se que 66,7% de enfermeiras são licenciadas e 33,3% são detentoras do grau de bacharel.

Quanto aos anos de experiência a lidar com adolescentes observa-se que 22,2% das enfermeiras têm entre os 3 e os 5 anos de experiência; 16,7% entre os 6 e os 8 anos; 16,7% entre os 9 e os 11 anos; 16,7% entre os 12 e os 14 anos; 5,5% entre os 18 e os 20; 11,1% cuja experiência se situa entre os 21 e os 23

anos e 11,1% entre os 24 e os 26. É assim de salientar que 55,5% das enfermeiras participantes trabalham com adolescentes há mais de 10 anos o que pensamos ser um indicador bastante importante já que se pretende colher dados ricos em pormenores descritivos relativos a pessoas, locais e conversas, como aconselham Bogdan e Biklen (1994).

6.2- Sentimentos expressos pelas enfermeiras ao cuidar as adolescentes grávidas

Porque o trabalho em enfermagem não se limita ao domínio técnico e científico, mas suporta-se muito na relação onde naturalmente as práticas profissionais são muito de emoção e sentimento, é importante perceber como as enfermeiras "sentem" a sua *"praxis"* no quotidiano, em contacto com as adolescentes grávidas.

Não é de descurar o facto de muitas destas *enfermeiras-mulheres* (como se poderá depreender pela caracterização das respondentes) terem já no passado vivido a adolescência, vivido a experiência da gravidez e porventura terem agora filhas já adolescentes e como tal em situação de poder integrar o grupo em estudo.

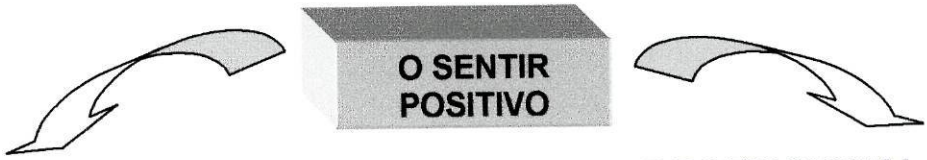
Por outro lado, estas *enfermeiras-profissionais* têm também manifestações de sentimentos de apropriação da profissão, que naturalmente as obrigam a reflexões sobre o atendimento e a atitude cuidativa das adolescentes.

É assim que encontramos resultados que nos permitem identificar sentimentos e convicções, manifestados pelas enfermeiras, mas orientados de forma positiva e negativa, quer para as adolescentes, quer para as próprias profissionais.

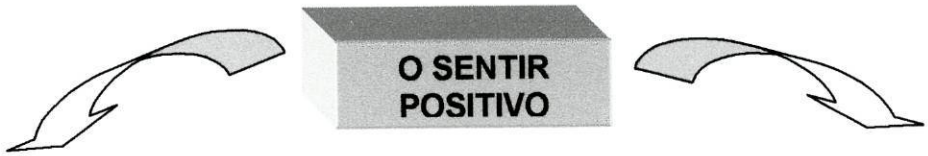
A relação de ajuda, constitui, nos discursos produzidos, a atitude positiva identificada relativamente às adolescentes que determina que muitas jovens acreditem no sistema de saúde como recurso importante para apoio à sua situação. Sem dúvida que a relação de ajuda é uma dimensão sempre presente no cuidar em enfermagem, o que está de acordo com Adam (1994:93) ao considerar que *"os cuidados de enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda"* . Neste sentido também Collière (1989:155) afirma que

"cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais".

Por outro lado, as enfermeiras, em termos profissionais, referem que o contacto com estas situações de gravidez na adolescência, constitui um desafio, uma atitude promotora de reflexão sobre as suas práticas, promove de alguma forma sentimentos maternais, (aos quais não podem estar alheios a situação de mulher), obriga a dar apoio psicológico e a estabelecer verdadeira relação de ajuda, o que pode ser constatado pelos indicadores a seguir observados relativamente a cada uma das categorias em análise. Esta atitude maternalista é criticada por Pérez et al (1997:14) quando relativamente ao envolvimento dos enfermeiros no cuidar, refere que *"em nenhum caso se devem adoptar posturas moralizantes ou atitudes paternalistas. Há que manter uma estrita profissionalidade em todo o momento".*



	ADOLESCENTE	PROFISSIONAL
ATITUDES	- ***relação de ajuda*** *"...Necessidade grande de ajudar ... Há muitas adolescentes, que mesmo sem terem dito aos pais acerca da gravidez vêm à consulta e isso impressiona-me..."* (E14)	- ***desafio*** *"...Depois desafio para encaminhamento para que seja uma futura mãe mais apta..."* (E16) - **dar apoio psicológico** *"...Sinto que devo dar o máximo de apoio à adolescente e à família..."* (E4) - ***relação de ajuda*** *"...A maior preocupação é ajudá-la em tudo porque elas aparecem tão mal, tão desprotegidas e das entrevistas da consulta de enfermagem retiramos informação..."* (E10), , *"...A primeira coisa que penso é como posso ajudar, o que posso fazer por ela, porque normalmente vêm numa situação de crise..."* (E18) - ***reflexiva de erros cometidos*** *"...o que nos leva a reflectir que temos que fazer mais e de outra forma..."* (E6), *"...Sinto que haverá alguma coisa a fazer para prevenir essas situações..."* (E17) - ***maternais*** *"...acompanhando o melhor possível a situação e colocar-me na posição de mãe porque também tenho uma filha adolescente..."* (E4), *"...Confunde-me elas não terem apoio das famílias por isso protejo-as, porque também tenho uma filha e temos que fazer tudo o que esteja ao nosso alcance. Eu tenho um sentido um pouco de pensar que poderia ser minha filha..."* (E10), *"...As miúdas nem são adultas nem são crianças e então eu tento protegê-las porque se fosse a minha filha também gostava que a protegessem..."* (E13)



	ADOLESCENTE	PROFISSIONAL
CONVICÇÕES	- ***maturidade*** *"...Quando vemos que têm maturidade ficamos mais tranquilos..."* (E9)	- ***satisfação pela confiança no profissional*** *"...Sinto-me bem, é sinal que gostam de nós, confiam em nós por isso é que nos procuram..."* (E11) - ***tranquilidade*** *"...Quando vemos que têm maturidade ficamos mais tranquilos..."* (E9)

Identificadas anteriormente algumas respostas tradutoras de um "sentir" positivo, transmitidas pelas enfermeiras, encontramos contudo um conjunto de opiniões que indiciam algumas preocupações, não só relativamente ao agir profissional, mas também sobre as próprias adolescentes. Assim, orientadas para as adolescentes, foram verbalizadas pelas respondentes atitudes identificativas da sua inexperiência e do facto da gravidez ser vista como uma contrariedade. Na opinião daquelas enfermeiras existe alguma inibição em procurar os serviços dos Centros de Saúde o que está de acordo com Arietes(1999:728) ao referir que "*os adolescentes têm uma experiência limitada na procura independente de cuidados de saúde*".

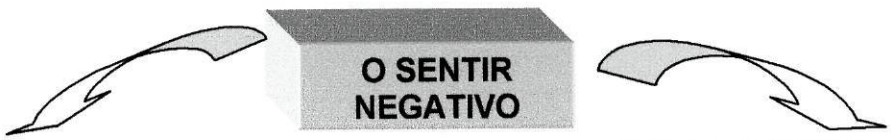
Também pensam que apesar da existência de inúmera informação, a gravidez surge como uma contradição. Isto porque, *"assiste-se hoje nas sociedades ocidentais, na era dos anticoncepcionais, do planeamento familiar, das consultas para adolescentes, da democratização do espaço familiar e escolar, da informação diversificada (mass média, livros, revistas, vídeos, etc), a uma emergência da gravidez na adolescência" (Mendes, 1998:24).*

Já, em termos profissionais, as enfermeiras atribuem as razões mais negativas da sua prática junto deste grupo de jovens utentes, não só a alguma frustração relativamente ao desempenho, mas também a erros de comunicação. Contudo Pérez et al (1997:11) afirma que a gravidez na adolescência pode ser prevenida e considera que os enfermeiros "*se situam no lugar ideal para assumir*

a liderança nesse sentido, dentro da comunidade, tanto nas consultas de enfermagem como nos planos educativos e escolas".

Por outro lado, é também mencionada alguma preocupação, frustração e tristeza face às jovens adolescentes, sentimentos estes associados ao desenvolvimento simultâneo que aquelas têm que enfrentar, em termos biológicos, já que o corpo dos adolescentes está *"sujeito a grandes modificações, difíceis de integrar e que ocorrem a um ritmo alucinante"* (Lourenço,1998:44)e psico-sociais não só em resultado da própria idade mas também da situação particular da gravidez. Neste sentido a mesma autora afirma que "*ao engravidar a rapariga é muitas vezes exposta à perda prematura da condição de adolescente, tendo de se ajustar rapidamente à possível condição de mãe e colocando em causa o equilíbrio psicossomático".*

A frustração surge também mencionada como um aspecto percebido na prática profissional das enfermeiras, o que nos é referenciado da seguinte forma:



	ADOLESCENTE	PROFISSIONAL
ATITUDES	**- inexperiência** *"...Quase sempre é a inexperiência porque sabem que há Centros de Saúde onde podem recorrer mas como é preciso marcar uma consulta inibem-se..."* (E2) **- contrariedade** *"...Não há motivo, nos tempos de hoje, que levem as pessoas a engravidarem sem mais nem menos, quando há tanta informação nos tempos que correm não é possível isso acontecer. É mais um sentimento de contrariedade..."* (E7)	**- frustração** *"...Sinto ainda que situações destas não deveriam surgir e que os enfermeiros têm um trabalho muito importante a desenvolver especialmente os que trabalham na promoção da saúde..."* (E8), *"...Sinto que não deveria ter acontecido. Que algo falhou para que esta situação aconteça ... Sinto que nós não estamos a informar ou estamos a desinformar?..."* (E12), *"...Sinto que fazemos um trabalho inglório. Que o trabalho não deu resultado. Quando apanho uma grávida adolescente fico logo incapaz, porque o meu trabalho afinal não deu frutos..."* (E13) **- erro de comunicação** *"...Será que a mensagem que os profissionais de saúde tentam impingir aos adolescentes está a passar? Ou só passa para alguns? Ou está a ser mal interpretada?..."* (E12)

	ADOLESCENTE	PROFISSIONAL
CONVICÇÕES	- ***preocupação*** *"...Fico também preocupada do modo como vão aceitar a gravidez, porque sofrem alterações (físicas) que não sei se elas são capazes de enfrentar..."* (E3), *"...Sinto angustia, interrogação do porquê, porquê que estas situações acontecem..."* (E6), *"...Sinto alguma tristeza e preocupação especialmente se é uma adolescente muito jovem..."* (E8), *"...Incomoda-me, embora esse incomodo se dissipe quando vejo a maturidade delas ... O incomodo pode manter-se se elas não são maduras..."* (E9), *"...Sinto preocupação porque aquela gravidez lhe vai trazer grande alteração na sua vida..."* (E12), *"...Preocupação, porque é uma adolescente que está em crescimento e desenvolvimento e não está preparada para ser mãe..."* (E16), *"...Sinto também ansiedade, preocupação sobretudo quando a gravidez não é planeada..."* (E18) - ***frustração*** *"...Por vezes sinto pena outras vezes sinto revolta. Por um lado é a ignorância e o descuido que estão em causa. Por vezes sinto revolta porque devíamos estar mais evoluídos..."* (E5), - ***tristeza*** *"...Fico triste, ... porque também tenho filhas embora não estejam na idade da adolescência...", "...O que me entristece são estas grávidas de 13, 14 anos que não têm maturidade e se não há uma família que apoie, a situação torna-se ainda mais complicada e a enfermeira acaba também por viver os problemas delas; o que é que vão ser um dia, como vão conseguir criar aquele filho..."* (E3)	- ***frustração*** *"...Sinto impotência minha, como profissional de saúde, mas também dos próprios serviços..."* (E1), *"...Uma certa frustração porque no fundo trabalho no sentido da promoção e da prevenção e depois vemos o nosso trabalho não entendido..."* (E6)

6.3- Motivos que levam as adolescentes a engravidar

Quando tentamos perceber as razões que estão na origem da gravidez das adolescentes, percebe-se que existe um conjunto de respostas que mostram que as jovens querem desde logo engravidar. As enfermeiras referem que esta atitude de algumas jovens, se prende com o facto de algumas quererem experimentar, o que na opinião de Franco et al (1998) está relacionado com o não serem equacionadas as causas/ efeitos/ consequências, acrescido da falta de informação. Também há outras que pretendem desde já planificar a sua vida; segundo Vilar e Gaspar (1999:63), *"nos meios populares e operários... não é raro encontrarmos jovens a partir dos 15/16 anos coabitando"*. Outras desejam ainda a independência face à família. Porventura há aquelas outras, que ao engravidarem desejam prender o namorado. Lourenço (1998:57) afirma que a gravidez precoce pode surgir devido "*à necessidade de agradar, nomeadamente ao namorado, acreditando que a gravidez é uma forma de investimento e compromisso na relação*".

O confrontar-se com os pais é também um factor mencionado, o que é corroborado por Dickason et al (1995:147) quando afirma que "*algumas desejam chamar a atenção dos seus pais...estes são meios para expressar necessidades básicas de amor e auto-estima*". Assim, Lourenço (1998:56) relata que há determinados autores que *"falam mesmo da gravidez como forma de agredir os pais"*.

- Querer

- ***Experimentar*** *"...o facto de serem jovens querem experimentar sem pensarem nas consequências..."* (E6)

- ***Planificar a vida*** *"...também há algumas que engravidam porque querem..."* (E10) , *"...algumas vezes são as próprias adolescentes que programam a gravidez... porque já têm uma vida mais ou menos estável..."* (E18).

- Autonomizar-se face à Família

- ***libertação dos pais*** *"...algumas vezes são as próprias adolescentes que programam a gravidez, ou para saírem de casa..."* (E18).

- ***confrontação com os pais*** *"...também pode ser uma maneira de chamar a atenção dos pais..."* (E5)

- ***"Prender o namorado"*** *"...outras vezes é para apanhar o companheiro..."* (E5), *"...algumas vezes são as próprias adolescentes que programam a gravidez,... para apanharem o companheiro..."* (E18).

Se estes motivos, na opinião das enfermeiras justificam o comportamento das adolescentes que pretendem engravidar, um outro conjunto de razões, refere-se a uma atitude não intencional, justificada pela ignorância, ou o descuido, o inesperado. Perfilha esta opinião Lourenço (1998:54) ao referir que *"os adolescentes não usam contraceptivos porque não prevêem que a relação vai ocorrer, parece que muitas adolescentes são ignorantes acerca da educação sexual em geral e da contracepção em particular, outras têm uma compreensão lacunar da reprodução e/ou contracepção, e algumas possuem ideias preconcebidas sobre as desvantagens da contracepção."*

Também a falta de informação é apontada como condicionante à gravidez precoce o que está em consonância com Sprinthall e Collins (1994:431) ao referir *que "os adolescentes, frequentemente, não conseguem entender as probabilidades de concepção em cada acto sexual desprotegido*". De acordo com

o mesmo autor podemos então concluir que muitos jovens não compreendem a fisiologia básica da reprodução *"conhecimento esse que lhes seria útil para tomar decisões inteligentes acerca da sexualidade"* Sprinthall e Collins (1994:430).

Corrobora esta opinião Aretaris (1999:731) ao mencionar que *"os adolescentes nutrem muitos mitos que contribuem para o fraco uso dos métodos contraceptivos, tais com acreditar que não se fica grávida a primeira vez, ou podem ter conhecimentos errados acerca do período fértil da mulher"*.

Neste sentido, a informação / formação aos adolescentes sobre métodos contraceptivos tem levantado grande controvérsia, pois há quem defenda que ensinar sobre contracepção pode conduzir a um número mais reduzido de gravidezes na adolescência. A contrapor esta postura outros autores afirmam *"que a aprendizagem realizada pelos jovens sobre métodos contraceptivos os encoraja à relação sexual"*.(Lourenço, 1998:61)

- Ignorância	***- informação errada***	***- transmissão*** *"...ou então informação deturpada de quem lha dá que muitas vezes são os pares, os colegas..."* (E6) ***- percepção*** *"...é a experiência das primeiras relações, porque elas pensam que o facto de terem relações pela primeira vez não engravidam. É sempre involuntário..."* (E2), *"...o principal motivo é que a informação é deturpada, não é correcta, tanto a nível da família como a que os profissionais de saúde transmitem. Eles não entendem a informação..."* (E3), *"...os adolescentes até têm bastantes conhecimentos mas errados, eles pensam que se tiverem a primeira vez relações não engravidam..."* (E18)
	- falta de informação *"...o principal motivo é elas não estarem informadas, elas não têm noção de que podem engravidar porque são muito novas..."* (E4), *"...falta de conhecimentos ou de informação (interiorização de informação)..."* (E6), *"...ainda há muitos adolescentes que não têm conhecimentos porque deixam de estudar e depois falta-lhe a informação..."* (E7), *"...muitas engravidam por ignorância ou pouca informação a nível da família e da comunicação social...", "...elas em casa não são esclarecidas dos riscos que podem correr..."* (E8), *"...falta de informação, muita falta de informação...", "...mas a maior parte é por falta de informação delas ou de ambos...", "...também depende do meio onde está inserida, porque há sítios onde a informação não passa..."* (E10), *"...ignorância. Elas não conhecem nada da vida, não estão informadas nem têm formação..."* (E11), *"...normalmente é por falta de informação ... também pensam que se tiverem relações só uma vez que também não engravidam..."* (E12), *"...é um azar porque elas muitas vezes não estão informadas, elas até sabem que há métodos para evitar a gravidez mas não estão formadas..."* (E13), *"...por não estarem preparadas e informadas ... porque não sabem que devem estar protegidas..."* (E14), *"...desconhecimento ... ou que não se engravida na primeira relação sexual..."* (E16)	

Encontramos ainda algum discurso que aponta no sentido de considerar o descuido como um motivo para a gravidez na adolescência, bem como o inesperado , em que são associados alguns factores de saúde, as falhas do método anticoncepcional e algum aventureirismo característico deste grupo etário *"Os adolescentes sentem-se muitas vezes invencíveis e portanto não antecipam qualquer risco das consequências relacionadas com os seus comportamentos ...*

cada adolescente acredita que é único e diferente, a pessoa a quem tudo correrá bem "(Aretaris, 1999:731).

Os enfermeiros inquiridos sobre estes aspectos, referem:

- **Descuido** *"...quase sempre é sem querer. Engravidam porque acontece, não tiveram as devidas precauções..."* (E9)

- **Acontecer / Inesperado**

  - ***factores de saúde*** *"...também podem não saber se determinados medicamentos interferem com o efeito da pílula..."* (E7), *"...ou porque estão a fazer algum tratamento ou determinados medicamentos e engravidam porque não estão informadas que pode haver interferência na absorção da pílula..."* (E12)

  - ***falha do método (falibilidade do método)*** *"...pode haver gravidez se houve falha do método..."* (E7), *"...outros não sabem qual é a melhor altura de colocar o preservativo, ou por vezes a relação não é planeada e não usam mesmo o preservativo..."* (E18)

  - ***invulnerabilidade (aventurismo)*** *"...não pensam no que pode acontecer ... têm a noção de que só acontece aos outros, não pensam nas consequências ... por vezes é entregarem-se ao destino..."* (E1), *"...porque pensam que isso só acontece aos outros..."* (E3), (E4), (E12), (E16), (E18), *"...Os jovens sentem-se imortais, infalíveis, que nada lhes acontecem, por isso arriscam tudo sem pensar que as situações também podem acontecer a eles..."* (E6), *"...muitas vezes pensam que a gravidez só acontece aos outros por isso arriscam..."* (E9), *"...as que engravidam porque querem são raras. Tudo é ocasional..."* (E11)

Uma das enfermeiras diz ainda que o facto de pensarem que sabem tudo constitui também uma razão para a gravidez.

- ***"Pensar que sabem tudo"*** *"...pode ser falta de conhecimentos ou então a mania que têm conhecimentos de tudo e falha o necessário..."* (E7)

É interessante constatar que as respondentes referem que as adolescentes não procuram os serviços de saúde porque não querem ser vistas por familiares ou vizinhos, e pelo receio de serem identificadas. Em relação à confidencialidade Fragoeiro (2001:10) opina que *"a maioria dos adolescentes tem alguma relutância em procurar o seu médico de família devido a receios de confidencialidade".* Neste sentido também Hatcher et al. (1994,cit in Aretaris 1999:731) afirma que *"a*

não utilização de contraceptivos pelos adolescentes pode também reflectir a sua falta de à vontade na discussão desta prática com os parceiros, amigos, pais e prestadores de cuidados e os obstáculos em encontrar serviços de planeamento familiar que sejam confidenciais e acessíveis".

Não procurar os serviços de saúde	***- medo de serem vistas por familiares ou vizinhos*** *"... por vergonha de se dirigirem ao Centro de Saúde para usarem um método e também têm medo de serem vistas por um vizinho..."* (E15), *"...e também às vezes o medo de recorrer a uma consulta de planeamento familiar..."* (E16) ***- confidencialidade*** *"...os adolescentes não querem ser reconhecidos e gostam de ver os seus problemas resolvidos rapidamente..."* (E4)," *Também há o problema do adolescente ser identificado especialmente nos meios pequenos ..."* (E7), " *desenvolver medidas que lhe possam promover a privacidade, como por exemplo o telefone. Isto permite-lhe não serem identificados..."* (E9)

6.4- A problemática da gravidez na adolescência

Ao tentar perceber se as enfermeiras inquiridas pensam que as adolescentes encaram a gravidez como uma situação problemática, encontramos alguma diversidade de opiniões. Umas vão no sentido de que efectivamente esta situação constitui um problema não só para a própria adolescente, mas também para a família, para a sociedade e para os próprios serviços de saúde.

Contudo, foi o facto de constituírem problema para a própria adolescente que foram verbalizadas com maior frequência os diferentes tipos de razões associadas a sentimentos quer por incapacidade para assumir a gravidez, a vergonha pela situação, a insegurança, quer pelo inesperado da situação, quer pelo medo. A gravidez nesta etapa da vida vai impedir que a formação da identidade e o desenvolvimento se processem normalmente e *"a tentativa de conseguir atingir as tarefas de desenvolvimento quer da gravidez quer da adolescência normal pode ser uma carga demasiado grande*". Johnson (1999:759).

Surge, frequentemente, o abandono escolar referindo Sprinthal e Collins (1994:435) que" *menos de metade das adolescentes que se tornam mães entre os 13 e os 15 anos de idade completa o ensino secundário...80% dos casos desistem de estudar*". O recurso ao aborto clandestino pode ser uma opção referindo Lourenço (1998:65) que *"se houve uma interrupção voluntária da gravidez a culpa e a tristeza persistem"*. Também as inúmeras dúvidas que mantêm relativamente ao futuro, nomeadamente o modo como o companheiro vai reagir perante a situação é, muitas vezes, factor de grande preocupação. A reacção depende, muitas vezes, da natureza da relação antes da gravidez. Cada jovem reage de forma diferente. *"Muitos jovens acompanharão a rapariga a um centro de prestação de cuidados de saúde...grande percentagem continuarão a acompanhar a jovem..."* (Aretaris, 1999:733). As famílias do casal adolescente com frequência *"excluem o pai deste processo de tomada de decisão devido à raiva que sentem em relação à gravidez e porque consideram que ele é incapaz de tomar tal decisão"* (Johnson,1999:761).

Problema para quem	Natureza do problema
Própria	- ***sentir-se incapaz*** *"...Têm a noção que estão metidas em apuros por isso recorrem muito ao aborto, mais do que aquilo que se julga..."* (E1), *"...Também ficam sem saber o que fazer, por isso recorrem muitas vezes ao aborto para resolver o problema..."* (E12). - ***vergonha*** *"...é frequente tentarem esconder por vergonha, as adolescentes são acanhadas e de difícil contacto..."* (E4) - ***insegurança*** *"...sentem insegurança, não se sabem cuidar..."* (E14) - ***inesperado*** *"...porque muitas vezes a maioria não conta que vai ficar grávida. Às vezes as coisas acontecem sem pensar, quando acontecem não é uma coisa desejável e é sempre difícil de encarar..."* (E17) - ***medo*** *"....o sentirem medo tem a ver com o apoio familiar se sentirem que têm apoio, até a ter a criança têm muito menos medo..."* (E9) - ***recurso ao aborto clandestino*** *"...têm a noção que estão metidas em apuros por isso recorrem muito ao aborto, mais do que aquilo que se julga. Há muitas jovens que engravidam e nós nem temos conhecimento porque elas com o apoio de alguém, familiares ou não, abortam e muitas vezes em situações pouco seguras e quantas vezes já num estado bastante avançado da gravidez..."* (E1), *"...também ficam desorientados sem saber o que fazer, por isso recorrem muitas vezes ao aborto para resolver o problema..."* (E12) - ***dúvidas do futuro*** - ***aceitação do companheiro*** *"...assumem a gravidez muitas vezes sozinhas porque os pais dele (pai do bebé) por vezes querem que elas abortem..."* (E6), *"...será que o pai assume?..."* (E7), *"...o que as preocupa é o medo das reacções ... do namorado (pai da criança)..."* (E18) - ***abortar ou não*** *"...será que vou fazer o aborto?..."* (E7) - ***mudança de vida*** *"...por causa da gravidez têm que mudar toda a sua vida..."* (E9), *"...à primeira vista têm que mudar muito a vida delas...só conseguem manter a sua vida com muito apoio especialmente dos pais e familiares..."* (E10), *"...porque altera o percurso da vida delas, a nível estudantil, familiar, mesmo a nível de vida própria, porque o pai da criança poderá não ser o futuro companheiro. Vai também trazer repercussões nos estudos, impedindo o percurso profissional..."* (E16) *"...há problemas porque têm de abdicar de fazer a sua vida (ir para a discoteca, etc.) se não tiverem quem lhe fique com a criança..."* (E7) - ***pânico*** - ***assumir a gravidez*** *"...a idade é proporcional ao pânico, por vezes só dão conta da realidade quando têm o garoto na mão, porque se se tiverem quem tome conta dele nem se apercebem..."* (E4). - ***contar aos pais*** *"...muitas vezes o problema é dizerem aos pais e serem expulsas de casa..."* (E8), *"...acho que o maior problema que elas têm é de contarem aos pais..."* (E9), *"...penso que ainda o maior problema é até contarem à família porque não sabem como vai reagir..."* (E12), *"...o que as preocupa é o medo das reacções da família..."* (E18)

Quando se referem à família como sendo alvo de problemas resultantes da gravidez da adolescente, as enfermeiras pretendem também considerar o facto desta ter de assumir a educação da criança, *"são as raparigas que, com maior frequência, enfrentam as responsabilidades da sua gravidez ilegítima"* (Sprinthal e Collins 1994:434), de porventura haver rejeição familiar e as dificuldades de comunicação com os pais." *Quando a gravidez surge desenquadrada, normalmente, criam-se situações de conflito"* (Vilar e Gaspar, 1999:80). Neste sentido também Johnson (1999:760) afirma que *"as reacções dos futuros avós são habitualmente de choque, fúria, vergonha, culpa e pena".*

Por outro lado é ainda dito que existe medo de julgamentos de natureza social, estigmas sociais e situações relacionadas com o contexto profissional, razões estas relacionadas com a sociedade. *"A critica social continua a ser suficientemente vasta, colocando difíceis obstáculos à adolescente e sua família"* (Lourenço,1998:44).

Finalmente, as enfermeiras dizem que constitui ainda um problema para os serviços de saúde, quando as adolescentes são apanhadas numa fase tardia da gravidez. *"A inexistência ou tardia assistência pré-natal é comum na gravidez na adolescência"* (Marques, 2002:74). Este adiar a procura dos serviços de saúde é também reconhecido por Aretaris (1999:733) quando afirma que as adolescentes não *"reconhecem sinais tais como sensibilidade mamária e atraso no período, por estarem a vivenciar uma série de outras alterações da puberdade".*

O recurso à prática do aborto clandestino é também apontada como uma situação problemática. Sem dúvida que abortar é uma opção que está ao alcance da jovem mãe e que o profissional de saúde deve respeitar. *"A recorrência ao aborto numa situação de gravidez na adolescência é uma situação que passa pela cabeça de toda a gente"* (Vilar e Gaspar,1999:68). Ao recorrer à interrupção da gravidez a adolescente pode apresentar alterações psicológicas já que *"os adolescentes são muito mais susceptíveis emocionalmente que os adultos e uma gravidez não desejada que termina em aborto pode ter importantes sequelas psicológicas que afectam a sua vida posterior..."*(Pérez et al,1997 :13)

Contudo, Dickason et al (1995:149) refere *"que cada vez mais adolescentes estão a criar os seus filhos com a ajuda de avós ou tias, mais que em décadas passadas".*

Problema para quem	Natureza do problema
Família	- ***assumir a educação de terceiro*** *"...os pais é que vão ter de suportar dois filhos em vez de um..."* (E2), *"...É mais um encargo para a família que além de todo o desgosto que sente por o facto de a jovem ter engravidado tem muitas vezes de assumir aquela criança e ajudar a criá-la. É criar duas crianças em vez de uma..."* (E3), *"...algumas vezes acaba por ser a mãe da adolescente a assumir toda a responsabilidade e a adolescente nunca assume a criança como sua..."* (E15) - ***rejeição familiar*** *"...sim, especialmente se sabem que os pais não vão aceitar..."* (E12), *"...até mesmo os pais pensam que com os seus filhos não acontece, e quando é com os seus filhos não aceitam por todos os problemas que isso traz..."* (E17) - ***comunicação aos pais*** *"...depois de estar grávida o maior problema é dizer aos pais..."* (E5), *"...Acho que o maior problema que elas têm é contarem aos pais aquelas que os pais já sabem não vêem ansiosas..."* (E9)
Sociedade	- ***estigmas sociais*** *"...Para ela não é nada positivo, pois é uma mãe que é discriminada* por ter engravidado..." (E3), "...para elas é um estigma, as adolescentes ficam marcadas..." (E4), "...Em termos sociais muitas vezes é apontada..." (E13). - ***insegurança no trabalho*** *"...as que trabalham a partir da altura em que o patrão sabe despede-as..." (E10)*
Serviços de Saúde	- ***ser apanhada numa fase tardia da gravidez*** *"...É frequente tentarem esconder por vergonha, as adolescentes são acanhadas e de difícil contacto..."* (E4). - ***abortos clandestinos*** *"...têm a noção que estão metidas em apuros por isso recorrem muito ao aborto, mais do que aquilo que se julga. Há muitas jovens que engravidam e nós nem* temos *conhecimento porque elas com o apoio de alguém, familiares ou não, abortam e muitas vezes em situações pouco seguras e quantas vezes já num estado bastante avançado da gravidez..."* (E1), *"...também ficam desorientados sem saber o que fazer, por isso recorrem muitas vezes ao aborto para resolver o problema..."* (E12)

Em sentido oposto, às opiniões anteriores, encontramos um conjunto de inquiridas que referem que a gravidez nas adolescentes não constitui problema, para elas, face à sua inconsciência, imaturidade, ou porque a sua maturidade precoce e o facto de terem suporte familiar lhes permite encarar a gravidez como um processo normal de vida. Uma razão interessante citada é a que se prende com a situação de programação da gravidez. Para as jovens de classe operária o casamento e a família surgem como projecto de vida. Assim ao programarem a gravidez estas jovens pretendem recorrer à família como refúgio onde procuram *"a realização pessoal e o sentido para a vida, que não encontraram no mundo do trabalho...anseiam pela maternidade, que, definitivamente, lhes conferirá o estatuto de adultas"* (Vilar e Gaspar,1999:73). Contudo, segundo o mesmo autor, a gravidez quando surge no percurso de vida de uma adolescente com projectos académicos e profissionais vai ter outro tipo de repercussões, já que não é planeada.

Fragilidade no desenvolvimento

- ***Inconsciência*** *"...elas quanto mais novas mais inconscientes..."* (E3), *"...As mais novas por vezes não têm consciência da responsabilidade que é ter um filho..."* (E6), *"...elas não têm consciência do problema..."* (E11), *"...a maior parte das vezes é uma situação problemática da qual elas não tomam consciência inicialmente..."* (E14), *"...mas existe um outro grupo que são tão inocentes e acabam por não ter consciência do problema..."* (E15)

- ***Imaturidade*** *"...eu acho que não, porque elas são muito novas e não têm maturidade para pensar no problema..."* (E2), *"...não têm maturidade suficiente para saberem o que é uma gravidez. Não estão amadurecidas para saberem qual a responsabilidade que acarreta uma gravidez..."* (E13), *"...à partida as adolescentes não têm maturidade para a maternidade..."* (E14)

Desenvolvimento precoce

- ***Maturidade (forçada)*** *"...outras encaram a gravidez de forma espectacular, continuaram os estudos e mantiveram uma relação afectiva óptima, normalmente as mais novas..."* (E6), *"...se tiverem apoio encaram tudo com muita naturalidade, assumem gradualmente..."* (E9)

- ***Programação (gravidez programada)*** *"...se planeou e engravidou porque quis não levanta grandes problemas para ela às vezes a grande questão é contar à família..."* (E7) *"... muitas quando chegam aqui à consulta já moram com o companheiro ou têm casamento marcado..."* (E9), *"... algumas vezes são as próprias adolescentes que programam a gravidez, ou para saírem de casa, ou para apanharem o companheiro ou então porque já têm uma vida mais ou menos estável."*

Desenvolvimento e família

- ***Ter suporte familiar*** *"...Aquelas que os pais já sabem não vêm tão ansiosas ... Se tiverem apoio encaram tudo com muita naturalidade..."* (E9), *"...Se têm um familiar que ajuda até vão conseguindo..."* (E13)

6.5- Implicações pessoais e familiares da gravidez na adolescência

As enfermeiras dos Centros de Saúde e do Hospital entrevistadas, referem-se às implicações pessoais e familiares da gravidez na adolescência, situando-as a quatro níveis:

a) ao nível da relação da adolescente com a família, com o companheiro, com sociedade e com os pares; é primordial que este relacionamento se mantenha equilibrado contudo "*é muitas vezes um acontecimento que faz oscilar a estrutura familiar no seu todo*" (Correia, 1995:49);

b) ao nível biológico as alterações fisiológicas emergem como significativas. Estando a adolescente num momento em que se verifica um desenvolvimento corporal muito acentuado *"vão-se reunir num momento as duas fases do crescimento mais rápido da vida humana, dois tipos de alterações: as próprias da adolescência e as próprias da gravidez"* (Lourenço, 1998:30);

c) na dimensão psicológica face a atitudes de rejeição da família, pares e namorado e da sociedade, também porque a situação de gravidez pode impedir o viver da juventude, afirmando Alves (2001:20) que *"embora o desejo de ter um filho possa ser uma fantasia bonita, implica sempre um sentido de responsabilidade e significa abdicar de coisas importantes...durante a juventude"*, ou fazer cair as expectativas criadas e mesmo obrigar a reorganizar a desorganização característica do adolescente, que é conduzido para *"a dependência dos pais quando há, em simultâneo, uma «luta» pela independência e tem que assumir ser mãe ou pai ao mesmo tempo que se quer ser filho cuidado"* (Correia,1995:50);

d) em termos sociais, as questões económicas, as implicações no grau de escolaridade e o isolamento social são as que as entrevistadas deixam transparecer. Também Correia (1995:50) refere o *"abandono da escola e a necessidade de ingresso no mundo do trabalho"* como consequências de uma gravidez precoce.

Tem havido por parte dos Governos alguma preocupação acerca destas implicações referindo a Direcção Geral da Saúde, Progressos em Saúde dos Adolescentes, (1997, n º 17) que *"a gravidez, na maior parte das vezes, limita a educação e a formação profissional dos jovens, restringe, quer a sua capacidade*

para suportar financeiramente a si próprio e as suas famílias, reduzindo, portanto, a sua qualidade de vida".

Relação

- ***família*** *"...e para os pais além do desgosto todo o resto que vem como o aumento das despesas e aumento das responsabilidades, o ter que criar mais uma criança..."* (E2), *"...é mais um encargo para a família que além de todo o desgosto que sente por o facto de a jovem ter engravidado tem muitas vezes de assumir aquela criança e ajudar a criá-la. É criar duas crianças em vez de uma..."* (E3), *"...tendo que ser a família da jovem a assumir todas as responsabilidades..."* (E4), *"...para a família é o criar mais uma criança..."* (E5), *"...se têm suporte do lado materno elas normalmente delegam a responsabilidade para a mãe...", "...posteriormente na relação mãe – filho poderá também trazer repercussões porque às vezes as mães adolescentes são filhas de mães adolescentes e isto poderá trazer um misto de revolta..."* (E6), *"...pode também haver apoio por parte dos familiares para encarar a situação..."* (E7), *"...a mãe da adolescente é que assume cuidar da criança porque elas ainda são muito imaturas para cuidar..."* (E8), *"...eu acho que as expectativas destas famílias já não são grandes. Porque os pais que têm expectativas para os filhos são eles que muitas vezes assumem cuidar da criança para a mãe continuar o seu percurso...", "...ouve-se também a história que a minha mãe ou a minha sogra também já foram mães com 14, 15 anos e isso é também um motivo para que a gravidez seja aceite com mais naturalidade..."* (E9), *"...é um encargo para os pais porque têm que tomar conta da mãe e do filho..."* (E10), *"...os pais acham que é mais um problema para eles ... é mais uma carga de trabalhos e de responsabilidades, em vez de terem de criar um passam a ter de criar dois..."* (E11), *"...é uma sobrecarga de trabalhos pois a maior parte das vezes são os pais a ter que assumir todo este trabalho o de criar a filha e o neto...", "...não é raro vermos o casal ou só a rapariga a permanecerem em casa dos pais até poderem estabilizar a sua vida..."* (E12), *"...os pais é que no fundo têm de assumir a responsabilidade..."* (E16), *"...se tiverem a sorte de dar com uma família que a apoie conseguem ultrapassar se é uma família problema sem estrutura é mais um problema a juntar aos já existentes..."* (E18)

- ***namorado*** *"...Outro problema é que o pai da criança muitas vezes não assume a paternidade..."* (E4), *"...Assumem a gravidez muitas vezes sozinhas porque os pais (pai do bebé) por vezes querem que elas abortem..."* (E6), *"...Outro problema é se o pai não assume a paternidade. Outras vezes andam com uns e com outros e não sabem quem é o pai..."* (E8).

- ***sociedade*** *"...a discriminação, o olhar diferente que deve ter dificuldade em enfrentar e assumir a criança como sua..."* (E6), *"...levantam-se várias questões: Há apoio para ajudar? Há rejeição? abandono?..."* (E7)

- ***pares*** *"...Abandono até pelos próprios amigos..."* (E7), *"...Também é vista pelos colegas com critica e não apoio..."* (E8), *"...não se sentem bem grávidas no meio dos colegas têm vergonha..."* (E11), *"...alterações no grupo de amigos. Eles funcionam muito em grupo..."* (E16)

Biológico

- ***alterações fisiológicas*** *"...além de que o corpo vai-se transformando o que também torna difícil aceitar a nova imagem corporal..."* (E3), *"...também corre os riscos de uma gravidez por ser muito nova..."* (E8), *"...Vai mexer com ela tanto no aspecto físico como psicológico porque ainda não estão preparadas para serem mães..."* (E11), *"...fisicamente também afecta porque o corpo não está preparado para uma gravidez..."* (E13), *"...fisicamente o organismo não está ainda preparado para enfrentar todo o processo de uma gravidez..."* (E17)

Psicológico

- ***rejeição***

  - ***família*** *"...algumas são rejeitadas pela família por vezes são postas fora de casa..."* (E2), *"...muitas vezes a família não aceita uma gravidez nesta idade..."*, *"...abandono pelos próprios pais (avós da criança)..."* (E7), *"...os pais ... não costumam aceitar muito bem..."* (E11)

  - ***namorado*** *"...outro problema é que o pai da criança muitas vezes não assume a paternidade..."* (E4), *"...desculpabilização do pai da criança..."* (E7), *"...outro problema é se o pai da criança não assume a paternidade..."* (E8), *"...depois se o pai assume melhora a situação mas ainda há alguns que não assumem..."* (E13), *"...também a aceitação por parte do pai da criança. Há situações em que o pai aceita, outras em que rejeita. A família dele tenta desculpabilizar é menos uma responsabilidade..."* (E14)

  - ***pares*** *"...abandono até pelos próprios amigos..."* (E7), *"...não se sentem bem grávidas no meio dos colegas têm vergonha..."* (E11), *"...também é vista pelos colegas com critica e não apoio..."* (E8), *"...quando há gravidez é o próprio grupo de amigos que os põe de parte..."* (E16)

  - ***sociedade*** *"...para ela não é nada positivo, pois é uma mãe que é discriminada por ter engravidado..."* (E3), *"...em termos sociais muitas vezes é apontada..."* (E13)

- ***não viver a juventude*** *"...é a mocidade da jovem que não tem um percurso normal, deixa de estar com os amigos, são interrompidas as saídas para a discoteca, etc..."* (E3), *"...traz para elas porque a mocidade fica alterada. Elas não só perdem a sua vida de jovens como têm que mudar tudo por causa do filho..."* (E10), *"...até a própria mocidade fica perturbada..."*, *"...é também a pressão dos pais que não as deixam sair com os amigos alterando assim as idas à discoteca, etc..."* (E12), *"...em termos de vida social, de estudos, de vida futura tudo fica alterado porque é suposto que os adolescentes brinquem, estudem, namorem..."* (E15), *"...vão perder de certa forma a liberdade, vão ficar mais presas e com mais responsabilidade e não estão preparadas para isso..."* (E18)

- ***ruir de expectativas*** *"...médio e longo prazo - os estudos, a carreira com que sonharam e também o problema económico..."* (E6), *"...alterações em todo o projecto pessoal e individual (escola ou o emprego)..."*, *"...muitas vezes são despedidas dos emprego..."* (E12), *"...depende do apoio dos pais porque se ambicionam uma carreira sem apoio familiar não conseguem, é um assumir de responsabilidades muito cedo..."* (E13), *"...com dificuldade nos estudos, como é que vai continuar a estudar, o atingir uma formação mais completa, tirar um curso..."*, *"...quando está na fase de viver a sua vida mais descontraída surge-lhe este problema. A adolescente não está nada preparada para enfrentar uma gravidez nesta idade..."* (E17)

- ***reorganização da desorganização própria do adolescente*** *"...a evolução delas como pessoa fica afectada, há um corte com o crescimento normal dela..."* (E4), *"...elas próprias precisam de ajuda para crescer e pode ser um trauma..."* (E11), *"...o desequilíbrio emocional que essa situação vai causar..."* (E14)

Social

- ***implicações no grau de instrução*** *"...há um corte no percurso escolar, porque é difícil conciliar os estudos com a maternidade..."* (E1), *"...também traz problemas a nível escolar..."* (E2), *"...traz implicações a todos os níveis desde os estudos que vão complicar-se porque vão ser interrompidos..."* (E3), *"...interrupção dos estudos..."* (E5), *"...para ela se está a estudar interrompe o ano..."* (E8), *"...abandonar os estudos é a primeira coisa que fazem..."* (E9), *"...algumas interrompem os estudos porque não se sentem bem grávidas no meio dos colegas têm vergonha..."* (E11), *"...ainda é frequente e quase sempre elas desistem de estudar..."* (E12), *"...normalmente deixam de estudar porque precisam de ganhar dinheiro..."* (E13), *"...interrupção nos estudos que provavelmente já não vão continuar..."* (E14), *"...se os pais não ajudarem têm de deixar de estudar e trabalharem..."* (E15), *"...muitas vezes abandonam os estudos..."* (E17), *"...algumas deixam de estudar..."* (E18)

- ***económicas*** *"...também problemas económicos, porque é dispendioso ter um filho..."* (E1), *"...são os meios de subsistência que têm que ser os pais, é o contacto delas com os outros..."* (E4), *"...problemas de toda a ordem até com o próprio emprego porque às vezes as que já trabalham são despedidas..."*, *"...mais despesa logo problemas económicos..."*, *"...muitas vezes problemas sociais. É mais uma despesa, normalmente são famílias pobres porque nas ricas também acontece mas elas recorrem ao aborto..."* (E5), *"...factores socio-económicos. Às vezes quanto mais conhecimentos se tem menos se apoia. Depende da educação que a família tem..."* (E7), *"...afecta a família economicamente, pois é um encargo para os pais..."* (E8), *"...e também é um encargo económico porque os pais adolescentes não têm dinheiro para comprar as coisas que necessitam..."* (E10), *"...para a família ... também é um encargo económico porque raramente os pais do bebé têm possibilidades de sustentar uma criança, muitos não trabalham..."* (E12), *"...a situação monetária. Aparentemente a grávida não tem uma situação económica estável porque não trabalha..."* (E14) *"...a situação económica porque um filho fica caro..."* (E16)

- ***isolamento*** *"...Algumas são rejeitadas pela família por vezes são postas fora de casa. Eu conheço uma jovem que teve uma menina e foi posta fora de casa..."* (E2), *"...As adolescentes são muito jovens para encarar uma gravidez. E levantam-se várias questões: Há apoio para ajudar? Há rejeição? abandono? Abandono até pelos próprios amigos, abandono pelos próprios pais (avós da criança)..."* (E7), *"...quando há gravidez é o próprio grupo de amigos que os põe de parte..."* (E16)

6.6- Contextos profissionais e educação sexual junto dos adolescentes

Uma das nossas pretensões ao longo do estudo é tentar compreender o modo como os enfermeiros prestam cuidados, junto das adolescentes, onde naturalmente a educação sexual assume um significado prioritário na óptica da prevenção de situações de gravidez. Assim, foram as enfermeiras questionadas de modo a opinarem sobre a forma como é promovida a educação sexual aos adolescentes em termos genéricos e em termos específicos no contexto institucional, tentando ainda colher opiniões das inquiridas sobre a forma como deveria ser abordada.

a)- Abordagem genérica à educação sexual

Sobre esta questão, as informantes sugerem através dos seus discursos quem deve assumir a educação sexual, a quem deve ser dirigida, onde e como deve ser feita, deixando ainda transparecer um número significativo de obstáculos à sua concretização.

- <u>Quem deve fazer</u>

> ***os pais*** *"...Os primeiros educadores devem ser os pais..."* (E4) *"...penso que os pais devem ser os principais responsáveis..."* (E5), *"...A educação sexual deve começar desde criança em casa com os pais..."* (E12), *"...as pessoas mais indicadas e privilegiadas deveriam ser os pais..."* (E16)
>
> ***a escola*** *"...também os professores têm um papel importante já que contactam com os adolescentes diariamente..."* (E12),
>
> ***os profissionais de saúde*** *."...deve ser feita por pessoas que saibam bem o que vão dizer..." (E3)"...não é falar por falar...a pessoa tem que ter uma certa bagagem e um certo treino..."* (E7), *"...os profissionais de saúde desempenham também um papel muito importante ocupando uma posição de suporte mostrando-se disponíveis sempre numa perspectiva de apoio..."* (E12),

Embora todos concordem que a responsabilidade da educação sexual é destes três elementos não há unanimidade quando se estabelece a prioridade entre estes três grupos: primeiro os pais, depois a escola e por último os profissionais de saúde, *"...a educação sexual começa no berço, deveria ter*

continuidade na escola..." (E6), *"...Deve ser na família em primeiro lugar e depois nas escolas..."* (E8), *"...Primeiro deve ser iniciada na família, os pais são os primeiros educadores, depois nas escolas, depois no centro de saúde, no centro de atendimento a jovens, nas associações de jovens, etc..."* (E9), *"...Em casa é em primeiro lugar e então deve ser feita formação aos pais. Em segundo lugar será na escola, e em terceiro lugar caberá aos profissionais de saúde nomeadamente aos que trabalham em centro de saúde..."* (E11), *"...desde o nascimento que há sexualidade, os pais, os professores e nós devemos informar os adolescentes..."* (E14). Neste sentido, Rodrigues (1989:25) afirma que *"a educação sexual, sempre que possível, deve ser transmitida no seio familiar. É aproveitando as diferentes situações familiares e num contexto natural que os pais devem transmitir a informação adequada"*. Também Costa (1994:11) destaca a família como " *o primeiro encontro de amor, aquele onde a capacidade de amar e de ser amado se aprende, permitindo que novos encontros acontecem"*.

Um pequeno grupo das enfermeiras inquiridas não estabelece temporalmente as responsabilidades na educação sexual das adolescentes mas diz que são os pais, complementados pela escola e pelos profissionais de saúde.

"...os primeiros educadores devem ser os pais e para completar devem ser os profissionais de saúde e os professores..." (E3) *"...os pais não conhecem na totalidade os filhos e então poderá ser o professor a tentar agarrar situações que possam surgir no dia a dia..."* (E4), *"...A educação sexual deve começar em casa e depois prolongar-se na escola..."* (E10), *"...Deveria ser um problema de todos: família, educadores e saúde..."* (E13).

Neste sentido, Johnson (1999:759) revela que *"os pais apoiam, grandemente, a inclusão de educação sexual no currículo escolar e ainda que consideram que esta educação sexual se deve iniciar precocemente"*.

Das entrevistas ressaltou ainda a necessidade de haver uma linguagem comum, *"...uma ligação onde a família e a escola falassem a mesma linguagem o que nem sempre acontece..."* (E6).

- ***A quem deve ser dirigida***
  - ***ao adolescente***
    - ***individualmente*** *"...Se ficam sós já são capazes de pedir esclarecimento..."* (E2).
    - ***grupo*** *"...o ideal será formar pequenos grupos e discutir com os adolescentes assuntos que eles queiram ver discutidos..."* (E2).
  - ***às mães*** *"...As mães especialmente das raparigas também precisam de informação para ter abertura suficiente para falar com as filhas sobre os problemas..."* (E2)

Ressalta das opiniões emitidas a ideia de que a educação sexual deve ser dirigida à adolescente quer individualmente quer em grupo e também à mãe possivelmente por ser a pessoa com quem a adolescente estaria mais à vontade.

Sobre o local onde as acções de educação para a saúde devem decorrer, as informantes privilegiam a casa da adolescente, conferindo à família um papel central uma vez que *" o quadro familiar é um contexto básico de aprendizagem e de vivência da sexualidade"* (Ministério da Educação, Ministério da Saúde 2000:42). Também a escola e os professores *"são o contexto e os agentes privilegiados para intencionalizar processos de análise, consciencialização e mudança ao nível dos conhecimentos, sentimentos e comportamentos em termos de Sexualidade Humana"* (Machado Vaz, 1996:21), nas aulas, quer através do grupo de saúde escolar e o centro de saúde, (recorrendo a actividades com os adolescentes individuais ou em grupo), são nomeados como contextos de acção nesta área. Estas opiniões das enfermeiras estão concordantes com o que preconizado nas Linhas Orientadoras, Educação Sexual em Meio Escolar (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2000:42) onde é dada ênfase à parceria entre os profissionais de saúde e educação, nomeadamente no que concerne à partilha de experiências e de saberes em momentos de formação conjuntos, *"que não só permitem aferir conceitos e linguagens, mas também planificar a articulação de estratégias de intervenção"*.

- ***Onde deve ser feita***

  - ***em casa*** *"...os filhos devem sair de casa já com esse trabalho feito..."* (E5), *"...deve ser na família em primeiro lugar e depois nas escolas. Nas escolas ainda não se fala muito..."* (E8), *"...deve ser iniciada na família, os pais são os principais educadores, depois nas escolas, depois nos Centros de Saúde, nos centros de atendimento a jovens, nas associações de jovens..."* (E9), *"...a educação sexual deve começar em casa e depois prolongar-se na escola..."* (E10), *"...em casa é em primeiro lugar e então deve ser feita formação aos pais..."* (E11), *"...a educação sexual deve começar desde criança em casa com os pais..."* (E12)

  - ***na escola***

    - ***aulas*** *"...deve introduzir-se nas aulas de estudo acompanhado, a educação sexual..."* (E4),
      "...em segundo lugar deve ser feita nas escolas..." (E11),

    - ***grupo de saúde escolar*** *"...nas escolas deveria haver um técnico (médico ou enfermeiro) onde os jovens pudessem recorrer quando precisassem ... e eles soubessem que tinham um apoio..."* (E15), *"...deveria ser feito na escola onde os adolescentes pudessem abeirar-se da equipa que fosse à escola..."* (E17)

  - ***nos centros de saúde***

    - ***individualmente*** *"...em terceiro lugar caberá aos profissionais de saúde nomeadamente os que trabalham em centros de saúde..."* (E11), *"...nós nos Centros de Saúde devemos estar alerta na promoção da saúde e prevenção da gravidez..."* (E14)

    - ***grupos de adolescentes*** *"...o ideal será formar pequenos grupos e discutir com os adolescentes assuntos que eles queiram ver discutidos..."* (E2)

Da análise às respostas produzidas pelas informantes, podemos perceber que existe uma forte preocupação sobre as condições como deve ocorrer a educação sexual. É clara a preocupação de fazer chegar a mensagem aos adolescentes de forma acessível, motivadora, através de diferentes profissionais com sensibilidade para o tema e com recurso a linguagem acessível a todos os adolescentes. Ao abordar este assunto Rodrigues (1989:25) refere a importância dos técnicos de saúde falarem de sexualidade com a mesma abertura com que falam de outros aspectos relacionados com a saúde *"porque de saúde se trata"*.

- ***Como deve ser feita***

- ***adaptada a cada indivíduo*** *"...não é uma receita deve ser adaptada às necessidades de cada jovem e criança..."* (E16)
- ***quando dirigida a um grupo deve ser em pequenos grupos (dinâmica de grupo)*** *"...É importante que os jovens contem as suas experiências a outros para que possam ser prevenidas outras situações idênticas..."* (E1), *"...o ideal será formar pequenos grupos e discutir com os adolescentes assuntos que eles queiram ver discutidos..."* (E2)
- ***motivadora para os adolescentes*** *"...As pessoas devem ter formação sobre técnicas de abordagem e formas mais eficazes, de modo a cativarem os adolescentes..."* (E1), *"...deveriam ser motivados os adolescentes, haver vontade e não vir a uma consulta que nós lhe marcássemos...deveriam ser motivados pelos pais para iniciarem essa relação em casa..."* (E17)
- ***com sensibilidade por parte dos profissionais*** *"...As pessoas devem ter formação ... Devem estar voluntariamente, ter perfil e não ser imposto. O ideal será conciliar a pessoa que está disponível e quer especializar-se nessa área"...* (E1), *"...mostrar sensibilidade para o assunto de modo a não criticar as atitudes nem o comportamento..."* (E16)
- ***linguagem acessível*** *"...de forma clara, explicita, com meios audiovisuais..."* (E7)

A educação sexual constitui uma área sensível para as enfermeiras, o que é transmitido pela opinião destas, quando traduzem algumas preocupações

acrescidas, que são aqui vertidas na forma de obstáculos à implementação da educação sexual. Estes obstáculos podem ser enquadrados ao nível familiar e a dificuldade que os pais podem sentir em se envolverem na educação sexual dos filhos pode ter várias razões : *"1) os pais podem não ter informação adequada; 2) os pais podem sentir-se pouco à vontade para discutir o tema do sexo; 3) os adolescentes podem sentir-se pouco à vontade quando os pais discutem sexo".* Johnson (1999:759) Também ao nível do próprio adolescente, dos profissionais de saúde e mesmo dos *mass media* e cuja identificação nos ajuda também a melhor agir neste domínio. O mesmo autor dá consistência a esta opinião ao referir que *"os media (televisão, música, cinema, rádio, vídeos, e imprensa) influenciam as ideias dos adolescentes acerca da sua sexualidade"* . No que concerne a esta questão Machado Vaz (1996:19) refere que *"a televisão tem uma influência negativa na formação de crianças e jovens".*

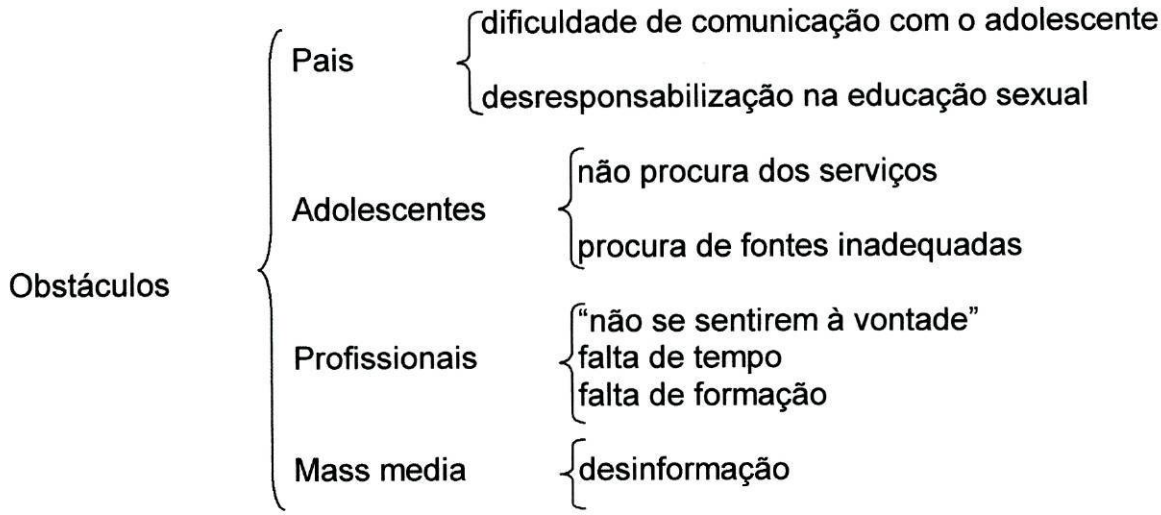
- Obstáculos

- ***dificuldade de comunicação entre pais e filhos*** *"...a abertura com que se fala destas coisas na escola e também dos pais para os filhos deixa muito a desejar porque não se sentem à vontade..."* (E6), *"...os pais não falam em casa porque têm preconceitos..."* (E10), *"...os pais têm dificuldade em abordar estes assuntos com os filhos..."* (E12), *"...os pais ainda têm dificuldade em abordar estas temáticas com os filhos..."* (E16)
- ***desresponsabilização dos profissionais de saúde*** *"...É um grupo dos mais difíceis de abordar «eu não gosto de adolescentes» porque é um trabalho em que não conseguimos atingir determinados objectivos. Para mim a adolescência é uma frustração..."* (E4), *"...eu não gostaria de estar envolvida nisto...nem gostava de lidar com adolescentes no sentido da abordagem da educação sexual..."* (E5)
- ***pouca procura dos serviços pelos adolescentes*** *"...os garotos nestas idades não vêm ter connosco..."* (E2), *"...Trazer o jovem ao centro de saúde é complicado, só se ele vir algum incentivo. Trazê-los para uma consulta não me parece que eles procurem muito..."* (E6), *"...os*

adolescentes deveriam sentir necessidade de vir ao centro de saúde..." (E17)

- ***mensagens negativas e pouco reais transmitidas pelos mass media (televisão)*** *"...A televisão também tem influência negativa (novelas) porque mostra muitas situações de gravidez em jovens e na televisão tudo se resolve muito facilmente e os jovens são muitos pequenos para saberem que não são situações reais..."* (E2)
- ***pares mal informados*** *"...os jovens buscam informações nos seus pares por isso às vezes há tanta informação deturpada..."* (E12)
- ***falta de formação dos profissionais e educadores*** *"...nós não temos formação especifica e muitas vezes também não estamos vocacionados.", "...Fazer formação é primordial porque a nossa formação base foi reduzida ou quase nula nesta matéria e sem conhecimentos não é possível prestar bons cuidados..."* (E3), *"...Precisamos de muita informação ... Eu sinto que não tenho formação suficiente para os cativar..."* (E4), *"...deveria ser feita formação para professores..."* (E6), *"...a maior dificuldade de implantação dos programas de educação sexual está relacionada com o sistema educativo, com os professores..."* (E18)
- ***escolas pouco empenhadas*** *"...em relação às escolas já se vai desenvolvendo algumas actividades, mas são só as possíveis, não as necessárias..."* (E18)
- ***falsos mitos por parte dos jovens*** "...os jovens têm muitas ideias erradas..." (E10),"...os jovens têm dúvidas e estão à vontade para as colocar. Têm muita informação e pouca formação ou dificuldade em se formar..." (E18)

- ***Síntese***



b)- Abordagem, na sua instituição, à educação sexual

Também sentimos necessidade de saber o que se passa nas instituições, em termos de estratégias para a implementação de educação sexual.

Foram encontradas respostas díspares tradutoras de diferentes situações vividas ao nível dos Centros de Saúde e do Hospital, no que respeita à existência de acções programadas de educação sexual em oposição às actividades pontuais, não planificadas.

Acções programadas

Há centros de saúde que já têm consultas programadas e outros não *"...nós fazemos as consultas juvenis e damos alguma informação mas a mensagem não passa..."* (E2), *"...não há consulta estruturada o que ensinamos à jovem é muito pouco..."* (E8), *"...no centro de saúde funcionam as consultas (3º exame global)..."* (E14)

Acções oportunísticas

Nos Centros de Saúde em que não são programadas o ensino é feito de uma forma oportunística (sempre que surge oportunidade para...) e pontual (quando o

adolescente procura por esse motivo) *"...neste centro de saúde não se faz nada; se uma miúda vem, posso-lhe dar a pílula, mas é um ensino ocasional não é nada organizado..."* (E5), *"...toda a acção do enfermeiro nas consultas de saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, etc, deve ser aproveitada todos os momentos oportunos, falar de forma informal ou formal aproveitando todos os contextos..."* (E6), *"...no meu centro de saúde faz-se apenas acções pontuais a grupos programados pela saúde escolar..."* (E18)

Parece haver, de algum modo consenso sobre a necessidade de ser criada uma consulta programada com as seguintes características:

- ***haver tempo disponível com flexibilidade de horário ou mesmo sem horário expresso*** *"...não haver horário para que possam vir e expor o problema quando necessitam..."* (E4), *"...deverá haver um atendimento no centro de saúde com horário expresso embora um pouco flexível efectuado por profissionais com formação e gosto por este trabalho..."* (E10), *"...deve haver um espaço próprio com horário expresso embora alargado..."* (E12)
- ***ser aberta*** *"...como primeiro aspecto é importante ter sempre uma porta aberta..."* (E4)
- ***ser feita uma abordagem individual ou em pequenos grupos (centro de saúde ou escolas) com espaço de discussão e partilha de experiências*** *"...os centros de saúde também será uma boa ideia. Ir às escolas abordando os temas de modo a não chocar ninguém..."* (E10), *"...fazem-se ensinos muito apropriados nestas consultas em grupo e os adolescentes participam e gostam; também se fazem no 2º exame global mas individualmente..."* (E14), *"...nós temos um ensino programado em grupos mistos; tem sido bastante proveitoso pô-los a falar em grupo ... há pontos-chave que devem ser abordados mas com espaço para esclarecer dúvidas e partilhar experiências..."* (E16)
- ***haver espaço físico que permita a privacidade*** *"...os adolescentes não querem correr o risco de serem identificados..."* (E1), *"...para trabalhar com adolescentes é importante não ter horários e haver*

confidencialidade..." (E4), *"...deveria haver um espaço fora das grandes confusões para que o jovem se sinta à vontade e não encontre pessoas conhecidas que o possam identificar..."* (E7), *"...deve haver um local próprio com privacidade..."* (E9)

- ***ser feita por profissionais de saúde integrando outras profissões (psicólogo). Deve estar coordenada com a família, a escola e os profissionais de saúde*** *"...no centro de saúde fala-se de educação sexual nos exames globais dos 11-13 anos mas nesta idade já é tarde, este trabalho deve ser iniciado muito antes pela família e nós irmos dando continuidade com aspectos mais técnicos..."* (E3), *"...boa articulação centro de saúde – escola e integrada nos tempos lectivos..."* (E6), *"...também é importante trabalhar com as escolas tendo um trabalho planeado..."* (E11)

Em termos institucionais, foi identificado um vasto leque de obstáculos, que se prendem com as condições de trabalho, com a organização e planificação do trabalho, com os recursos humanos onde a formação em particular constitui uma preocupação de fundo. *"É preciso favorecer ao máximo a acessibilidade dos jovens às consultas de planeamento familiar, flexibilizando o horário e a programação das consultas que devem ser efectuadas por profissionais especialmente qualificados no atendimento a jovens"* (Fernandez, 1991:41).

Obstáculos actualmente existentes:

- ***falta de tempo*** *"...outras vezes não se faz nada porque não há disponibilidade porque temos muita gente para atender..."* (E17)
- ***espaço físico sem privacidade*** *"...o centro de saúde também não tem condições para fazer o atendimento ... tem deficiência das instalações sem privacidade nenhuma..."* (E17)
- ***falta de recursos humanos*** *"...o centro de saúde ... além da falta de pessoal tem deficiência das instalações..."* (E17)
- ***burocracia*** *"...deve haver um acesso fácil sem mecanismos burocráticos às vezes os processos administrativos levam ao afastamento..."* (E1), *"...não pudemos criar barreiras, se vai ter que fazer uma inscrição não funciona, o mais provável é que vá embora..."* (E4), *"...com o problema da*

informatização complicou a situação por causa do registo porque os de fora do concelho não podem ter consulta..." (E16)

- ***falta de formação para ... dos profissionais*** *"...Os enfermeiros deverão em primeiro lugar actualizar-se para prestar melhores cuidados. Fazer formação é primordial porque a nossa formação base foi reduzida ou quase nula nesta matéria e sem conhecimentos não é possível prestar bons cuidados..."* (E3), *"...deve ser um atendimento bem pensado virado para eles e com pessoas formadas..."* (E4), *"...o centro de saúde deve disponibilizar-se para fazer formação para pais e professores no sentido de abordarem estes assuntos com naturalidade..."* (E12)

6.7- O contributo dos enfermeiros para a optimização dos cuidados aos adolescentes

Uma das nossas preocupações dominantes, ao questionarmos as enfermeiras, é naturalmente promover um olhar sobre os seus contextos de trabalho, impondo-se então perceber de que modo aqueles poderão melhorar a sua *praxis* no que respeita aos cuidados aos adolescentes.

As respostas obtidas permitem-nos inferir que os enfermeiros estão preocupados com o nível de conhecimentos científicos detidos, com a formação de outras pessoas, e com a educação para a saúde. Concretizando melhor, esses conhecimentos devem privilegiar a área da adolescência, a família, psicologia e o trabalho de equipa. Já sobre a formação de outras pessoas, é sentida a necessidade de formação dos professores, dos próprios adolescentes e dos familiares. Corrobora esta opinião Prior et al (2001:113) ao referir que *"a dificuldade de alguns pais em falarem de sexualidade com os seus filhos, leva os autores a considerarem que os Centros de Saúde deverão tomar parte na responsabilidade da informação, formação e promoção da saúde dos jovens".* Relativamente à educação para a saúde a tónica é colocada na escola como centro a utilizar para promover a informação aos adolescentes, mas enumeram também a comunidade e os pais como alvo das iniciativas de educação para a saúde.

Muitas das entrevistadas identificam também alguns obstáculos relacionados com questões estruturais, com a organização do trabalho, com as dificuldades de comunicação com os adolescentes e ainda, sobre a formação; há quem sugira que os *mass media* influenciam negativamente a compreensão efectiva das situações de gravidez *"...na televisão tudo se resolve facilmente..."*

Conhecimento cientifico dos enfermeiros

- ***sobre a adolescência***
  - ***formação de base deficiente*** *"...fazer formação é primordial porque a nossa formação base foi reduzida ou quase nula nesta matéria e sem conhecimentos não é possível prestar bons cuidados..."* (E3)
  - ***actualização permanente*** *"...os enfermeiros devem ter conhecimentos aprofundados na área da adolescência..."* (E1), *"...os enfermeiros deverão em primeiro lugar actualizar-se para prestar melhores cuidados..."*, *"...também é importante colocar a pessoa certa no lugar certo por isso os enfermeiros que trabalhem com adolescentes devem gostar do trabalho e gostar de se actualizar..."* (E3), *"...não é só despejar conhecimentos é ter uma boa formação nesta área..."* (E7), *"...deve haver uma consulta organizada só para adolescentes com pessoal formado e actualizado porque os adolescentes querem colocar questões que não fazem em casa com as famílias..."* (E8), *"...temos que estar dentro do assunto, do que é a adolescência. Temos que ter sensibilidade em relação a estes problemas..."* (E10), *"...os enfermeiros deverão ter formação que lhe permita compreender o comportamento dos adolescentes..."* (E12), "...não deve ser qualquer enfermeiro a prestar cuidados aos adolescentes, deve ser um enfermeiro que tenha motivação e formação para tal..."(E18)
- ***sobre a família*** *"...também é primordial conhecer o contexto familiar dos adolescentes saber como vive aquela família..."* (E1)
- ***de psicologia*** *"...é também importante ter conhecimentos de psicologia..."* (E1) *"...também temos que saber dar a volta e ter psicologia e paciência e que se conheça a juventude..."* (E10)
- ***trabalho de equipa*** *"...o trabalhar em equipa multidisciplinar - com psicólogo, assistente social é um aspecto que deve ser considerado..."* (E1)

Formação de outras pessoas

- ***formação de professores*** "...O centro de saúde deve disponibilizar-se para fazer formação a pais e professores no sentido de abordar estes assuntos com naturalidade e aproveitar os momentos oportunos..." (E12).
- ***formação de adolescentes*** *"...começar por 10-11 anos, fazer reuniões para trocar impressões e esclarecer dúvidas..."* (E2), *"...devem organizar-se programas próprios para adolescentes com meios adequados e com a sua divulgação..."* (E7)
- ***formação dos familiares*** *"...as mães especialmente das raparigas também precisam de informação para terem abertura suficiente para falar com os filhos sobre os problemas..."* (E2)

Educação para a saúde

- ***nas escolas*** *"...a informação deveria começar nas escolas por isso nós devíamos começar a ir mais cedo e mais vezes às escolas. Alertar para os perigos logo na primária..."* (E2), *"...o estar na escola, presença do enfermeiro no espaço escolar, sem ser a presença específica para; uma presença com continuidade em horário expresso de modo a que o adolescente saiba que o enfermeiro ou outro técnico estão na escola..."* (E6), *"...fazendo reuniões de saúde escolar, trabalhando em equipa com as escolas..."* (E7) *"...ir às escolas ... promover acções periódicas, este trabalho deve ser continuado..."* (E11), *"...deve continuar a haver nas escolas o gabinete ... dentro do gabinete eles deveriam ter dispensa para irem à consulta ... deveria ser obrigatório, fazer parte do currículo..."* (E13), *"...acho lamentável que não se faça educação para a saúde, falar de certos assuntos dá trabalho por isso muitas vezes não se fazem..."* (E16)

- ***na comunidade*** *"...ir às aldeias, proporcionar espaços e momentos onde as pessoas possam sentir-se à vontade a expor os seus problemas e esclarecer as suas dúvidas..."* (E11) *"...por vezes não transmitimos à população aquilo que sabemos..."*(E16)

- ***dos pais*** *"...As mães especialmente das raparigas também precisam de informação para terem abertura suficiente para falar com os filhos sobre os problemas..."* (E2), *"...os pais têm dificuldade em aceitar que os filhos lhe façam perguntas sobre este assunto..."* (E8).

Obstáculos

- ***falta de espaço físico*** *"...muitas mais coisas haveria a fazer mas não temos ... espaço físico..."* (E14)

- ***falta de tempo*** *"...nós devemos ter mais abertura e mais tempo para saber ouvir. Saber ouvir é muito importante assim como saber comunicar..."* (E7), *"...muitas mais coisas haveria a fazer mas não temos tempo..."* (E14), *"...nós andamos sempre a correr porque temos muitas coisa para fazer. Muitas vezes temos que deixar a promoção de lado e dedicarmo-nos à parte curativa e não é esse o nosso âmbito..."* (E15), *"...para trabalhar com adolescentes é fundamental a disponibilidade em termos de tempo. É um trabalho que eu gosto sinto-me motivada mas não tenho disponibilidade para os atender..."* (E18)

- ***falta de comunicabilidade dos adolescentes*** *"...quando chega à fase da adolescência eles fecham-se e é difícil que contem as suas preocupações. Normalmente recorrem aos amigos que têm os mesmos problemas que eles e nem sempre a ajuda é a mais acertada..."* (E13)

- ***falta de formação adequada*** *"...eu fiz a especialidade e mesmo assim tenho dificuldade. É um grupo muito difícil. Eu sinto que não tenho formação suficiente para os cativar..."* (E4), *"...Temos que ter sensibilidade em relação a estes problemas, nem todo o enfermeiro está ligado a este assunto..."* (E10)

- ***influência negativa dos mass média (televisão)*** *"...a televisão também tem influência negativa (novelas) porque mostra muitas situações de gravidez em jovens e na televisão tudo se resolve muito facilmente e os jovens são muito pequenos para saberem que não são situações reais..."* (E2)

- ***medo por parte das adolescentes*** *"...muitas adolescentes grávidas têm medo das mães, abrem-se mais connosco e quantas vezes temos que ser nós a dizer para contarem à mãe..."* (E2), *"...outro problema é que os adolescentes não querem ser reconhecidos. Em locais maiores passam despercebidos não são identificados. No entanto em locais mais pequenos as pessoas são conhecidas..."* (E8), *"...também no contacto do dia a dia motivar-se os adolescentes, mostrando aceitação, compreensão, tolerância e carinho para que sintam uma certa atracção e não tenham medo do enfermeiro..."* (E17).

- ***não aceitação dos pais*** *"...é um problema porque há muitas mães e pais que não aceitam bem estas situações..."* (E2), *"...mesmo os pais têm dificuldade em aceitar que os filhos lhe façam perguntas sobre este assunto..."* (E8)

- ***não sintonia entre os diferentes educadores (pais, professores, pares e profissionais de saúde)*** *"...deve ser feito um trabalho de base e nós darmos continuidade, "não deve o carro andar à frente dos bois..."* (E5)

- ***dificuldade de transmissão ao outro*** *"...primeiro temos que começar a falar, ainda há muitos enfermeiros que evitam falar neste assunto, ainda há aquela comichão como nos professores ... se enfrentarmos uma pessoa com segurança tem-se um momento enriquecedor... "* (E16).

6.8- O planeamento e organização do atendimento aos adolescentes

É notória a grande diversidade de realidades percebida na organização do trabalho das instituições, relativamente ao atendimento das adolescentes. Esta situação é-nos referida pelas informantes, as quais indiciam como deve ser feito o atendimento aos adolescentes, quem, quando e onde deve ser feito esse mesmo atendimento. É de salientar o atendimento indirecto sendo referido o acesso a linha telefónica como recurso à confidencialidade já que *"a relação a estabelecer entre os adolescentes e os técnicos de saúde deverá ser baseada no segredo profissional, transmitindo uma informação correcta e capaz de prevenir situações potencialmente prejudiciais..."* (Prior et al, 2001:113).

Como

- ***grupo*** — *" O atendimento pode ser planeado em grupo ou individualmente... há situações que podem ser resolvidas em grupo no entanto deve ser depois falado individualmente..."(E3), "... Nos exames globais do 5º ano era importante por as crianças a dialogarem umas com as outros porque elas em grupo levantam mais dúvidas, em grupo elas falam mais..."(E7)*
- ***individual*** — ***- consultas especificas*** *"...No Centro de Saúde não há consulta organizada e é necessário que se crie para dar resposta às necessidades da população jovem..."* (E3), *"...deve haver uma consulta destinada a este grupo mas que sejam ultrapassados os problemas burocráticos..."* (E10)
- ***através de atendimento***
  - ***directo*** *"...Planear no início do ano lectivo as actividades e começar logo. Certo, «a bater a compasso»..."* (E13), *"...Haver um dia e uma hora própria para que os adolescentes se inscrevessem nessa consulta ... não gostam de muitos planos mas deveria haver um referência em que eles em tal dia e em tal hora pudessem aparecer..."* (E17)
  - ***indirecto*** *"...Personalizando, desenvolver medidas que lhe possam promover a privacidade, como por exemplo o telefone. Isto permite-lhe não serem identificados. Tipo linhas confidenciais, arranjar uma linha telefónica para onde os adolescentes pudessem ligar e haver alguém, com formação adequada, que preste os esclarecimentos necessários..."* (E9)
  - ***adaptação individual*** *"...Teremos que estudar as pessoas, fazer um interrogatório e ver como é que é mais proveitoso. Há situações que podem ser resolvidas em grupo no entanto deve ser depois falado individualmente..."* (E3), *"...Deve ser feito ensino individualizado..."* (E5), *"...Os cuidados serão ajustados ... Não podemos generalizar os cuidados..."* (E6)
  - ***existência de um suporte de referência*** *"...deveria haver um profissional destacado com formação para atender os jovens adolescentes e se possível ser sempre o mesmo de modo a que fosse identificado pelo adolescente nas vezes seguintes..."* (E2), *"...Convém que seja sempre o mesmo*

profissional, dentro do possível, porque se há mobilidade os adolescentes inibem-se..." (E12)

- ***desburocratizado*** *"...deve haver um acesso fácil sem mecanismos burocráticos. Às vezes os processos administrativos levam ao afastamento..."* (E1), *"... não podemos criar muitas entraves para a consulta senão os adolescentes vão-se embora..."* (E10)

Quem

- ***profissional de saúde*** *"...o atendimento aos adolescentes deveria ser efectuado por um profissional que tivesse tendência para esses problemas, que gostasse e com formação própria para atender adolescentes."* (E2), *"...estar sempre disponível, dar o máximo de nós o que muitas vezes é difícil..."* (E4), *"...Ter uma equipa com formação adequada e actualizada..."* (E16)

Quando

- ***horário*** *"...próprio mas alargado de modo a facilitar a vinda dos adolescentes que estudam e daqueles que trabalham..." (E3), "...em horário próprio ou então flexível e alargado..." (E7), "...Terá que ser de acordo com as horas disponíveis deles. Uma consulta à tarde a partir das 16 horas... . Deve ser na hora em que eles estejam disponíveis, ou então dar duas opções uma de manhã outra à tarde..." (E8), "...Organizar uma consulta com horário próprio mas alargado que lhe permitisse procurar os serviços sem faltar ao trabalho ou às aulas..."* (E14)

- ***dia próprio*** *"...num horário próprio mas alargado, que permita ao adolescente ir ao centro de saúde sem ter de faltar às aulas ou ao trabalho..."* (E12), *"...Haver um dia específico, hora específica para que possam estar o máximo à vontade..."* (E15)

Onde

- ***em escolas*** *"...Ir às escolas e saber qual é o dia melhor, que abrange mais gente..."* (E11), *"...devemos ir ao encontro deles, estar onde eles estão ... por isso é importante que se trabalhe em escolas, associações de estudantes e recreativas para podermos cativar os adolescentes..."* (E12)

- ***no centro de saúde*** *"...Organizar uma consulta direccionada para adolescentes que pode ser de enfermagem ou interdisciplinar..."* (E1), *"...O atendimento aos adolescentes no centro de saúde deveria ser efectuado por um profissional que tivesse tendência para estes problemas que gostasse e com formação própria..."* (E2), *"...Deve haver uma consulta destinada a este grupo..."* (E10), *"...Organizar uma consulta com horário próprio..."* (E13).

- ***em outros centros de saúde*** *"...os adolescentes deviam poder consultar outros profissionais em qualquer centro de saúde, assim facilitaria o anonimato..." (E4).*

- ***fora do centro de saúde*** *"...Estar nos locais onde estão os jovens (escuteiros, organizações, escola). A presença dos enfermeiros deve estar marcada onde eles estão, não é irem os adolescentes onde estão os enfermeiros..."* (E6), *"Nós é que devemos ir ter com eles porque eles não vêm ao Centro de Saúde..."* (E7)

Sobre o atendimento aos adolescentes, é interessante verificar que os obstáculos identificados, se mantêm na esfera da organização e das questões estruturais, para além da formação dos profissionais.

Obstáculos

- ***inexistência de atendimento organizado*** *"...no centro de saúde onde trabalho não há atendimento organizado isto é os adolescentes quando procuram o profissional são atendidos...mas não há nada organizado..."* (E1), *"...Não há qualquer organização no centro de saúde para o atendimento a adolescentes."*(E5)

- ***burocracia para o atendimento*** *"...continuam a criar muitos problemas burocráticos para o atendimento. Nestes casos devia facilitar-se mais o acesso..."* (E2),*" Os serviços administrativos são um entrave porque os adolescentes são conhecidos e os funcionários deveriam ter uma preparação específica para o atendimento..."* (E5)

- ***falta de espaço físico adequado*** *"...Falta tempo e espaço físico, quase que não há espaço para mais nenhuma actividade..."* (E14), *"...Falta instalações, disponibilidade de tempo e material (pílulas e preservativos)..."* (E15), *"...Falta espaços físicos, recursos humanos e materiais...e uma sala que permita referencias para fora para as população saber com o que pode contar..."* (E16), *"...Faltam instalações, recursos humanos, também não temos muito tempo..."* (E17).

- ***falta de acessibilidade*** *"...o atendimento não é logo feito de imediato e os adolescentes não gostam de esperar por isso muitas vezes vão embora sem serem atendidos..."* (E2), *"...os adolescentes gostam der ver os seus problemas resolvidos rapidamente..."* (E5)

- ***falta de disponibilidade*** *"...há pouca disponibilidade de tempo e também falta de formação..."* (E4), *"...temos muita gente formada e motivada para o atendimento a adolescentes mas teriam que ser disponibilizados para tal..."* (E18).

- ***falta de formação*** *"...Deveria haver um profissional destacado com formação para atender os jovens adolescentes..."* (E2), *"...há pouca disponibilidade de tempo e também falta de formação..."* (E4), *"...Falta ter um atendimento próprio e pessoas preparadas para o fazer.."* (E5),

- ***pouco tempo para a saúde preventiva (muito tempo gasto com a parte curativa)*** *"... A equipa está instável porque os enfermeiros gastam muito tempo na parte curativa..."* (E8)

- ***inexistência de uma equipa***
  - ***falta de elementos (assistente social + psicólogo)*** *"...Deveria haver assistente social e psicólogo disponíveis para quando fosse necessário podermos dar resposta aos problemas com maior eficácia..."* (E10), (E11), *"...deveríamos ter psicóloga e assistente social presentes..."* (E10), *"...Não há consulta onde participem todos os elementos da equipa em simultâneo..."* (E11),
  - ***falta de trabalho em equipa*** *"...Trabalha-se pouco em equipa, não se sabe o que um diz e o outro diz. Só sabemos depois o que nos é transmitido pela assistente social ou pela psicóloga..."* (E11),

a)- O que pensa que falta na sua instituição

Quando instadas a referirem-se sobre o que falta na instituição, no que respeita ao atendimento aos adolescentes, as respostas indiciam falta de recursos (humanos, materiais, instalações e tempo), necessidade de rever a organização do trabalho e a formação dos técnicos que trabalham nesta área, o que está de acordo com a opinião de Dickason et al (1995:149) *ao referir que " o atendimento deve ser realizado num serviço com profissionais que estejam especializados no atendimento a adolescentes".*

Recursos

- ***humanos*** *"...Mais recursos humanos. Se houvesse tempo e pessoal eles viriam ter connosco..."* (E14), *"...recursos humanos..."* (E16), (E17)
- ***materiais*** *"..., material (pílulas e preservativos)...."* (E15), *"...materiais..."* (E16)
- ***instalações*** *"...espaço físico..."* (E14), (E16), *"...Quase que não há espaço para mais nenhuma actividade..."* (E14), *"...Instalações..."* (E15), (E17), *"...a estrutura física..."* (E18)
- ***tempo*** *"...Deve haver um horário disponível alargado que permita acesso fácil aos adolescentes..."* (E13), *"...disponibilidade de tempo..."* (E15), *"...também não temos muito tempo mas muitas vezes valorizamos o trabalho que é mais importante e se este é o mais importante faz-se um selecção...."* (E17)

Organização do trabalho

- ***equipa multidisciplinar*** *"...organizar uma consulta direccionada para adolescentes que pode ser de enfermagem ou interdisciplinar mas ser um trabalho de equipa, de grande colaboração..." (E1), "...No centro de saúde não há consulta organizada e é necessário que se crie para dar resposta ás necessidades da população..." (E3), "...ter um atendimento próprio e com pessoas preparadas para o fazer..." (E5), "...Neste Centro de Saúde a nível próprio para adolescente não há nada..." (E7),"... O que falta é uma consulta de adolescentes onde os jovens tenham um espaço próprio para eles..." (E8), "...Nós não sabemos organizarmo-nos. Os recursos devem estar organizados..."* (E9), *"...um atendimento direccionado a jovens com profissional preparado e competente..."* (E12), *"...Não temos nada organizado neste âmbito..."* (E15), *"...Uma consulta de adolescentes devidamente organizada com horário próprio e uma sala que permita referências para fora para a população saber com o que pode contar, Manter os mesmos elementos da equipa para haver referência ao adolescente..."* (E16), *"...A orgânica do serviço também não permite porque se têm crianças de todas as idades para a consulta..."* (E18)

Formação

"...eu não gostaria de fazer o atendimento aos adolescentes contudo acho que deveria ser alguém com preparação e ficar naquele circulo.."(E5),"... *Quem trabalha nesta área deve gostar, saber muito bem o que está a dizer ter muita formação e ter conhecimentos..."*(E7).

b)- O que pensa que está melhor organizado

Naturalmente que procuramos também conhecer os pontos fortes das instituições tendo questionado sobre os aspectos que as informantes achavam melhor organizados no seu local de trabalho. Ressaltaram como vertentes mais positivas o modo como se processa o atendimento aos adolescentes, que é articulado com outras instituições, através de consultas, a facilidade de acesso a essas consultas, e o facto de existirem equipas multidisciplinares a realizarem o atendimento.

Também surge como resposta favorável a existência de recursos humanos com formação adequada para proceder ao atendimento dos adolescentes, bem como a organização do trabalho privilegiando a saúde escolar como factor promotor de um bom atendimento.

Atendimento

- ***articulação*** *"...interligação com outras instituições (hospital, IPJ, escolas)..."* (E16), *"...Tem se feito formação para professores em várias escolas do concelho ... a partir do curso de técnicas participativas de abordagem da sexualidade no adolescente..."* (E18)

- ***consultas*** *"As consultas em si, depois do começo estão bem organizadas..."* (E2), *"...Haver uma consulta dos 11-13 anos onde se dá alguma informação aos adolescentes..."* (E3), *"...só no exame global é que nós damos um pouco, é que fornecemos alguma informação..."* (E4), *"A consulta de saúde infantil e juvenil, fazemos o atendimento em horário próprio (últimas 4ª s feiras de cada mês a agenda do médico é reservada para o exame global). Abordam-se alguns aspectos da sexualidade mas acho que não satisfaz."* (E6), *"... Na saúde infantil – 3º exame global. E também no 2º exame global que este ano se faz na 4ª semana de cada mês..."* (E8), *"...A consulta está bem organizada embora com esforço..."* (E10), *"...As consultas de saúde infantil, exames globais (10-13) e 15 anos podem ser uma oportunidade para contactar com os jovens..."* (E12), *"...As consultas de enfermagem que se fazem nos exames globais..."* (E14), *"...Temos uma consulta de planeamento familiar organizada mas as adolescentes não vêm..."* (E17)

- ***acessibilidade*** *"...há adolescentes que não têm médico de família e que estão cá a estudar, por isso há uma médica para fazer esse atendimento..."* (E2), *"...O acesso à consulta é fácil ... não há entraves burocráticos porque temos autonomia para resolver as situações..."* (E11),

- ***equipas multidisciplinares*** *"...Também temos a colaboração da equipa médica, têm sempre resposta. Há uma médica no gabinete do adolescente na escola ... tem dia e horário próprios com elementos do hospital ... (obstetra, psicólogo, etc)..."* (E16), *"...O atendimento da sexualidade no I.P.J. em que estão 2 médicos deste C.S. e psicóloga. Não está o enfermeiro porque não há pessoal disponível..."* (E18)

Formação	*"...é importante ter um trabalho programado com recursos humanos disponíveis e preparados, isto é com formação adequada."* (E4), *"...Os recursos humanos, temos muita gente formada e motivada para o atendimento a adolescentes mas teriam que ser disponibilizados para tal..."* (E18),
Organização do trabalho	***- saúde escolar*** *"...a organização de um gabinete na escola poderá ser positivo de modo a que eles saibam que naquele dia e aquela hora está alguém naquela sala disponível para os escutar sem os acusar..."* (E12), *"...O gabinete na escola está bem organizado falta é dinamizá-lo..."* (E13), *"...Também é organizada a saúde escolar, vamos às escolas e fazemos alguma coisa no sentido de informar. Isto está mais ou menos bem organizado não temos é dado continuidade. Às vezes vamos outras não e fica-se por ali..."* (E17), *"...Na escola ... há um atendimento a adolescentes..."* (E18)

6.9- Cuidados de enfermagem prioritários às grávidas adolescentes

Identificar junto das enfermeiras quais os cuidados que prioritariamente desenvolvem junto das grávidas adolescentes, era um dos nossos objectivos, que nos ajudaria a perceber as melhores estratégias para a prática de cuidados.

Emergem opiniões que se pautam pela necessidade de se proceder ao diagnóstico da situação individual de cada uma das adolescentes, *"é necessária uma apreciação cuidadosa para identificar as necessidades de aprendizagem e de cuidados da adolescente"* (Johnson,1999:763). Outras enfermeiras opinam no sentido de se planificarem os cuidados de acordo com a especificidade e individualidade de cada uma das utentes. O maior número de registos foi obtido no domínio da execução dos cuidados, onde as respostas incidiram nos cuidados inerentes à gravidez, na educação para a saúde, no encaminhamento das grávidas, na relação de ajuda, onde é verbalizado a necessidade de incutir confiança já que *"o adolescente não confia facilmente... e teme a ruptura da confidencialidade. Um clima de estrita confidencialidade é vital em toda a prestação de cuidados de enfermagem contudo é essencial para os adolescentes"(Dickason et al,1995:149)* Também o apoio à família, os cuidados individualizados e a integração da grávida no seio familiar foram o foco de atenção dos enfermeiros.

Diagnóstico da situação	- ***avaliação inicial*** *"...Em primeiro lugar é muito importante avaliar o contexto socio-familiar onde aquela grávida está inserida, a que família pertence como é que encararam esta situação para depois poder orientar..."* (E1), *"...É importante saber a situação dela, saber o que ela sente, o que é que ela conhece da situação..."* (E3), *"...Tentar perceber o que se passa na cabeça daquela grávida para a tentar ajudar. Perceber as dificuldades, as expectativas que têm e como vêm o futuro. Ver como poderá superar as dificuldades..."* (E6), *"...saber se tem problemas familiares, tentar descobrir e ajudar..."* (E11), *"...À primeira vista devemos estudar logo a pessoa..."* (E3), *"...- 1º Identificação dos problemas..."* (E9), *"...Identificar quais são as suas preocupações, esclarecer todas as dúvidas e saber quais são os conhecimentos que tem..."* (E11)
Planeamento	*"...depois fazer um bom encaminhamento de acordo com as necessidades identificadas, que têm a ver com a situação de ser adolescente e ser grávida....", "...É importante saber a situação dela, saber o que ela sente, o que é que ela conhece da situação..."* (E3), *"...Obter a informação possível para depois poder planear os cuidados..."* (E12)

Execução

- ***cuidados inerentes à gravidez*** *"... Informá-la do que vai acontecer ao longo da gravidez..."* (E4), *"...Explicar sobre o que se vai passar durante a gravidez..."* (E11), *"...Cuidados com alimentação, higiene, exercício físico, etc ... Informar das alterações que vão sofrer durante as 40 semanas, dos cuidados a ter com o vestuário (soutiens reforçados), porque elas estão "virgens" em termos de gestação..."* (E13)

- ***educação para a saúde*** *"Deve ser feito ensino individualizado..."* (E5), *"...Fazer educação para a saúde de maneira global, depois de saber o que pensa e como encara o futuro..."* (E6), *"...2º informação..."* (E9), *"... Ensinar-lhes a alimentação, falar-lhe nas roupinhas do bebé e isso entusiasma-as..."* (E10), *"...Falar sobre o que uma criança acarreta..."* (E11), *"...Fazer educação para a saúde de acordo com a situação..."* (E12), *"...Educação para a saúde, muitos ensinos em relação aos cuidados da gravidez, do bebé, alimentação. Prevenção de uma futura gravidez é extremamente importante..."* (E15), *"...Preocupação em relação ao seu bem estar físico..."* (E18)

- ***encaminhamento*** *"...fazer o melhor encaminhamento possível..."* (E2), *"...mas há que fazer o encaminhamento, até para o serviço social..."* (E5), *"...falar com elas e depois na consulta fazer o encaminhamento..."* (E8), *"...Dar todo o apoio possível incluindo fazer o encaminhamento para a psicóloga ou assistente social se for caso disso..."* (E12), *"...Encaminhar para a consulta de risco de grávidas adolescentes..."* (E14), *"...Referenciar para a consulta de risco..."* (E16), *"...Encaminhá-la da melhor forma no acompanhamento da gravidez que tem que seguir..."* (E17)

- ***relação de ajuda*** *"...dar o apoio necessário e possível, a ela e á família, levantar o ânimo a ela e á família, transmitir confiança..."* (E2),*"...É importante dar apoio..."* (E5), *"...Dar todo o apoio..."* (E7), *"....Estabelecer com ela uma relação de ajuda, aconselhar, escutar..."* (E8), *"...Dar todo o apoio, saber se tem problemas familiares, tentar descobrir e ajudar..."* (E11), *"...Apoio emocional..."* , *"...Esclarecer toda a situação e ajudar nos problemas evidentes..."* (E14), *"...Primeiro sentir à grávida uma certa confiança, relação de ajuda, que a aceite, que não a julgue, que lhe dê carinho, que está aberta a qualquer situação de ajuda que precise..."* (E17), *"...Primeiro estabelecer uma relação de ajuda e empática..."* (E18)

- ***apoio à família*** *"...Identificar e mobilizar os sistemas de apoio, como psicólogo ou assistente social..."* (E1), *"... O apoio à família é indispensável porque ela não vai poder criar a criança sozinha..."* (E5), *"...Apoiar também o companheiro e a própria família que muitas vezes é a mãe da jovem que tem que assumir esta responsabilidade..."* (E12), *"...Dar apoio a toda a família, pois nesta fase todos precisam..."* (E15)

- ***não generalizar os cuidados*** *"...fazer ensino adequado à aquela adolescente ou casal inerente e adequada à gravidez..."* (E1), *"...Os cuidados serão ajustados a cada grávida. Não podemos generalizar os cuidados..."* (E6), *"... Depois será fazer o ensino inerente a cada grávida adequado às características individuais..."* (E7)

- ***integração da grávida na família*** *"... 4º integrá-las, despenalizá-las..."* (E9), *"...Em termos psicológicos se vem acompanhada tentar envolvê-los na consulta para a jovem não se sentir desapoiada. Envolver a família nesta gravidez para ficarem todos grávidos..."* (E13), *"...Apoio psicológico acaba por ser o primeiro. Neste apoio englobo o enfrentar e o assumir perante os pais e sociedade..."* (E16), *"...Integração da grávida na sociedade, em relação à família, amigos..."* (E18)

Ao longo das entrevistas houve a preocupação em identificar algumas competências profissionais (atitudes de estar) a mobilizar pelos enfermeiros que cuidam de adolescentes grávidas, afirmando Johnson (1999:768) que *"o pessoal da saúde que trabalha com adolescentes grávidas deve estar equilibrado em relação à sua própria sexualidade de modo a ser capaz de manter uma abordagem sem juízos"*. Tal como as enfermeiras inquiridas o mesmo autor considera que os prestadores de cuidados a este grupo devem ser " *capazes de os ver com respeito e dignidade"*.

Competências profissionais

- ***atitudes de estar*** *"...recebê-la bem, não a criticar, esclarecer todas as dúvidas que possa ter..."* (E2), *"...Um aspecto muito importante é a maneira como nós nos dirigimos a ela porque podemos ir ferir sensibilidades..."* (E3), *"... dar apoio não a criticar..."* (E4), *"... ter para com ela uma relação de ajuda sem julgamentos."* (E4), *"... ajudar não a criticando nem fazendo juízos de valor..."* (E5), *"...Comunicação eficaz, saber ouvir, saber escutar, proporcionar ambiente adequado ... A receptividade é também um aspecto muito importante..."* (E7), *"...Ter disponibilidade e saber ouvir o que nos querem dizer..."* (E8), *"... 3º mostrar disponibilidade..."* (E9), *"... Cativá-las para virem à consulta porque se esperam ou se não falamos delicadamente elas faltam. Cativá-las com livros e informação que elas sintam que é útil para elas..."* (E10), *"...Saber ouvir sem culpabilizar..."* (E12), *"...De certa forma nós temos que ser assertivos – adivinhar o que eles precisam..."* (E18)

Os obstáculos identificados neste campo, estão associados com a articulação inter-institucional entre cuidados diferenciados e primários, e com a participação da adolescente na consulta. As jovens grávidas com frequência procuram os cuidados pré-natais já numa fase avançada da gravidez o que por vezes *"pode resultar em tempo insuficiente para detectar e corrigir problemas antes do nascimento"(Johnson,1999:763)*.

Obstáculos

- ***má articulação entre os cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados*** *"...Depois raramente nos contactam porque vão para a consulta do hospital..."* (E8)

- ***aderência à consulta*** *"...Primeiro temos que mentalizá-las para virem às consultas, porque muitas faltam vêm a primeira vez e não voltam..."* (E10)

- ***chegada tardia da grávida à consulta*** *"... e às vezes chegam num estado de gravidez avançada e sem os pais terem conhecimento..."* (E15), *"...Fazer uma vigilância de saúde cuidada porque é um grupo que aparece muitas vezes tarde ou já mesmo para ter o bebé..."* (E16)

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este estudo, orientado paro o cuidar das adolescentes grávidas, pretendeu identificar sob o ponto de vista dos enfermeiros, alguns motivos que estão na origem da situação de gravidez e por outro lado perceber os contextos de trabalho dos enfermeiros e a forma como poderão ser prestados melhores cuidados de enfermagem junto deste grupo de utentes dos serviços de saúde.

Estamos cientes que a nossa inexperiência na execução de trabalhos de investigação com uma ênfase qualitativa, como é a que foi por nós intencionalmente assumida neste percurso, determinou algumas dificuldades acrescidas. Contudo, ao enveredarmos pela via qualitativa foi por ser *"o método que melhor permite compreender as atitudes humanas, conhecer as experiências contextualmente e compreender a visão do mundo das pessoas"*, (Leininger, citada por Lopes, 1996:42).

Sobretudo, essas dificuldades situaram-se na interpretação discursiva, dada a acuidade interpretativa, a que tal obriga.

Não ignoramos que existam limitações do estudo, em resultado das condicionantes anteriormente mencionadas e não pretendemos atribuir a este trabalho a validade externa, que permita a generalização dos resultados encontrados, mas tão somente aceitar esses mesmos dados como importantes para a nossa prática profissional e sobretudo para contribuir para a implementação de melhores cuidados aos adolescentes da área de influência do Centro de Saúde onde exercemos a nossa actividade de enfermeira.

Os resultados obtidos permitem-nos então encontrar algumas conclusões, das quais consideramos apenas as mais significativas, ou seja as que face à sua semelhança ou diferença, como referem Huberman e Miles (1991), são os aspectos a que o investigador deve estar atento.

Relativamente à primeira questão de investigação formulada: **para os enfermeiros que motivos poderão contribuir para que as adolescentes engravidem**, podemos referir que foram encontrados os seguintes aspectos relevantes.

Sentimentos expressos pelas enfermeiras ao cuidar as adolescentes grávidas

Em termos profissionais, as enfermeiras sentem que a prática de cuidados à adolescente constitui um desafio, que vai permitir que esta seja "uma futura mãe mais apta" , sendo uma preocupação constante assumir junto delas, uma relação de ajuda, dada a situação de crise em que surgem as jovens quando acorrem ás unidades de saúde; há a convicção de que a atitude cuidativa é facilitada quando existe maior maturidade por parte das jovens; é também evidente alguma frustração em função do próprio desempenho dos enfermeiros que eventualmente não terão conseguido fazer passar a mensagem preventiva.

Para além desta perspectiva de enfermeira-profissional, encontramos, na óptica da enfermeira-mulher e enfermeira-mãe a expressão de alguns sentimentos maternais que naturalmente influenciam e perpassam a actividade profissional e que determinam atitudes de apoio e compreensão para com as adolescentes.

Mas, são também expressos sentimentos sobre as jovens, sendo evidente uma constante preocupação das enfermeiras, dadas as inevitáveis e profundas alterações à sua vida, de natureza física ou outras, face à inexperiência das jovens, e sentindo que a situação constitui uma contrariedade que não deveria ter acontecido em virtude da existência de inúmera informação disponibilizada.

Motivos que levam as adolescentes a engravidar

Na opinião das respondentes, são diversas as razões que estão na origem da gravidez na adolescência. Por um lado a gravidez pode ser perfeitamente planeada, suportada em apoio da família e/ou companheiro, apontando ainda os discursos no sentido da gravidez poder ser desejada mas não haver sido

planeada, "tendo acontecido" e percebe-se claramente que o maior sentido de respostas indicia que neste grupo, a gravidez é totalmente indesejada.

São referidas como razões centrais da situação, a falta de informação, a ocorrência de relações sexuais acidentais, a falta de um projecto de vida, as necessidades afectivas, a libertação do seio familiar associada à confrontação com os pais e mesmo o carácter de aventura em que *"os jovens sentem que são imortais, infalíveis e que nada lhes acontece"*. Também é evocada a não procura dos serviços de saúde, em que o medo de serem reconhecidas por familiares ou vizinhos e o receio pela quebra de sigilo estão na origem desse comportamento inibitório.

A problemática da gravidez na adolescência

Nem sempre, as situações de gravidez na adolescência são identificadas pelas enfermeiras, como constituindo um problema para as jovens.

Segundo estas profissionais de saúde, tal constitui um problema para a jovem face às situações de abandono escolar prematuro e também porque em termos de situação de saúde, frequentemente há uma má vigilância da gravidez, ou porque no contexto familiar são gerados alguns distúrbios, aos quais poderão estar associados problemas psicológicos e económicos.

Nas situações em que existe da parte da jovem um estadio de desenvolvimento caracterizado por imaturidade, há por vezes alguma inconsciência o que determina que a situação vivenciada não seja vista como constituindo um problema significante. O mesmo acontece, quando a adolescente atingiu um grau de maturidade tal que lhe permite encarar a gravidez de forma natural, tal sucedendo nas situações de gravidez planeada ou sempre que existe suporte familiar.

Implicações pessoais e familiares da gravidez na adolescência

Sob o ponto de vista das enfermeiras inquiridas, as implicações da gravidez, nas adolescentes, orientam-se para questões de natureza relacional, constituindo para a família um desgosto, uma carga de trabalhos e maiores responsabilidades, havendo maiores encargos, já que têm frequentemente de

assumir a educação de terceiros. Também a relação com o namorado é afectada, já que estes, muitas vezes, não assumem a paternidade. Em termos sociais, acontece haver discriminação e um olhar diferente sobre as adolescentes. Os amigos e pares são também bastante críticos, acontecendo alterações no grupo de amigos.

Já ao nível biológico, são patentes alterações fisiológicas relacionadas com a imagem corporal.

Em termos psicológicos a rejeição familiar, do namorado e por vezes dos pares e da própria sociedade, conduz à alteração do percurso de vida, ao ruir de algumas expectativas futuras, tendo que existir um processo reorganizativo da própria vida da adolescente.

No âmbito social há fortes implicações no grau de instrução, outras de natureza económica e mesmo situações de isolamento.

No que concerne à segunda questão de investigação, **como é que os enfermeiros poderão prestar melhores cuidados às grávidas adolescentes**, percebe-se que globalmente existe forte preocupação e profunda reflexão sobre os contextos de trabalho.

Contextos profissionais e educação sexual junto dos adolescentes

Relativamente à educação sexual, é pelas enfermeiras transmitida a convicção de que deve ser assumida a dois níveis de implicação. Em termos genéricos, para levar a informação aos pais, à escola e junto de profissionais de saúde, uniformizando linguagens; esta deverá ser feita em casa, na escola, no centro de saúde ou grupo de saúde escolar, através de dinâmicas individuais, ou em grupo, havendo necessidade de ser adaptada a cada indivíduo. Neste contexto, são identificados alguns obstáculos relativamente aos pais, aos próprios adolescentes, aos profissionais de saúde *e mass media*.

O outro nível de implicação concretiza-se na dimensão Centro de Saúde e deverá implementar-se nas consultas programadas, com tempo disponível, espaço que permita a privacidade e horário expresso, mas alargado, ser aberta, com uma abordagem individual ou em pequenos grupos com partilha de

experiência, coordenada com a família, a escola e os profissionais de saúde. Os obstáculos aqui emergentes, estão intimamente ligados com a falta de recursos humanos, a falta de formação, o espaço físico sem privacidade e a burocratização dos serviços.

O contributo dos enfermeiros para a optimização dos cuidados aos adolescentes

Deixando transparecer a ideia de que sobre esta matéria, possuem uma formação de base deficiente, os enfermeiros referem que necessitam de mais e melhores conhecimentos científicos, sobre adolescência, com processos de actualização permanente sobre os contextos da família, sobre psicologia e visando o trabalho de equipa.

Referem que a formação deve ser orientada para os professores, adolescentes e familiares e as iniciativas de educação para a saúde serem realizadas nas escolas, na comunidade e privilegiando os pais.

Como obstáculos à optimização dos cuidados junto dos adolescentes, são identificados a falta de formação nesta área, a falta de tempo, a influência negativa dos *mass media* e a não aceitação dos pais; é também sentida alguma dificuldade de abordagem deste tema aos jovens.

O planeamento e organização do atendimento aos adolescentes

Sobre o atendimento aos adolescentes, na opinião destas enfermeiras, as estratégias de trabalho, deverão visar a abordagem em grupo e em termos individuais, com contacto directo, sugerindo também que se incluam formas de atendimento indirecto, nomeadamente via telefone, de forma desburocratizada, devendo ser assumido por um profissional sensível, disponível e em horário próprio, mas alargado.

Sugerem ainda que os locais de eleição para promover o referido apoio aos adolescentes sejam as escolas, o centro de saúde da sua área de influência, mas podendo de forma aberta serem atendidos em outros centros de saúde à sua escolha, por razões de confidencialidade, ou em associações de jovens.

A inexistência de atendimento organizado, as questões burocráticas, a falta de acessibilidade, a exiguidade do espaço físico, a pouca disponibilidade, a falta de tempo e mesmo a organização do trabalho são mencionadas como obstáculos ao melhor atendimento dos adolescentes.

Cuidados de enfermagem prioritários às grávidas adolescentes

Na perspectiva das enfermeiras destas unidades de saúde, os cuidados de enfermagem às grávidas adolescentes, situam-se no campo do diagnóstico de situação, em que é imprescindível conhecer o contexto da jovem e família, e identificar os problemas, mas também em termos de planeamento sendo obrigatório obter toda a informação para depois fazer o encaminhamento. Por outro lado assume uma importância vital a educação para a saúde, concretamente no que concerne aos cuidados inerentes à gravidez e relação de ajuda, incluindo o apoio à família para criar a criança, o ensino adequado àquela grávida, àquele casal e a integração da grávida na família e na sociedade. Para tal missão, os enfermeiros deverão mobilizar, em contexto, as necessárias competências profissionais que se situam nas atitudes de estar (saber ouvir sem culpabilizar e serem assertivos).

Os obstáculos identificados na prestação de cuidados às adolescentes grávidas, são identificados ao nível da dificuldade de articulação entre as estruturas, a procura tardia dos cuidados de enfermagem, e a não aderência à consulta no Centro de Saúde.

PROPOSTA FINAL

Face aos resultados encontrados, parece então ter agora sentido descrever alguns aspectos a considerar na proposta de criação de um **Plano de Intervenção a Adolescentes**, que nos propomos apresentar junto da Direcção do Centro de Saúde, e posteriormente submeter a apreciação das entidades envolvidas na formação e apoio aos adolescentes, cujo projecto, pretende contribuir claramente para a melhoria do atendimento dos jovens, de modo a viverem uma sexualidade responsável ou em caso de gravidez promover o acompanhamento e vigilância da saúde dos utentes beneficiários de cuidados.

Assim, pensamos que o **Plano de Intervenção a Adolescentes**:

a) numa primeira fase deve assumir uma forte componente orientada para a promoção de *formação* destinada a profissionais de saúde, educadores, (nomeadamente os professores e os auxiliares de acção educativa), pais e sobretudo aos adolescentes, quer individualmente quer em grupo;
b) numa segunda fase aconselha que se proceda à criação de *locais de atendimento a jovens*, na escola e em associações frequentadas por adolescentes;
c) em simultâneo deve incluir a activação de uma *consulta médica e de enfermagem* no Centro de Saúde, de forma organizada e adaptada à condição específica dos adolescentes, a concretizar em horário alargado e flexível, o mais desburocratizada possível no que respeita ao acesso, garantindo absoluta confidencialidade e privacidade dos utentes;

De notar que a abrangência deste Plano de Intervenção a Adolescentes assume uma componente preventiva, visando a educação sexual e assumpção de uma sexualidade responsável, na qual se inclui a prevenção da gravidez não desejada neste grupo etário. Por outro lado não ignora a componente da vigilância e acompanhamento em situações de gravidez programada ou que não

sendo programada foi assumida, envolvendo de forma clara e responsável a família, e o companheiro.

Naturalmente, que face à necessidade da implicação de diferentes agentes da comunidade, não me parece que de momento possa identificar os aspectos mais operacionais desta nossa intenção, que para ser viabilizada, obrigatoriamente pressupõe um rigoroso diagnóstico de situação tendente a identificar o nível de respostas que cada instituição pode assumir como parceira.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn (1994) – *Ser enfermeira.* Lisboa: Instituto Piaget.

ALARCÃO, Madalena (2000) – *(Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica.* Coimbra: Quarteto Editora, ISBN: 972-8535-21-X

ALMEIDA, José Miguel Ramos. (1987) – *Adolescência e Maternidade.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ALVES, Maria José (2001) – Consultas às jovens mães: um exemplo. Gravidez na adolescência. *Forum Estudante* N º 116, Junho, p.15.

ARETARIS, Dyran. (1999) – Gravidez na adolescência. In: Stanhope, M.; Lancaster, J. – *Enfermagem da Saúde comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos.* 4ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-05-03 p. 727-741.

BAILEY, Rosemary E. (1967) – *Manuais de enfermagem: enfermagem obstétrica e ginecológica.* Lisboa: Publicações Europa-América.

BARBOSA, António. (1987) – Educação para a saúde: Determinação Individual ou social? *Revista de Ciências Sociais.* Coimbra, N º 23, Setembro, p.169-182.

BARDIN, Laurence. (1977) – *Análise de conteúdo.* Lisboa. ISBN 972-44-0020-4 Persona, Edições 70.

BASTO, Marta Lima (1998) – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros.* Lisboa: Rei dos Livros.

BASTOS, Victor; FARIA, Cristina. (2001) – *Gravidez na adolescência. Nascer e crescer.* Porto. ISBN 0872-0754 vol.10, N º 3, p. 140-142.

BENNER, Patrícia (1982) – *Fron Novice to Expert* – American Yournal of Nursing, n.º 82 (Março) Tradução de António Manuel V.ª da Silva.

BENNER, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito.* Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

BENNER, Patrícia: WRUBEL, Judith (1989) – *The primacy of caring: Stress and illness.* Newyork.

BERNARDO, Patrícia (1997) – Gravidez na Adolescência: factores psicológicos. *Revista de Saúde Amato Lusitano.* Lisboa. ISSN:0873-5441, Nº 6-7 (Julho – Dezembro), p. 54-56

BOBAK, Irene M. [et al] (1999) – *Enfermagem na Maternidade,* 4ª ed. Loures: Lusociência.

BOLANDER, Verolyn Barnes – Necessidades Humanas, In Bolander, Verolyn Rac – *Enfermagem fundamental.* Lisboa: Lusodidáctica, 1, p. 3 – 32

BOGDAN, R. C.; , S. K. (1994) – *Investigação Qualitativa em Educação.* Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2 (Colecção Ciências da Educação, 12).

BRAZELTON, B.; KRAMER, B. (1993) – *A Relação Mais Precoce.* Lisboa: Terramar.

BRINDS, C. D.; LEE, P. R. (1990) – "Public Policy Issues Affecting the Health Care Delivery System of Adolescence". *Journal of Adolescence Health Care* (11) p. 387-397.

CALADO, Beatriz Stella Pieroni (1990) - O Planeamento Familiar na Promoção de Saúde da Mulher. *Planeamento Familiar*, Vol. 16, Lisboa, Julho, p.3-9.

CANAVARRO, Maria C. (2001) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade.* Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-77-5.

CARNEIRO, Ivete (2001) – Adolescentes planeiam a gravidez - *Jornal de Noticias*, 11 de Fevereiro, p. 14 –15.

CEBALLOS, Gerardo Castilho. (1999) – *El Adolescente y sus Retos: La Aventura de Hacerse Maior.* Madrid: Ediciones Piramide. S.A.

CHINN, P. ; KRAMER, M. (1991) – *Theory and Nursing: a Systematic approach.* 3ª ed. St. Louis: MosbY Company.

CLAES, Michael. (1990) – *Os problemas de adolescência.* 2ª edição. Lisboa: Editorial Verbo.

COLLIÈRE, Marie Françoise (1989) – *Promover a vida.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLMAN, Libby L.; COLMAN, Arthur D. (1994) – *Gravidez: a experiência psicológica.* Lisboa: Edições Colibri, ISBN 972-8049-789.

CORDEIRO, José C. Dias (1979) – *O Adolescente e a Família.* Lisboa: Moraes Editora.

CORDEIRO, Mário (2002) – Cabeça, Tronco e Membros. A sexualidade, nos diversos parâmetros. *Adolescentes* – Manual para pais. Número 17, Ano 4. (Janeiro - Março), p. 84-88.

CORREIA, Maria Jesus (1995) – *Gravidez na Adolescência* – Exemplo de um factor de crise no indivíduo e na família. *"Análise Psicológica".*

CORREIA, Maria Jesus (1995) – "A Carla ficou grávida! E agora." *Análise Psicológica.* Trimestral, série 13, N º 1-2, (Janeiro – Junho), p.47-51.

CORREIA, Maria Jesus (2000) – No mar de emoções: Ser mãe adolescente. *Sexualidade e Planeamento Familiar.* N º 27/28, (Julho – Dezembro), p.13-16.

CORTESÃO, Irene [et al] (1989) - Educação para uma Sexualidade Humanizada. *Guia de Orientação para pais e professores*, Porto: Edições Afrontamento.

COSTA, Jorge Cordeiro. (1993) – Que serviço para a saúde dos adolescentes. *Revista Portuguesa de Clinica geral.* Lisboa: volume 10 (8 e 9) (Agosto – Setembro).

COSTA, M. E. (1994) – *Divórcio, Monoparentalidade e Recasamento.* Intervenção Psicológica em Transições Familiares, Porto: Asa.

COSTA, Maria Emília (1998) – *Novos Encontros de Amor. Amizade, Amor e Sexualidade na Adolescência.* 2ª ed.. Porto: Edinter.

DESCHAMPS,J.P. (1985) - *Grossesse e Maternité chez l´adolescent.* Paris : Flemmerion Medicine Science.

DICKASON [et al] (1995) – *Enfermaría materna infantil.* Mosby / Doyma Libros – 2ª Edição.

FERNANDES, Evaristo. (1990) – *Psicologia da Adolescência e da relação educativa.* Porto: Edições Asa.

FERNÁNDEZ, José Luis García (1991) – El embarazo no deseado en adolescentes: una propuesta de intervención. *Revista de Enfermería.* Año XIV, Nº 158, p.37-42.

FERREIRA, António Cardoso [et al] (1999) – Educação Sexual em meio escolar, Orientações técnicas. *Sexualidade* n.º 21/22 (Janeiro - Julho) p. 20-28.

FLEMING, Manuela. (1993) – *Adolescência e Autonomia – o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais.* Porto: Afrontamento.

FONSECA, Paula [et al] (2001) – O que é que os adolescentes pensam e sabem da sexualidade? *Nascer e crescer.* Porto. ISBN 0872-0754 vol.10, N º 3, p. 143-147.

FORTIN, Marie Fabienne. (1999) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

FRADE, Alice [et al] (1992) – *Educação Sexual na Escola.* Guia para professores, formadores e educadores. Lisboa: Texto Editora.

FRAGOEIRO, Marta (2001) – Gravidez na Adolescência – Contracepção e consulta de Planeamento Familiar. *Semana Médica.* Lisboa. N º 164, Setembro.

FRANCO, João [et al] (1998) – A adolescência e a gravidez. Um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação.* Porto,Vol.4, p.33-39.

FRIEDMAN, S.; FISHER, M.; SCHONBERG, S.K. (1992) – *Comprehensive Adolescent Health Care.* Missouri: Quality Pub..

GAMEIRO, José. (1994) – *Quem sai aos seus / Comunicação Pais e Filhos Adolescentes sobre sexualidade.* Porto: Edições Afrontamento.

GEORGE, Júlia [et al]. (1993) – *Teorias de Enfermagem. Fundamentos para a Prática Profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1992) – *O inquérito: teoria e prática.* 2ª edição. Oeiras: Celta Editora.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1993) – *O inquérito: teoria e prática.* ISBN 972-8027-13-3. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora. p.197-251.

GIL, António Carlos (1995) – *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.

GIL, Maria José; LUCAS, Patrícia. (1998) – A Maternidade na Adolescência num contexto de abuso sexual na família. *Análise Psicológica*, 3 série XVI, p. 385-392.

GOMES-PEDRO, J.C. (1985) – A Relação Mãe-filho. Influência do contacto precoce no comportamento da díade. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

GONÇALVES, Raquel. (2001) – 159 adolescentes deram à luz em 2000. *Diário de Noticias* - Madeira, 18 de Fevereiro, p. 8- 9

GORDON, C. (1996) – Adolescent decision making. A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31 (123).

GRANDE, Nuno. (2000) – Ética e investigação – *Revista de Investigação em Enfermagem.* Coimbra: n º2, Agosto, p. 49-53.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota (1992) – *Metodologias qualitativas na sociologia.* 3ª edição, Petropólis: Vozes.

HUBERMAN, A. Michael; MILES, Matthew B. (1991) – *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes.* Bruxeles : De Boeck Wesmall. ISBN 2-8041-1486-4.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2000) – Estatísticas de Saúde 2000, p.107.

JOHNSON, Phyllis A. (1999) – Sexualidade, gravidez e paternidade na adolescência. In: BOBAK, Irene M. [et al] (1999) – *Enfermagem na Maternidade,* 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-09-6, p. 754-778

KÉROUAC, Suzanne [et al] (1994) – *La pensée infermiére - conceptions et stratégies.* Maloine: Edition-s études vivantes.

KITZEINGER, Sleila (1978) – *Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa:* Editorial Presença.

LAZURE, Hélène (1994) – *Viver a relação de ajuda.* Lisboa : Lusodidata.

LEAL, Isabel (2000) – Gravidez e maternidade na adolescência. Sexualidade e Planeamento Familiar. N º 28/28, (Julho – Dezembro), p. 23-26.

LESSARD; HÉBERT, Michelle [et al]. (1990) – *Investigação qualitativa : Fundamentos e Práticas.* Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-9295-75-1.

LEVISKY, David Leo. (1995) – *Adolescência:* Reflexões psicoanaliticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

LOPES, Manuel José (1999) – *Concepção de enfermagem e desenvolvimento sócio- moral – alguns dados e implicações.* Lisboa. APE.

LOPES, Noémia Mendes (1996) – Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. N º 6, p.40-50.

LÓPEZ, Félix; FUERTES, António (1998) – *Para Comprender La Sexualidad.* Pampelona: Editorial Verbo Divino.

LOURENÇO, Maria Madalena Carvalho (1998) – *Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência.* A adolescente, a família e a escola. Lisboa: Fim de século.

MACFARLANE, Aidan (2001) - Sexualidade e adolescência. *UPDATE*, N º 140 (Fevereiro) p 24-27.

MACHADO VAZ, J. (1996) – *Educação Sexual na Escola.* Lisboa: Universidade Aberta. p. 17- 45.

MARQUES, Maria João (2002) – Gravidez na adolescência. *Mundo Médico.* (Número especial dedicado ao 19º encontro Nacional de Clinica Geral) Porto: 13-16 de Março, p. 74-76.

MAYEROFF, Miltonn (1971) - *On caring.* New york: Harper Perenial.

MCFARLANE, Jean (1988) - Importância de los modelos para el cuidado, In KERSHAN, Betty, SALVAGE, Jane - *Modelos de enfermagem:* Barcelona: Ediciones Doyna.

MCPHERSON, Ann; MARRINER, Ann (1989) – *Modelos e teorias de enfermeiras.* Barcelona: Ediciones Rol.

MENDES, Isabel Margarida. (1998) – Problematização da gravidez na adolescência no contexto das sociedades ocidentais. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem.* Referência. ISBN 0874-0283 N º 1 – Setembro.

MIGUEL, Nuno Silva (1989) – *Os jovens e a Sexualidade.* 6ª edição, Lisboa: Comissão da Condição Feminina, EPNC.

MORADELLA, Mariano (1992) – *Psicologia del De Sarrollo – Infância, Adolescência, Madurez y Senectud.* Barcelona: Marcombo Boixareu Editores.

MORSE, Janice, [et al] (1990) – *Conceitos de Caring e Caring como conceito.* Advanced Nursing Sciences, Canadá.

NAVARRO, Maria Fernanda (1985) – Adolescentes Portugueses uns Estudos. Lisboa. ENSP.

NODIN, Nuno (2001) – Adolescentes, o Sexo e os Outros – *Sexualidade e Planeamento Familiar.* N.º 31 (Julho – Outubro), p. 37-41

NODIN, Nuno (2001) – Avaliação da Eficácia da Educação Sexual em Meio Escolar. *Sexualidade e Planeamento Familiar.* N º 32 (Novembro – Dezembro), p. 43-44.

OMS (1984) – Health promotion: a dicussion document on the concept and principles. Supplement of Europe News. 3.Copenhagen.

PAPALAIA, Diane; OLDS, Sally Wendkos (1985) – Human Development. 5ª ed. New York: Mc. Graw-Hil.

PEREIRA, M. G. (1993) – Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? Ilações com base nos resultados de um questionário. *"Análise Psicológica"* N º 3 (XI) p. 415 – 424.

PEREIRA, Maria Manuela; FREITAS, Filomena. (2001) - *Educação Sexual.* Contextos de sexualidade e adolescência. Porto: Asa Editores.

PÉREZ, Silvia S. M. [et al]. (1997) – Embarazo Adolescente. Uma proposta de intervención . *Revista Rol de Enfermería*, n º 229, Septiembre. Ano xx.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1994) – *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* 4ª edição. México: Interamericana. ISBN 968-25-2025-8.

POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernarde (1995) – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.* 3ª Edição. Portalegre: Artes Médicas.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (1997) – *Saúde dos Adolescentes.* Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. N º 17. ISBN 0872-0762.

PORTUGAL, Ministério da Educação; Ministério da Saúde (2000) - *Educação em meio Escolar - Linhas Orientadoras.* Outubro

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1999)- *Saúde um Compromisso.* A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998 – 2002). Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, Subregião de Saúde de Viseu (2001) – Relatório de Actividades, p. 70-71.

PRAZERES, Vasco (2002) - Verdade ou Consequência: Os cavalos a correr e as meninas a aprender. *Adolescentes*: Manual para pais, Ano 4, N º 17 (Janeiro – Março), p 108-110.

PRIOR, Carlos [et al]. (2001) – Condutas Sexuais com risco de gravidez na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* ISBN 0870-7103 Março/Abril. Vol. 17, N º 2, p. 111-138.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999) – *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-03-1.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (2001) – *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-07-5.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* 2ª edição. Lisboa: Gravida.

REBELO, Teresa (1998) - Do fazer ao dizer enfermagem, que obstáculos? *Revista enfermagem*. N.º 10 (Abril - Junho), p 14.19

RIBEIRO, José Luís Pais (1996)- Questões acerca da avaliação do comportamento sexual. *Análise Psicológica* 1(XIV): p.13-2.1

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) - *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio - moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros

Portugueses.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1999) – O dia da Escola. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol. 3, N º 1, 1º Semestre, p. 3-7.

RICOEUR, Paul. (1990) – *Soi-Méme comme un autre.* Paris: Ed. du seuil

RODRIGUES, Custódio. (1998) – *Manual de Psicologia/2. Motivação*. Porto: Edição Contraponto.

RODRIGUES, Custódio (1998) – *Manual de Psicologia/2 – O que é e tem sido a psicologia.* Porto: Edições Contraponto.

RODRIGUES, Jorge Manuel Gonçalves. (1989) – Comunicação apresentada nas Primeiras Jornadas da Associação de Estudantes da Escola de Enfermagem de Viseu. *Nursing,* Ano 2, N º 18 Julho, p 25-30.

RUFF, C. (1987) – How Well Do Adolescent Mother? *Maternal Child Nursing*. Vol. 12,(Julho - Agosto), p. 249- 253.

SÁ, Eduardo (1997) – *A maternidade e o bebé.* Lisboa: Fim de século Edições, ISBN 972-75-4096-1.

SÁ, Eduardo (2001) – Adolescentes somos nós. *Adolescentes* – Manual para pais. Número 16. Ano 4. (Setembro - Novembro), p. 58-59.

SAMPAIO, Daniel (1996) – *Inventem-se novos pais.* Lisboa: Editorial Caminho ISBN 972-21-0903-0.

SAMPAIO, Daniel (2001) – Conflitos. Que apoio aos pais? *Adolescentes* - Manual para pais. Número 16. Ano 4. (Setembro – Novembro), p. 8-10.

SANDERS, Pete; SWINDEN, Liz (1995). *Para me conhecer. Para te conhecer...* estratégias de educação sexual para o 1º e 2º ciclos do ensino básico. *Associação para o Planeamento da Família*. Lisboa: Tradução de Maria Bárcia e Paula Silva.

SILVA, Miguel Oliveira (1992) – *A gravidez na adolescência. Relevância clínica da intervenção pré - natal.* Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.

SILVA, Miguel Oliveira (2001) – Sexualidade: A repetição da rábula do morgado. *Adolescentes.* Manual para pais, Ano 3, N º 15 (Junho – Agosto), p 82-83.

SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (1986) – *Metodologia das Ciências Sociais.* Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.

SILVESTRE, Maria José; SIM-SIM Margarida (2001) – Educação Sexual: Um desafio em parceria. *Sexualidade e Planeamento Familiar: Um desafio em parceria.* N º 31,(Julho – Outubro), p.27-32.

SOARES, Isabel; JONGENELEN, Inês (1998) – Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*. 3 (XVI), p. 373-384.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. (1994) – *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desnvolvimentista.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

STREUBERT, Helen (1995) – Philosophical Dimentions of Qualitative Research. In: STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dora R. – Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanist Imperative. Philadelphia: Lippincott Company.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dora R. (2002) – *Investigação Qualitativa em Enfermagem.* 2ª edição, Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0.

SWANSON, Kristen M. (1991) – Empirical development of a middle range theory of caring - *Nursing Research.* Vol. 40, n.º 3 (Maio – Junho) p. 161-166

SWANSON, Kristen M. (1993) – Nursing as informed caring dor the Well - being of others. *Image* 25 (4) Winter, p. 352-357

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. (1996) – *Introduccíón a los métodos Cualitativos de investigación.* Barcelona: Piados. ISBN 84-7509-819-9.

TRIVINOS, Augusto N. S. (1992) – *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Editora Atlas S.A.

VALA, Jorge (1986) – Análise de conteúdo. In SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira –*Metodologia das Ciências Sociais.* 3ª ed.. Lisboa: Edições Afrontamento.

VIEIRA, Isabel; GARCIA, João. (1999) - Educar para a sexualidade na escola. *Educar.* Ano 6, N º 22, (Janeiro - Março).

VILAR, Duarte; GASPAR, Ana Micaela. (1999) – *Traços redondos (A gravidez em mães adolescentes). Traços e riscos da vida.* 2ª Edição. Porto: Ambar, ISBN 972-43-0331-4, p. 31- 91.

WATSON, Jean (1992) – *Filosofia de los cuidados humanos en enfermerie* de Watson. In sisca, Riche - Modelos conceptuales de enfermeria. Barcelona: Doyma, p 179-192.

WATSON, Jean (1989) – *Nursing: Human Science and human care - a theory of nursing.* New York: National League for Nursing.

WATSON, Jean (2002) – *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

XAREPE, Fátima (1990) – *A gravidez na Adolescência, Aspectos Sociais.* Lisboa. ISSN 0870-8231, N º 4, p. 435-437.

ZIEGEL, Erna E; CRANLEY, Mecca (1985) – *Enfermagem Obstétrica,* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

ANEXOS

ANEXO 1 - Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

- Apresentação própria
- Apresentação / finalidade do estudo
- Confidencialidade

1- Fale-me do que "sente" quando é procurada / abordada por uma grávida adolescente.

2- Em sua opinião quais os motivos que levam a jovem a engravidar?

3- Pensa que as adolescentes encaram a gravidez nesta fase de vida como uma situação problemática?

4- Que repercussões / consequências trará para ela (família) uma gravidez nesta idade?

5- Fale-me da educação sexual promovida aos adolescentes e como pensa que deveria ser abordada.

a)- Genérica

b)- Na sua instituição

6- De que forma os enfermeiros poderão contribuir para prestar melhores cuidados aos adolescentes?

7- Como pensa que podemos planear / organizar o atendimento aos adolescentes?

a)- O que pensa que falta na sua instituição

b)- O que pensa que está melhor organizado

8- Da sua experiência profissional junto das grávidas adolescentes quais os cuidados de enfermagem prioritários?

CARACTERIZAÇÃO

- Idade_____
- Sexo_____
- Categoria_____
- Anos de profissão_____
- Grau académico_____
- Local de trabalho_____
- Anos de experiência a lidar com adolescentes_____

ANEXO 2 – Modelo de pedido de autorização para a colheita de dados

Maria Augusta Marques de Almeida Costa
Paços de Vilharigues
3670 Vouzela

Exmº. Senhor

Maria Augusta Marques de Almeida e Costa, enfermeira chefe no Centro de Saúde de Vouzela , aluna do 8º Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, encontrando-se a elaborar um trabalho de pesquisa sobre «gravidez na adolescência na perspectiva do enfermeiro», e necessitando de entrevistar os profissionais de enfermagem que contactam directamente com grávidas adolescentes, solicita junto de V ª Exª, que lhe seja facultado o acesso às instalações e aos profissionais de enfermagem.

Informa que dirigiu também, no mesmo sentido, carta ao Sr. Enfermeiro Director e à Senhora Enfermeira Chefe.

O período previsto para o desenvolvimento desta fase, compreende os meses de Novembro e Dezembro de 2001, e Janeiro de 2002.

Agradecendo a atenção dispensada, envia cumprimentos

Vouzela, 23 de Outubro de 2001

ANEXO 3 – Fotocópia das autorizações para a colheita de dados

HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO - VISEU

Ministério da Saúde

Direcção de Enfermagem

Ex.ma Senhora
Enfermeira Chefe Maria Augusta Marques
de Almeida Costa
Paços de Vilharigues
3670 Vouzela

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
			05/11/2001

ASSUNTO: Entrevista a profissionais de Enfermagem que contactam com grávidas adolescentes.

Em resposta à vossa solicitação de 23 de Outubro de 2001, sobre o assunto em título, cabe-nos informar que, ouvida a Sra. Enfermeira Chefe da Consulta Externa Geral, que inclui a consulta de Obstetrícia, foram as entrevistas autorizadas, tendo sido manifestado interesse no conhecimento dos resultados ou conclusões da pesquisa.

Sem mais assunto de momento, as nossas cordiais saudações e votos de um bom trabalho.

O Enfermeiro Director

(José Luís Gomes)

Av. Rei D. Duarte 3504-509 VISEU Geral: Telef. 232 420 500 Fax 232 420 591 - Secretariado de Administração – *Direcção de Enfermagem*: telef. 232 420 506

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

SUBREGIÃO DE SAÚDE DE VISEU

EXMª SENHORA:
MARIA AUGUSTA MARQUES
DE ALMEIDA COSTA

PAÇOS DE VILHARIGUES
3670 VOUZELA

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	
	29/10/001	1198	Oliveira de Frades, 19/11/001

ASSUNTO: " GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA PRESPECTIVA DO ENFERMEIRO "

Na resposta indicar as referências deste ofício

Em resposta ás cartas supra referenciadas, informo V. Exª que a Direcção do Centro de Saúde de Oliveira de Frades não vê qualquer inconveniente em aceder ao seu pedido, reiterando total disponibilidade, bem como os profissionais de enfermagem.

Com os melhores cumprimentos

O DIRECTOR.

A DIRECÇÃO

Dr. António Manuel Silva Cabrita Grade

/JG

Viseu, 7 de Novembro de 2001

Exmª. Senhora
Enfermeira Maria Augusta Marques de Almeida Costa
Paços de Vilharigues
3670 VOUZELA

ASSUNTO: **Sua carta de 29/10/2001**
(pesquisa sobre "gravidez na adolescência na perspectiva do enfermeiro")

Em resposta ao pedido solicitado pela carta acima referenciada, informamos que o mesmo foi autorizado, devendo para o efeito contactar o Enfermeiro Chefe a fim de programar as respectivas entrevistas.

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente,

A Enfermeira Chefe/Vogal da Direcção

Administração Regional de Saúde da Zona Centro
Sub-região de Saúde de Viseu
Centro de Saúde de Viseu I

(Maria Fernandes Matos Albernaz)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
SUBREGIÃO DE SAÚDE DE VISEU
CENTRO DE SAÚDE VISEU 2

Exma. Senhora

Enf.ª Maria Augusta Marques de Almeida Costa
Paços de Vilharigues

3670 Vouzela

Sua referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Viseu

ASSUNTO : **Entrevista a Profissionais de Enfermagem**

Relativamente ao v. pedido, informo que está autorizada a entrevistar os profissionais de Enfermagem que contactam directamente com grávidas adolescentes neste Centro de Saúde.

Com os melhores cumprimentos.

Viseu, 31 de Outubro de 2001

A Direcção

(Maria Amélia Castro Saraivar)

Rua Serpa Pinto, 30 - 3510 Viseu Tel: 232436503 Fax: 232426391