

UNIVERSIDADE ABERTA



**Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa:  
Cultura ou Literacia em Saúde?**

Ana Paula dos Reis Carmona

**Tese de Doutoramento em Relações Interculturais**

2018

----- PÁGINA EM BRANCO -----

UNIVERSIDADE ABERTA



**Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa:  
Cultura ou Literacia em Saúde?**

Ana Paula dos Reis Carmona

**Tese de Doutoramento em Relações Interculturais**

Orientadora Científica

Professora Doutora Maria Natália Ramos

2018

----- PÁGINA EM BRANCO -----

Tese apresentada à Universidade Aberta para  
obtenção do Título de Doutor em Relações  
Interculturais ao abrigo do Despacho nº  
4349/2013 do Diário da República, 2ª série, nº  
59 de 25 de março de 2013

----- PÁGINA EM BRANCO -----

Este documento não foi redigido  
segundo o Acordo Ortográfico da  
Língua Portuguesa publicado no Aviso  
nº 255, do Diário da República, 1ª série,  
de 17 de Setembro de 2010

----- PÁGINA EM BRANCO -----

*“Dir-se-ia que a vida nos solícita a que a escutemos de um outro modo. Se a linha azul do mar nos seduz tanto, é porque nos recorda o nosso verdadeiro horizonte; se subímos às altas montanhas, é porque a visão é mais clara de cima; se vamos à procura de outras cidades é porque estamos em busca de uma geografia interior (...).*

*Às vezes, tudo o que nos é preciso é habitar a vida de um outro modo. É simplesmente caminhar com um outro passo nas estradas que já percorremos a cada dia (...).*

*Fazer uma deslocação comporta uma mudança de posição, do olhar, abertura, adaptação a realidades e línguas. A experiência da viagem é experiência da fronteira e de novos espaços, de que o homem tem necessidade para ser ele próprio (...).*

*A viagem é uma etapa na descoberta e na construção de nós mesmos e do mundo que descobre cada detalhe do mundo e tudo olha de novo como se fosse a primeira vez (...).”*

*Padre Nélio Tomás (scj), Julho 2018*

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

*Edith Wharton*

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## AGRADECIMENTOS

*À Professora Doutora Natália Ramos, pela paciência e encorajamento nos momentos de desânimo, pela inspiração e pelo sentido crítico na orientação, e pela confiança depositada na minha capacidade de produção de trabalho...*

*Aos Professores Doutores do 1º Curso de Doutoramento em Relações Interculturais pelo estímulo e oportunidade para conclusão deste estudo...*

*À Senhora Presidente da Câmara Municipal da Amadora pela disponibilidade e partilha de experiências, bem como pelas informações facultadas...*

*Aos Presidentes, Coordenadores e Informantes qualificados das ONG que colaboraram e contribuíram para a realização deste estudo...*

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

*À minha filha pelos momentos de atenção que lhe não dispensei...*

*Ao meu marido pela paciência, pelo acompanhamento e preciosa colaboração ao longo deste percurso...*

*À minha mãe, pois sem ela não teria sido possível chegar a este nível, pelo encorajamento, ajuda, compreensão e o meu afastamento pouco usual...*

*Ao meu médico de família, pela compreensão, incondicional disponibilidade e preciosa ajuda ao longo de todo este percurso...*

*Aos colegas da USF Conde da Lousã que, pela compreensão, disponibilidade e alento, contribuíram para este estudo...*

*Às colegas e amigas, por acreditarem, pelo incentivo e estímulo, aconselhamento, sentido crítico e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso...*

*Às grávidas adolescentes, respectivos companheiros e famílias que se disponibilizaram a partilhar as suas histórias de vida e tornaram possível este estudo...*

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## RESUMO

Na prática clínica e ao longo do tempo, constatou-se uma realidade social e multicultural relativa a um conjunto de jovens adolescentes que recorriam, já grávidas, aos cuidados de saúde, por vezes numa fase tardia da gestação, verbalizando tê-la aceite e estarem felizes, algumas admitindo ainda tê-la planeado, enquanto outras referiam que “aconteceu” mas que “tiram” pois a IVG não é difícil. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2018), Portugal era o segundo país da União Europeia com maior taxa de partos em mães entre os 15 e os 19 anos. As implicações para a vida destas jovens são de ordem física, psicológica, educacional e sócio-económica uma vez que, os nascimentos em jovens menores de 19 anos trazem à mãe, bebé e comunidade em que se inserem variados problemas, sendo actualmente considerados um problema de saúde pública. Esta evidência tornou-se factor motivador para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa não experimental, desenvolvida em contexto natural, tendo como objectivos conhecer e analisar os valores, as crenças e os comportamentos que levam à gravidez na adolescência; descrever crenças universais e específicas relacionadas com os valores culturais e os comportamentos em adolescentes autóctones e migrantes e identificar as influências resultantes dos contactos entre as várias culturas, decorrentes do processo migratório. Trata-se de um estudo exploratório descritivo e indutivo, de forma a estudar e compreender os determinantes em saúde relacionados com este fenómeno, assim como as desigualdades sociais e processos de exclusão em comunidades específicas de minorias desfavorecidas. Realizou-se uma abordagem micro no município da Amadora, um concelho com grande variabilidade social e cultural. Utilizou-se o processo de amostragem não probabilística, com amostra em “bola de neve” tendo participado informantes qualificados, “indivíduos de referência” e grávidas adolescentes autóctones e migrantes. A recolha de dados foi efectuada com triangulação de métodos tais como questionários sócio-demográficos; entrevistas semi-estruturadas em profundidade com recolha áudio e fílmica; observação participante directa e ainda fotografias, tal como outros documentos visuais de redes sociais. Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo.

Concluiu-se que o fenómeno da gravidez na adolescência se afigura complexo e de causas multifactoriais, motivo por que foi compreendido e abordado em várias dimensões e

vertentes, tendo sido necessário distinguir gravidez não planeada ou acidental que implica a necessidade de uma tomada de decisão entre seguir com a gravidez, ou a possibilidade legal de realizar IVG, se atempadamente; do desejo, explícito ou não, de uma gravidez precoce que também pode ser devido a um conjunto de envolvências, das quais se destaca o desejo do parceiro pela gravidez, idealizando-a como meio de conseguir o amor do namorado, consciencializando apenas o futuro imediato, com a idealização de uma vida perfeita, romântica e cheia de amor. Uma forma de viver o seu ritual de passagem à vida de adulta, uma necessidade de afirmação como mulher, tal como haviam feito anteriormente mães e avós. Também uma baixa escolarização e ausência de projecto profissional, assim como a literacia da comunidade em que se inserem e as condições habitacionais em contexto de bairro social levam à idealização de que o bebé permite desempenhar “o papel da sua vida” de forma a pertencer e ser aceite, numa cultura ou comunidade, onde o “correto” e “habitual” é ser mãe adolescente. Não foi encontrada evidência de que a convivência entre culturas resultasse em significativa diferenciação entre adolescentes autóctones e migrantes, ao nível dos determinantes psicossociais, culturais e de saúde, mas sim de que o processo de aculturação tenha influenciado ambas para a gravidez precoce.

Recomenda-se a aquisição/aperfeiçoamento de competências Comunicacionais e Interculturais, por parte dos profissionais, através do Conhecimento dos Determinantes Culturais e Psicossociais, para uma adequação da prática de cuidados em saúde, tanto a nível individual como comunitário para o aumento da literacia; trabalho em equipa multidisciplinar, também em contexto escolar, envolvendo a comunidade, as famílias e o meio ambiente onde se inserem, desenvolvendo programas de educação para a saúde e para a cidadania. Para estudo futuro, sugere-se a realização de um projecto-piloto de investigação-acção, através de uma abordagem longitudinal com utilização da metodologia fílmica, para além da recolha de dados também de forma didáctica.

**Palavras-Chave:** Adolescência; Gravidez e Maternidade; Migrações e Interculturalidade; Saúde sexual e reprodutiva; Comunicação em saúde; Competência Intercultural.

## **ABSTRACT**

In clinical practice and throughout the times, a social and multicultural reality came to light regarding a group of young teenagers who resorted to healthcare while already pregnant, sometimes in a late pregnancy stage, stating to have accepted it and being happy, some admitting to have planned it, whereas others referred that it “happened” but are willing to “take” it as abortion is not difficult. According to the National Statistics Office (2018), Portugal was the second country in the European Union with the highest rate of deliveries amongst mothers ages 15 to 19. The implications in these teenagers’ lives are of physical, psychological, educational and socio-economical order as the births in teenagers younger than 19 bring to the mother, the child and the community they are a part of several different concerns, which are currently being considered a public health problem. This evidence became a motivating factor for the development of a non-experimental qualitative research, developed in a natural environment, whose main goals were to learn and analyse the values, beliefs and behaviours which lead to teenage pregnancy; describe universal and specific beliefs related to cultural values and behaviours in native adolescents or in migrants, and identifying the influences resulting from the contact between several cultures, arising from the migration process. It is an exploratory, descriptive and inductive study so that it can observe and comprehend the health determinants related with this phenomenon, as well as the social inequality and deletion process in specific communities, of underprivileged minorities. A micro-based approach took place in Amadora, a municipality with great social and cultural variability. A non-probabilistic sampling procedure was used, with a “snowball” sample in which qualified experts, “individuals of reference” and native and migrant pregnant teenagers have participated. Data collection was carried out with triangulation methods such as social-demographical questionnaires, semi-structured in-depth audio and film interviews, direct participant observation, photographs and other visual documents in social networks. For data processing a content analysis technique was used.

It was concluded that the phenomenon of pregnancy in teenage years appears to be complex and of multifactorial causes, the reason why it was understood and approached in various dimensions and aspects, having been necessary to distinguish unplanned or

accidental pregnancy; which implies the necessity of deciding whether to carry on with the pregnancy, or the legal possibility of performing an abortion, if in time; of the desire, explicit or not, of an early pregnancy which may be due to a number of feelings, from which the partner's desire for that pregnancy is emphasised, idealising that pregnancy as a means to getting the boyfriend's love, only reflecting upon an immediate future, imagining a perfect, romantic life, full of love. A way of living their rite of passage into adulthood, a need to assert themselves as women, as mothers and grandmothers had previously done. Also low schooling and the absence of a professional project, as well as the literacy of the community in which they live and the housing conditions in the context of a social housing project lead to the idealisation that the child allows one to play "the role of her life" as to belong and be accepted, in a culture or community, in which the "correct" and "common" is to be a single mother. No evidence was found that the interaction between cultures resulted in significant differentiation between native and migrant teenagers at the psychosocial, cultural or health determinants, but that the process of acculturation had influenced both into early pregnancy.

The acquisition/improvement of Communicational and Intercultural Competences is recommended from professionals through the Knowledge of Cultural and Psychosocial Determinants for adequate healthcare services, not only individual but also at community level for a literacy increase. Working in a multidisciplinary team, also in school context, involving the community, the families and local environment to which they belong, developing educational healthcare and citizenship programmes. For further study, the creation of a pilot-project of research-action is suggested, through a longitudinal approach with the use of film methodology besides data collection in a didactic way.

**Keywords:** Adolescence; Pregnancy and Motherhood; Migrations and Interculturality; sexual and reproductive Health; Communication in Health; Intercultural Competence.

## RESUMÉ

Dans la pratique clinique et au fil du temps, nous avons observé une réalité sociale et multiculturelle concernant un groupe de jeunes adolescentes qui, déjà enceintes, fait appel aux soins de santé, parfois à un stade avancé de leur grossesse, en disant l'avoir acceptée et en se sentant heureuses. Certaines admettent l'avoir planifiée, tandis que d'autres admettent que c'est «arrivé» mais qu'elles l'enlèveront, car l'IVG (Interruption volontaire de grossesse) n'est pas difficile.

Selon l'Institut National de Statistique (2018), le Portugal était le deuxième pays de l'Union Européenne avec le taux de natalité le plus élevé chez les mères âgées de 15 et 19 ans. Les conséquences pour la vie de ces jeunes sont physiques, psychologiques, éducatives et socio-économiques car les naissances chez les jeunes avec moins de 19 ans amènent à la mère, au bébé et à la communauté dans laquelle elles vivent plusieurs problèmes, étant actuellement considéré un problème de santé publique. Cette preuve est devenue un facteur de motivation pour le développement d'une recherche qualitative non expérimentale, développé dans un contexte naturel, ayant comme but connaître et analyser les valeurs, les croyances et les comportements qui conduisent aux grossesses précoces ; décrire les croyances universelles et spécifiques liées aux valeurs et aux comportements chez les adolescents autochtones et migrants et identifier les influences résultant des contacts entre plusieurs cultures, qui adviennent du processus migratoire. Il s'agit d'une étude exploratoire descriptive et inductive pour pouvoir étudier et comprendre les déterminants de la santé liés à ce phénomène, ainsi que les inégalités sociales et le processus d'exclusion dans des communautés spécifiques de minorités défavorisées. Une micro-approche a été réalisée dans la mairie d'Amadora, une municipalité avec une vaste variabilité sociale et culturelle. Le processus d'échantillonnage non probabiliste a été utilisé, avec un échantillon «boule de neige» ayant participé des informateurs qualifiés, «des individus de référence» et des adolescentes enceintes autochtones et migrantes. La collecte des données a été réalisée en triangulant des méthodes telles que des questionnaires socio-démographiques, des entretiens approfondis semi-structurés avec le recueil audio et de films; l'observation directe des participants et aussi des photos, ainsi que d'autres documents visuels à partir des réseaux sociaux. Pour le traitement des données, la technique d'analyse de contenu a été utilisée.

Il a été conclu que le phénomène de la grossesse chez les adolescentes apparaît complexe et a des causes multifactorielles, raison pour laquelle il a été compris et traité sous différents angles et aspects, soyant nécessaire faire la distinction entre la grossesse non planifiée ou accidentelle, qui implique la nécessité de prendre une décision sur l'opportunité de poursuivre la grossesse ou la possibilité légale de faire un avortement, dans le temps; du désir, explicite ou non, d'une grossesse précoce qui peut être aussi due à un cadre, y compris le désir du partenaire pour cette grossesse, en idéalisant cette grossesse comme un moyen d'obtenir l'amour de son petit ami, en tenant en compte seulement un futur immédiat, avec l'idéalisation d'une vie parfaite, romantique et pleine d'amour. Une façon de vivre son rituel d'âge adulte, un besoin d'affirmation en tant que femme, comme l'avaient déjà fait les mères et les grands-mères. Aussi, un faible niveau d'instruction et un manque de projet professionnel, ainsi que l'alphabétisation de la communauté dans laquelle elles vivent et les conditions de logement dans un contexte de quartier social, conduisent à l'idéalisation que le bébé permet de jouer "le rôle de leur vie" pour appartenir et être accepté dans une culture ou une communauté où le "correcte et "l'habitude" est d'être une mère adolescente. Aucune preuve n'a été trouvée selon laquelle la coexistence entre culture mène à une différenciation significative entre les adolescents autochtones, au niveau des déterminants psychosociaux, culturels et de santé, mais plutôt que le processus d'acculturation influençait les deux pour la grossesse précoce. Il est recommandé l'acquisition/l'amélioration des compétences Communicationnelles et Interculturelles par les professionnels, à travers de la Connaissance des Déterminants Culturelles et Psychosociaux, pour l'adaptation de la pratique des soins de la santé, individuellement et au niveau communautaire pour accroître l'alphabétisation. Travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire, y compris dans un contexte scolaire, impliquant la communauté, les familles et l'environnement où elles s'insèrent, développant des programmes d'éducation pour la santé et pour la citoyenneté. Pour des études futures, il est suggéré de mener des projets pilotes de recherche/d'action, par une approche longitudinale avec l'utilisation de la méthodologie du film, en plus du recueil de données obtenue de manière didactique.

**Mots-clés:** Adolescence; grossesse et maternité; Migrations et interculturalité; Santé sexuelle et reproductive; Communication sur la santé; Compétence interculturelle.

<b>ÍNDICE</b>	
<b>RESUMO</b> .....	<b>13</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>15</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>17</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	<b>20</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>20</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>20</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>21</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>22</b>
<b>ÍNDICE DE ESQUEMAS</b> .....	<b>22</b>
<b>ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS</b> .....	<b>22</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS</b> .....	<b>25</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>33</b>
CAPÍTULO I – MIGRAÇÕES E INTERCULTURALIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	35
CAPÍTULO II – SAÚDE, CULTURA E LITERACIA EM SAÚDE .....	43
<b>2.1. MODELOS DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO</b> .....	52
<b>2.2. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> .....	56
<b>2.3. COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL EM SAÚDE E COMPETÊNCIA INTERCULTURAL</b> .....	63
CAPÍTULO III – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	73
<b>3.1. ADOLESCÊNCIA, DESENVOLVIMENTO</b> .....	73
<b>3.2. GRAVIDEZ E COMPORTAMENTOS CULTURAIS</b> .....	80
<b>3.3. CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE</b> .....	83
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>89</b>
CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	91
<b>4.1. TIPO DE ESTUDO</b> .....	91
<b>4.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO/INSERÇÃO NO TERRENO</b> .....	100
4.2.1. <i>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</i> .....	103
4.2.2. <i>LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO</i> .....	105
<b>4.3. PARTICIPANTES</b> .....	106
<b>4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS</b> .....	107
<b>4.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS</b> .....	109
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	113
<b>5.1. RELATOS DE VIDA DAS PARTICIPANTES</b> .....	113
<b>5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES</b> .....	130
<b>5.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS, CULTURAIS E DE SAÚDE</b> .....	143
5.3.1. <i>REPRESENTAÇÕES ESQUEMÁTICAS DA CONCEPTUALIZAÇÃO</i> .....	143
5.3.2. <i>DETERMINANTES PSICOLÓGICOS</i> .....	146

5.3.3. DETERMINANTES ÉTNICO/CULTURAIS .....	157
5.3.5. DETERMINANTES RELIGIOSOS.....	180
5.3.6. DETERMINANTES FAMILIARES E INTERGERACIONAIS .....	184
5.3.7. DETERMINANTES AMBIENTAIS.....	192
5.3.8. DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS .....	195
5.3.9. DETERMINANTES ÉTICOS.....	205
5.3.10. DETERMINANTES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE .....	212

**CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS .....220**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....233**

**ANEXOS .....243**

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - GUIÃO DA ENTREVISTA PARA INFORMANTES QUALIFICADOS .....	245
ANEXO II - GUIÃO DA ENTREVISTA PARA A ADOLESCENTE .....	249
ANEXO III - CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	261
ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	265
ANEXO V - CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO (MENORES DE 16 ANOS) .....	269
ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES NO ESTUDO (MENORES DE 16 ANOS).....	273
ANEXO VII - PARECER DA CNPD.....	277

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - NADOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES EM PORTUGAL POR NACIONALIDADE DA MÃE, 2004-2017 .....	36
TABELA 2 - TAXAS DE FECUNDIDADE ESPECÍFICAS POR GRUPO ETÁRIO (PERMILAGEM), PORTUGAL, 2004-2017.....	75
TABELA 3 - NADOS VIVOS POR IDADE DAS MÃES INFERIOR A 19 ANOS INCLUSIVE, PORTUGAL, 2004-2017 .....	76
TABELA 4 - NADOS VIVOS POR IDADE DA MÃE E DURAÇÃO DA GESTAÇÃO, PORTUGAL, 2011-2017.....	79

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS E CODIFICAÇÃO DE UNIDADES DE CONTEXTO .....	145
QUADRO 2 - SUBCATEGORIA "NECESSIDADE DE AFECTO" .....	147
QUADRO 3 - SUBCATEGORIA "BAIXA AUTO-ESTIMA" .....	148
QUADRO 4 - SUBCATEGORIAS "OBJECTIVOS DE VIDA, PRIORIDADE E REORGANIZAÇÃO DE VIDA" .....	150
QUADRO 5 - SUBCATEGORIA "AMOR ROMÂNTICO" .....	153
QUADRO 6 - SUBCATEGORIA "IMATURIDADE" .....	155
QUADRO 7 - SUBCATEGORIA "TENTATIVA DE LIBERTAÇÃO/AUTONOMIZAÇÃO" .....	157
QUADRO 8 - SUBCATEGORIA "RITUAL DE PASSAGEM À VIDA ADULTA" .....	158
QUADRO 9 - SUBCATEGORIA "PRECOCIDADE NO RELACIONAMENTO SEXUAL" .....	160

QUADRO 10 - SUBCATEGORIA "PRESSÃO GRUPO/ACEITAÇÃO" .....	163
QUADRO 11 - SUBCATEGORIA "SUCESSO/DIFICULDADES ESCOLARES" .....	165
QUADRO 12 - SUBCATEGORIA "FACTORES ÉTNICO/CULTURAIS" .....	166
QUADRO 13 - SUBCATEGORIA "PRECONCEITO CULTURAL" .....	167
QUADRO 14 - SUBCATEGORIA "NÍVEL SOCIOECONÓMICO" .....	170
QUADRO 15 - SUBCATEGORIA "POBREZA" .....	172
QUADRO 16 - SUBCATEGORIA "DESEMPREGO/TRABALHO PRECÁRIO" .....	173
QUADRO 17 - SUBCATEGORIA "DESINTERESSE/ABANDONO ESCOLAR/BAIXA ESCOLARIDADE" .....	176
QUADRO 18 - SUBCATEGORIA "LITERACIA EM SAÚDE" .....	179
QUADRO 19 - SUBCATEGORIA "FERTILIDADE COMO DÁDIVA" .....	181
QUADRO 20 - SUBCATEGORIAS "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA; FAMÍLIAS DISFUNCIONAIS" .....	185
QUADRO 21 - SUBCATEGORIA "PAPEL PARENTAL" .....	187
QUADRO 22 - SUBCATEGORIA "MATERNAGE/RESPONSÁVEL POR IRMÃOS E PRIMOS MAIS NOVOS" .....	188
QUADRO 23 - SUBCATEGORIA "CONSTRUIR A PRÓPRIA FAMÍLIA COMO PROJECTO DE VIDA" .....	189
QUADRO 24 - SUBCATEGORIA "PROCURA DE INDEPENDÊNCIA" .....	191
QUADRO 25 - SUBCATEGORIA "HISTÓRIA FAMILIAR DE GRAVIDEZ ADOLESCENTE" .....	192
QUADRO 26 - SUBCATEGORIA "CONTEXTO HABITACIONAL" .....	193
QUADRO 27 - SUBCATEGORIA "INFLUÊNCIA DOS PARES" .....	195
QUADRO 28 - SUBCATEGORIA "ESTILOS DE VIDA" .....	196
QUADRO 29 - SUBCATEGORIA "COMPORTAMENTOS DE RISCO (COMPORTAMENTOS ADITIVOS/RELAÇÕES SEXUAIS DESPROTEGIDAS)" .....	199
QUADRO 30 - SUBCATEGORIA "USO DA CONTRACEPÇÃO" .....	200
QUADRO 31 - SUBCATEGORIA "AFIRMAÇÃO DA FERTILIDADE" .....	203
QUADRO 32 - SUBCATEGORIA "AUTONOMIA" .....	206
QUADRO 33 - SUBCATEGORIA "PROBLEMAS FAMILIARES E DE JUSTIÇA" .....	209
QUADRO 34 - SUBCATEGORIA "FIDELIDADE" .....	211
QUADRO 35 - SUBCATEGORIA "SEXUALIDADE/CONJUGALIDADE" .....	213
QUADRO 36 - SUBCATEGORIA "SAÚDE REPRODUTIVA/CONSULTAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA" .....	216
QUADRO 37 - SUBCATEGORIA "EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE EM COMUNIDADE ESCOLAR" .....	217

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - TRADUZIDO E ADAPTADO DO DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER .....	61
FIGURA 2 - "CONCEPTUALIZAÇÃO DA MATERNIDADE ADOLESCENTE ENQUANTO ACONTECIMENTO DE CARÁCTER MULTIFÁSICO" ..	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - IDADE DA ADOLESCENTE EM RELAÇÃO COM A IDADE DO COMPANHEIRO NA PRIMEIRA GRAVIDEZ .....	131
GRÁFICO 2 – ORIGEM ÉTNICA DAS PARTICIPANTES .....	132
GRÁFICO 3 - ORIGEM ÉTNICA DOS COMPANHEIROS .....	132
GRÁFICO 4 - EXPRESSÃO ORAL DAS PARTICIPANTES .....	133
GRÁFICO 5 - COMPARAÇÃO ENTRE A IDADE DAS ADOLESCENTES E COMPANHEIROS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE INSTRUÇÃO DE AMBOS .....	134
GRÁFICO 6 - OCUPAÇÃO DAS PARTICIPANTES .....	135
GRÁFICO 7 - OCUPAÇÃO DOS COMPANHEIROS .....	135
GRÁFICO 8 - ANOS DE RESIDÊNCIA NA AMADORA .....	136
GRÁFICO 9 - CONDIÇÕES HABITACIONAIS .....	137
GRÁFICO 10 - QUE ADOLESCENTES AINDA MANTÊM RELAÇÃO AFECTIVA COM O COMPANHEIRO DA PRIMEIRA GRAVIDEZ.....	137
GRÁFICO 11 - ESTADO CIVIL .....	138
GRÁFICO 12 - ESTRUTURA FAMILIAR DE ORIGEM .....	139
GRÁFICO 13 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES .....	139
GRÁFICO 14 - IDADE DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE GRAVIDEZES.....	140
GRÁFICO 15 - IDADE DAS PARTICIPANTES NA SUA PRIMEIRA GRAVIDEZ COMPARATIVAMENTE À SUA IDADE ACTUAL .....	141
GRÁFICO 16 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GRAVIDEZES E O NÚMERO DE FILHOS, NÚMERO TOTAL DE ABORTOS E NÚMERO DE IVG's.....	142
GRÁFICO 17 - IDADE DA MENARCA EM RELAÇÃO COM A IDADE DE INÍCIO DA ACTIVIDADE SEXUAL (COITARCA) .....	161
GRÁFICO 18 - RELIGIÃO DAS PARTICIPANTES.....	182
GRÁFICO 19 - USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR PARTE DAS PARTICIPANTES.....	201
GRÁFICO 20 - RELAÇÃO ENTRE O DESEJO DA PRIMEIRA GRAVIDEZ E DA ÚLTIMA GRAVIDEZ NAS PARTICIPANTES ENTREVISTADAS .....	204

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1 - DETERMINANTES DE SAÚDE .....	143
ESQUEMA 2 - ACULTURAÇÃO E GRAVIDEZ .....	144
ESQUEMA 3 - LITERACIA EM SAÚDE .....	144
ESQUEMA 4 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE E POSSÍVEIS DECISÕES E CONSEQUÊNCIAS QUE DAÍ ADVÊM.....	227

## ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1 - ENTREVISTA À PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA, DR.ª CARLA TAVARES (FOTOGRAFIA DA AUTORA).....	101
FOTOGRAFIA 2 - ESPAÇOS DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO “O VIGILANTE”, APRESENTADA PELA COORDENADORA TÉCNICA DR.ª CARLA LUÍS (FOTOGRAFIA DA AUTORA) .....	102

FOTOGRAFIA 3 - O INFORMANTE QUALIFICADO DA IPSS “AJPAS” NA PESSOA DO SEU PRESIDENTE E DELEGADO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DA AMADORA, DR. ANTÓNIO CARLOS SILVA (FOTOGRAFIA DA AUTORA) .....	102
FOTOGRAFIA 4 - EXIBINDO A SUA BARRIGA JÁ EM FIM DE GESTAÇÃO (FOTOGRAFIA DA ADOLESCENTE NA SUA PÁGINA DE FACEBOOK®) .....	152
FOTOGRAFIA 5 - UMA DECLARAÇÃO DE AMOR FEITA AO COMPANHEIRO E PAI DA FILHA (COLOCADA PELA ADOLESCENTE NA SUA PÁGINA DE FACEBOOK®) .....	152
FOTOGRAFIA 6 - ESTAS DUAS IMAGENS FORAM COLOCADAS NA PÁGINA DE FACEBOOK® PELA ADOLESCENTE E DISTAM ENTRE SI SENSIVELMENTE UM ANO, SEGUNDO INFORMAÇÃO DA PRÓPRIA. ....	162
FOTOGRAFIA 7 - A ADOLESCENTE RECONCILIOU-SE COM O PAI DA FILHA NO DIA DO SEU ANIVERSÁRIO, PASSANDO OS TRÊS A VIVER EM CASA DOS PAIS DELE, JUNTAMENTE COM OS PAIS E A IRMÃ (COLOCADAS PELA PRÓPRIA NA SUA PÁGINA DE FACEBOOK®) .....	168
FOTOGRAFIA 8 - DECLARAÇÃO DE AMOR DA PUÉRPERA ADOLESCENTE À FILHA RECÉM-NASCIDA (PÁGINA DE FACEBOOK® DA PRÓPRIA) .....	183
FOTOGRAFIA 9 - DECLARAÇÃO DE AMOR DA ADOLESCENTE AO FILHO DE MESES, COM FOTO NA COMPANHIA DO ACTUAL COMPANHEIRO (FACEBOOK® DA PRÓPRIA) .....	183
FOTOGRAFIA 10 - QUATRO GERAÇÕES; A MÃE DA JOVEM ADOLESCENTE VIVE NO REINO UNIDO E FOI MÃE PRECOCAMENTE. TAMBÉM AVÓ E NETA FORAM MÃES ADOLESCENTES (FOTOGRAFIA DA AUTORA TIRADA DURANTE A FILMAGEM DA ENTREVISTA) .....	219

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

ACO – Anticoncepcional Oral

AJPAS - Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável

CLAIM – Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes

CCC – Associação Corações com Coroa

CEMRI - Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais

CMA – Câmara Municipal da Amadora

CNAI - Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados

CPCJ – Comissão de Protecção a Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

PES – Promoção e Educação para a Saúde

PHV – Vírus do papiloma humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

IO – índice Obstétrico

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

MiMi – With Migrants for Migrants

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONG – Organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAI II - II Plano para a Integração dos Imigrantes

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEM - Plano Estratégico para as Migrações

RGPD – Regulamento Geral de Protecção de Dados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UC – Unidade de Contexto

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UnE – Unidade de Enumeração

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura)

UNICEF - United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

UR – Unidade de Registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é uma realidade preocupante relacionada muitas vezes com uma gravidez indesejada e acidental. E quando essa gravidez é intencional, pretendida e planeada pelos adolescentes? Será esta vontade de gravidez precoce motivada pela falta de literacia em saúde, por factores culturais, ou pela ausência de projecto de vida? Será a maternidade precoce e o nascimento de um bebé o caminho e futuro ambicionado por estas jovens adolescentes? Estará a procura de afectos e de um objectivo de vida para si próprias, ausente na sua família de origem? Será motivada ou deriva da necessidade de adquirir um sentimento de pertença relacionado com a família, a sociedade/comunidade sociocultural onde vivem e se inserem?

Na prática clínica, deparamo-nos com uma realidade social e multicultural relativa a jovens adolescentes que recorriam já grávidas, aos cuidados de saúde e que verbalizavam ter desejado essa gravidez e até mesmo tê-la planeado. Esta realidade foi sentida como uma área prioritária de intervenção, uma vez que a gravidez na adolescência se reveste de inúmeras desvantagens, tanto de ordem física, como de ordem psicológica, educacional e socioeconómica, para as próprias adolescentes e suas famílias.

Estas adolescentes viviam na sua maioria, em bairros sociais na região de Lisboa, município da Amadora e afirmavam ter desejado a sua gravidez. Algumas jovens portuguesas originárias do interior do país, outras portuguesas, mas descendentes de imigrantes das ex-colónias, outras imigrantes do Brasil, Angola, Cabo-verde, São Tomé e Príncipe, Guiné, outra ainda emigrante de retorno ao país.

Fonseca e Ramos referem que Portugal é o segundo país da União Europeia com a maior taxa de partos em mães entre os 15 e os 19 anos, e a taxa de partos em mães com menos de 17 anos não diminuía há cerca de uma década (Fonseca, 2008; Reis & Ramos, 2012). São as cidades quem acolhe um maior número de migrantes, 65% da população mundial concentra-se nas cidades e Lisboa acolhe aproximadamente 50% dos migrantes (Ramos, 2013b). Muitos migrantes concentrando-se geralmente em bairros sociais, onde coabitam minorias étnicas conjuntamente com a população autóctone, sendo muitos descendentes

de imigrantes, mas possuidores de nacionalidade portuguesa, apesar de terem nascido em Portugal mantêm crenças e valores da sua etnia/cultura.

Esta questão já foi por nós investigada, em contexto de dissertação de Mestrado subordinado ao tema “Gravidez na Adolescência: Projecto de vida ou ausência dele?”, estudo que tinha como objectivo a identificação dos factores que levaram à escolha de uma gravidez na adolescência e quais as expectativas e implicação da gravidez/maternidade no seu projecto de vida. Foi então desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa que respondeu à questão: “Que factores levam as adolescentes a colocar como projeto de vida a gravidez e o nascimento de um filho?”(Carmona, 2012).

De forma a compreender o comportamento humano a partir do contexto do próprio participante, explicitando a essência das experiências de vida relatadas apurou-se, nesse estudo, que as participantes possuíam conhecimentos sobre métodos contraceptivos, tinham baixo nível de escolaridade e eram oriundas de classes sociais precárias e de famílias disfuncionais. Na sua maioria, eram filhas de mães também com história de gravidez na adolescência. Concluiu-se que existia gravidez desejada em adolescentes de meios socioeconómicos mais desfavorecidos e com factores psicossocioculturais vinculados (Carmona, 2012; Presado, Cardoso, & Carmona, 2014).

Ao reconhecer a importância desta realidade da gravidez desejada precoce na sociedade global e multi/intercultural actual, nomeadamente em Portugal, o desafio é compreender os factores individuais, sócio/familiares e culturais e o desejo de gravidez numa fase precoce do ciclo vital de jovens adolescentes migrantes, de minorias étnicas e autóctones, residentes no município da Amadora, bem como identificar particularidades, diferenças e semelhanças. Tendo como objectivo melhorar a prestação de cuidados de saúde e a intervenção neste domínio, por forma a compreender e prevenir a gravidez nesta fase precoce, sugerindo a mudança e actuando aos vários níveis (saúde, educação, instituições privadas e poder político local), tendo como finalidade a promoção de gravidezes saudáveis e maternidades felizes.

As questões sobre a multiculturalidade e as relações interculturais são actualmente e num mundo globalizado da máxima importância, uma vez que colocam desafios à

sociedade do século XXI, particularmente nos sectores educacional, comunicacional e da saúde, particularmente aos profissionais de saúde e à gestão da diversidade e da comunicação intercultural em saúde (Ramos, 2004, 2011, 2012a, 2012d, 2013b).

Estes resultados tornaram-se um factor motivador para o desenvolvimento da questão que deve ser uma preocupação para os diferentes profissionais, nomeadamente de saúde, que trabalham cada vez mais em contextos de diversidade cultural e particularmente para os profissionais de cuidados de saúde primários por se considerar ser um problema de saúde pública. É prioritário um maior investimento dos profissionais na promoção de saúde destes jovens e famílias no sentido de melhorar a capacidade de decisão consciente e informada, diminuir a gravidez na adolescência, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e bem-estar destas famílias, obtendo ganhos em saúde.

Todos os determinantes influenciam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário e de entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis e a ausência da adopção de comportamentos de risco, ocupam um lugar de relevo, pelo contributo que apresentam na obtenção de ganhos em saúde (George, 2014).

A zona urbana proporciona um espaço onde se desenvolve um conjunto de inter-relações e de vivências, uma diversidade de vínculos entre os indivíduos, um processo de aculturação tanto dos migrantes como dos autóctones. Existem bairros multi/interculturais em que os contactos interculturais e o fenómeno de aculturação deixa marcas na comunidade migrante, mas também na população autóctone. Comunidades em que se misturam crenças e valores da população autóctone, com os da população migrante, em relação a certos comportamentos e valores, como por exemplo a gravidez na adolescência, característica em certas minorias étnico-culturais e que em alguns bairros sociais da região de Lisboa se pode também encontrar em jovens adolescentes autóctones (Ramos, 2008a, 2013b).

Segundo dados de 2008 do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2015), Portugal era o segundo país da União Europeia com maior taxa de partos em mães entre os 15 e os 19 anos. Só em 2014, nasceram 2491 nados vivos filhos de mães adolescentes entre os 13 e

19 anos. Perante estes factos pode-se questionar o porquê de as adolescentes continuarem a engravidar, uma vez que o acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais está muito mais divulgado e facilitado. Será que há um desejo implícito, um desejo dessa gravidez como projecto de vida futura? E existindo esse projecto de gravidez, a que é que se deve? Vários profissionais reconhecem que existe gravidez desejada e intencional na adolescência e que é um problema grave, mas não sabem como resolvê-lo, nem como actuar junto destas jovens para que elas não engravidem precocemente, condicionando o seu futuro escolar e profissional e a própria saúde.

Perante a realidade da gravidez na adolescência, parece ser importante compreender melhor este comportamento em adolescentes e analisar se este será realmente um desejo ou apenas uma consequência da adopção de comportamentos de risco e do “crescer para”, de forma pouco consciente das implicações que um filho traz no futuro da jovem mãe, pai e familiares; *adolescer* é influenciado por uma realidade diversa, cultural, social, familiar e individual.

Partindo da problemática em questão, foi então delineada a questão de investigação:

Quais os determinantes psicossociais, culturais e de saúde que influenciam a gravidez na adolescência, em adolescentes autóctones e migrantes residentes na região de Lisboa, no concelho da Amadora?

Emergiram ainda questões complementares e inquietações derivadas que servem de orientação para a condução do estudo:

-Verificar se existem diferenças entre os determinantes sociais de saúde, ou seja, factores familiares, sociais, culturais, étnico-culturais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de gravidez nas jovens autóctones e migrantes.

-Quais os factores sociofamiliares e intergeracionais que poderão intervir na gravidez na adolescência?

-Quais os factores psicossociais, religiosos e étnico-culturais que influenciam na gravidez destas adolescentes?

-Quais as especificidades, diferenças ou semelhanças, entre as adolescentes autóctones e as migrantes quanto à gravidez na adolescência?

-Que formas de intervenção no sentido da prevenção da gravidez na adolescência, no seguimento e acompanhamento da gravidez e maternidade, e na promoção em saúde, segundo a percepção das adolescentes?

Para responder a estas questões e inquietações foram delineados os seguintes objectivos:

- Conhecer e analisar crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência;
- Descrever crenças universais e crenças específicas no que diz respeito a valores culturais e comportamentais em jovens adolescentes autóctones e migrantes sobre a gravidez na adolescência;
- Identificar influências resultantes do contacto entre culturas, decorrentes do processo migratório, nesta problemática.

Tendo em conta estes objectivos, a investigação tem como finalidade: Compreender os determinantes psicossociais, culturais e de saúde; contribuir para uma maior adequação da informação, comunicação e políticas de saúde, de modo a uma maior obtenção de ganhos em saúde neste âmbito, bem como contribuir para uma melhor intervenção dos profissionais de saúde, no âmbito da prevenção, tal como no seguimento e acompanhamento da gravidez precoce.

Assim, esta dissertação de doutoramento foi estruturada em duas partes distintas, mas interligadas.

Na Parte I, constituída por três capítulos, desenvolveu-se o enquadramento teórico adoptado, de acordo com a problemática em estudo, numa tentativa de conceptualizar e contextualizar os aspectos que levam as adolescentes à gravidez na adolescência e à maternidade. Aborda-se a gravidez na adolescência e as suas crenças e representações; a influência das migrações e interculturalidade na gravidez e maternidade, assim como na prestação de cuidados de saúde, a saúde sexual e reprodutiva e acompanhamento das adolescentes e famílias em período gestacional e no pós-parto; a comunicação intercultural em saúde eficaz, para um cuidar adequado, e uma melhor saúde, cultura e

literacia em saúde; reflectindo sobre as questões éticas e finalmente aprofunda-se, articulando com a educação em saúde.

A Parte II é referente ao estudo empírico e está apresentada em dois capítulos, sendo o primeiro relativo à metodologia utilizada e o segundo alusivo à apresentação e discussão dos resultados. Seguem-se as respectivas conclusões assim como algumas propostas para a melhoria dos cuidados em saúde. Finalizamos, avançando algumas ideias para futuros trabalhos de investigação.

A dissertação termina com a apresentação das Referências Bibliográficas e Anexos onde se acrescentam os modelos de consentimento informado, os guiões de entrevista utilizados, assim como o parecer da Comissão Nacional da Protecção de Dados.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## **CAPÍTULO I – MIGRAÇÕES E INTERCULTURALIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

Na actualidade, a globalização, os fluxos migratórios, a migração para as zonas urbanas, aumentaram a convivência entre as culturas e originaram vincadas transformações identitárias, espaciais, e interculturais que afectam os domínios públicos e privados, nomeadamente familiares, contribuindo assim para a multi/interculturalidade das comunidades. “A mobilidade familiar e a feminização das migrações promovem oportunidades para a família e para a mulher ao nível identitário, social, educacional e económico implicando, igualmente riscos e vulnerabilidades, nomeadamente de saúde e familiares, particularmente para as mães e as crianças”(Ramos, 2015, p. 2956).

A migração constituiu assim um fenómeno importante, sobretudo na Europa, na Ásia e na América do Norte. Segundo dados da OCDE registaram-se no mundo, aproximadamente mil milhões de indivíduos em situação de mobilidade (Ramos, 2015).

Mundialmente estima-se que haja mais de 740 milhões de migrantes internos e mais de 240 milhões de migrantes internacionais. Destes migrantes internacionais, 50% são mulheres, constituindo a feminização das migrações uma das características das migrações contemporâneas e aproximadamente 33 milhões são crianças e jovens menores de 20 anos de idade, que migraram com as suas famílias ou sozinhos (Castles & Miller, 2003; Ramos, 2013b, 2015).

O número de migrantes internacionais tem aumentado significativamente, desde a década de 70. Só na União Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extraeuropeus aumentou 75% desde 1980, sendo a Europa o continente que acolhe o maior número de migrantes no mundo e o mais feminizado, a migração feminina representa mais de 50 % da população imigrante (Ramos, 2015).

“Em Portugal, segundo os Censos de 2011, residiam em Portugal 394.496 indivíduos de origem estrangeira, representando 3,7% do total de residentes do país. Mais de metade desta população estrangeira é constituída maioritariamente por mulheres, cerca de 206.410, sendo os homens 188.086 e 51,6% reside na região de Lisboa. A maior comunidade estrangeira é a brasileira (28%), seguindo-se a cabo-verdiana (10%), a

ucraniana (9%), a angolana (6,8%), a romena (6,2%) e os originários da Guiné-Bissau (4,1%). Em Portugal entre as mulheres estrangeiras, as brasileiras são as mais numerosas, representando 57,9% da comunidade brasileira. O estado civil mais representado na população estrangeira é o de solteiro (53%), seguido dos casados (39%), da união de facto (28,2%), dos divorciados (6%) e dos viúvos (2%). (...) Já a união de facto é mais representativa nos PALOP, com São Tomé e Príncipe (55,6%) e Cabo Verde (51,7%) a dominarem este tipo de união (INE, 2012)”(Ramos, 2015, p. 2958). Com base nestes fluxos migratórios, os dados do INE de 2011 registam um aumento dos casamentos mistos em Portugal, entre portugueses e estrangeiros.

No ano de 2014, segundo dados do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2018), nasceram em Portugal 7200 crianças cuja progenitora era estrangeira, enquanto que no ano de 2017, foram 8316 as crianças nascidas de mãe imigrante.

#### Nados-vivos de mães residentes em Portugal por nacionalidade da mãe

Anos	Nacionalidade da mãe			
	Total	Portuguesa	Estrangeira	Outros casos
2004	109 298	100 851	8 436	11
2005	109 399	100 304	9 090	5
2006	105 449	95 903	9 542	4
2007	102 492	92 603	9 887	2
2008	104 594	94 351	10 238	5
2009	99 491	89 133	10 350	8
2010	101 381	90 595	10 786	0
2011	96 856	86 853	10 003	0
2012	89 841	81 080	8 761	0
2013	82 787	75 382	7 405	0
2014	82 367	75 147	7 200	20
2015	85 500	78 336	7 164	0
2016	87 126	79 421	7 686	19
2017	86 154	77 838	8 316	0

**Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe**  
 Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Nados-Vivos  
 Fonte: PORDATA  
 Última actualização: 2018-04-30

Tabela 1 - Nados vivos de mães residentes em Portugal por nacionalidade da mãe, 2004-2017

Em Portugal, destaca-se ainda um aumento da emigração e da imigração que representa

4,2 % da população total. Foram solicitados cerca de 47% de vistos de residência, 32% de reagrupamento familiar e apenas 16% vistos de trabalho. A maioria dos indivíduos requerentes de vistos são oriundos dos PALOP (42%) e do Brasil (23%) (Ramos, 2013b). É de referir ainda que mais de 50% dos migrantes e refugiados habitam em zonas urbanas e suburbanas (bairros na periferia das cidades) contribuindo para a diversidade cultural destas regiões (Ramos, 2013b).

Ramos menciona ainda que, segundo dados da ONU, em países industrializados, 53% dos migrantes internacionais são jovens adolescentes, com idade entre os 10 e 19 anos. Os movimentos migratórios também se dão sobretudo das áreas rurais para as urbanas. “É significativo o número de jovens que se deslocam sozinhos dentro dos países”(Ramos, 2013b, p. 114).

Segundo dados do INE, são as cidades que acolhem um maior número de migrantes (65% da população mundial reside em áreas urbanas e suburbanas), concentrando-se geralmente em bairros sociais, onde coabitam minorias étnicas conjuntamente com a população autóctone, sendo que muitos indivíduos são já descendentes de migrantes, possuidores de nacionalidade Portuguesa, conforme descrito no Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 :

“(…) verificou-se uma subida dos descendentes de imigrantes nascidos em Portugal, que, por via das alterações à Lei n.º 37/81, de 3 de outubro (Lei da Nacionalidade), introduzidas pela Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de abril, adquiriram a nacionalidade portuguesa, sendo hoje novos cidadãos nacionais. O enquadramento legal português, fruto de extenso consenso nacional, foi reconhecido como uma boa política de integração de imigrantes ao nível internacional. (...) É, assim, claro que a política de imigração em Portugal deve adaptar-se a estes novos perfis migratórios, não podendo ser uma política vocacionada apenas para a situação do mercado laboral, mas devendo levar, decisivamente, em conta uma perspetiva económica e social de conjunto. Para tal, é certamente necessário consolidar o trabalho de acolhimento e de integração e, sobretudo, redobrar esforços na correta integração das segundas e terceiras gerações de imigrantes, relativamente aos quais a inclusão profissional e a

cidadania são aspetos fundamentais” (Governo de Portugal, 2015a, p. 2).

A zona urbana proporciona um espaço onde se desenvolve um conjunto de inter-relações e de vivências, uma diversidade de vínculos entre os indivíduos, um processo de aculturação tanto dos migrantes como dos autóctones. São bairros multi/interculturais em que a aculturação se deu não só na comunidade migrante, mas também de forma marcante, na população autóctone. Comunidades em que se misturam crenças e valores da população autóctone com as da população migrante, dando como exemplo a gravidez na adolescência, característica em minorias étnicas e que em alguns bairros sociais de Lisboa se pode também encontrar nas jovens adolescentes autóctones (Ramos, 2008b).

Estas correntes migratórias irrompem na vida diária, e nas relações entre as pessoas, as regiões e os países, assim como nas culturas. Geram alterações nos países de chegada e também nos países de origem, transformam a realidade sociocultural, política e mesmo jurídica, em Portugal, na Europa e também no mundo. Perante esta realidade podemos afirmar que os fluxos migratórios têm vindo a contribuir para a multiculturalidade da sociedade actual.

Multiculturalidade pode ser definida como “coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contacto intercultural, ou seja, o encontro de pessoas e de grupos diferentes do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que vêm caracterizando cada vez mais a sociedade actual” (Ramos, 2013b, p. 108).

Como refere esta autora, a convivência intercultural implica aprender a viver e a trabalhar com o Outro; exigindo a aquisição mútua de competências comunicacionais, educativas, psicológicas e socioculturais fundamentadas na experiência da alteridade e da multiplicidade, fomentando o equilíbrio entre o individual e o universal.

A heterogeneidade das comunidades exige dos políticos, dos gestores e profissionais, a adopção de estratégias adequadas para fazer face a esta nova realidade, dela tirando partido tanto a população autóctone como a população migrante. Para tal ser possível ficaram definidas na conferência mundial da OMS (Organização Mundial da Saúde,

2011b) acções globais organizadas em cinco áreas fundamentais: a implementação de acções sobre os determinantes sociais da saúde através de estratégias de governação que combatam as causas das iniquidades em saúde; a liderança comunitária para acções nos determinantes sociais da saúde, através da promoção da participação dos sujeitos e comunidades; implementação de programas de saúde pública, que influenciem na redução das iniquidades em saúde; a definição das prioridades e parceiros interessados na acção global sobre determinantes sociais da saúde; e a monitorização do desenvolvimento, para uma enunciação informada de políticas que reforce a responsabilidade pelos determinantes sociais da saúde. Em Portugal, depois da implementação e avaliação do PAI II (II Plano para a Integração dos Imigrantes) e consequentemente da Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010, surge agora a Resolução do Conselho de Ministros nº 12-B/2015 com o respectivo Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 (Governo de Portugal, 2015a), que pretende ser uma abordagem global para a migração e mobilidade, tendo em vista uma gestão adequada dos fluxos migratórios e a consolidação de políticas de integração.

A equidade e o acesso adequados aos cuidados de saúde revertem em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e fomentam o desenvolvimento de um país conforme explicitado pelo Plano Nacional de Saúde (Governo de Portugal, 2015b).

Para alcançar este propósito é necessário proporcionar ao individuo migrante e à sua família um enquadramento e um acolhimento eficaz a vários níveis tais como: sociocultural, educativo e jurídico-político, capaz de transformar o risco de isolamento e desenraizamento num processo estruturante, evitando a discriminação e diminuindo a vulnerabilidade num processo dinamizador, participativo e integrativo (Ramos, 2008a, 2008e, 2008d). A cidade Intercultural deverá ser um local de acolhimento, aberto às novas situações, participativo, valorizador e respeitador, por forma a tornar-se “coabitação intercultural”, de convívio e tranquilidade para todos, particularmente para os indivíduos e famílias que passaram pelo exílio com a consequente separação da família e da terra natal (Ramos, 2008a, 2008d; Ramos & Serafim, 2014b).

Silva (2012) referenciou vários factores que condicionam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde do SNS, na visão dos próprios, tais como falta de conhecimento de

direito e deveres, o estar sozinho, dificuldades financeiras e também dificuldades administrativas e “burocráticas”. Na visão dos profissionais, os factores referidos são as mudanças frequentes de residência e o medo da denúncia, o desconhecimento do modo de funcionamento dos serviços e o desconhecimento da lei, ainda os mitos e crenças também associados à utilização da medicina tradicional.

Em Portugal, a legislação que permite aos imigrantes o acesso aos cuidados de saúde data de finais da década de noventa. Apenas em 2001, foram garantidos, do ponto de vista legal, ao cidadão estrangeiro a residir legalmente em Portugal, os mesmos direitos e deveres da população portuguesa, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde e à assistência medicamentosa no âmbito do SNS, através do Despacho nº 25360/2001. Este despacho é o resultado da necessidade de responder aos princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação dos direitos e deveres entre a população autóctone e os estrangeiros, independentemente das suas condições económicas, psicossociais ou culturais. Todavia, em função de variáveis muito diversas tais como a idade e o género, o estatuto de documentado ou de indocumentado, a situação socioeconómica dos imigrantes que se encontrem em Portugal, a legislação estabelece direitos e deveres distintos, que importa discernir e informar tanto a população imigrante, como os profissionais de saúde.

Apesar do Direito Universal à Saúde ser reconhecido, na prática, as restrições impostas aos imigrantes, sobretudo aos que se encontram em situação irregular, pode dificultar o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde. A dificuldade em obter protecção social e o custo associado aos serviços de saúde pode ser um obstáculo à sua utilização por parte dos imigrantes. Através da criação do Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) que tem como objectivo o assegurar do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde através de divulgação de informação tanto às instituições de saúde assim como aos utentes sobre a legislação em vigor e a sua aplicação na prática, tentando assim combater os obstáculos que se lhes apresentam, tais como dificuldades linguísticas, culturais e étnicas, legais, organizacionais e económicas. Pretende-se assim, que o acesso aos serviços de saúde seja efectivo e não apenas em teoria, às comunidades migrantes no

nosso país. É realizado um trabalho de mediação entre os utentes e as instituições de saúde (Hospitais, Centros de Saúde, e outras instituições de saúde), esclarecendo, clarificando e divulgando a legislação em vigor. Realiza acompanhamento e encaminhamento de utentes em situações de carência. Contributo importante para as boas práticas também tem sido facultado pelas instituições parceiras não-governamentais (ONG, IPSS, Associações Religiosas entre outras) uma vez que oferecem alternativas às instituições estatais tanto ao nível legal, económico, psicossocial, educativo e em saúde. Através de parcerias com o poder local, e em ligação com as instituições governamentais prestam um serviço mais “próximo da comunidade” (Bäckström, 2009).

A busca incessante das melhores práticas de modelos a seguir deve continuar a ser examinada de forma prática para além da conceptual e teórica. O Relatório da UE de 2008 (Qualidade e Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde) revelou elementos positivos tais como: a promoção de parcerias com a sociedade civil, implicando diferentes níveis de intervenção, e tendo como estratégia o envolvimento das próprias populações migrantes no apoio e ajuda aos migrantes (*MiMi – With Migrants for Migrants*), a definição de populações mais vulneráveis como alvo, acções de promoção de saúde e prevenção da exclusão social com serviços integrados.

No entanto, e para que continuemos no caminho das melhores práticas, é necessário que se continuem a criar projectos, que tenham um efeito sustentável na sua implementação e com potencial para a replicação (Padilla, Hernández-Plaza, & Ortiz, 2012). Então devemos segundo os autores, continuar a diagnosticar a situação, identificando a população alvo e definindo as suas necessidades, a definir metas e objectivos de intervenção, a desenvolver as acções dos programas e a avaliar os resultados das intervenções, devendo-se ainda proceder ao reajuste dos projectos e seguimento dos mesmos.

A heterogeneidade das comunidades exige dos políticos, dos administradores e gestores, assim como dos profissionais, a adopção de estratégias adequadas para fazer face a esta realidade, dela tirando partido tanto a população autóctone como a população migrante, para o bom desenvolvimento do país.

Assim a responsabilidade em relação à saúde dos migrantes deve ser primeiramente do Estado, em complemento com as ONG, e nunca em substituição, sob o risco de possíveis consequências para a saúde pública, assim como para a saúde individual. Pretende-se assim um utente autónomo e responsável pela sua saúde, cidadão integrado e participativo na sociedade de acolhimento.

## CAPÍTULO II – SAÚDE, CULTURA E LITERACIA EM SAÚDE

O primeiro conceito de saúde foi definido pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em 1946, em que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito mais amplo e positivo de saúde veio disseminar uma visão mais positivista uma vez que considera a saúde como algo mais do que apenas a ausência de doença. O conceito de saúde evoluiu desde então e no actual contexto está dependente da individualidade de cada ser humano, onde cada indivíduo é o principal responsável pela sua saúde (Presado, 2013). A saúde de cada ser humano é influenciada por um conjunto de factores que envolvem dimensões socioculturais, espirituais e afectivas, biológicas e intelectuais, que devem coexistir de forma harmoniosa (Ramos, 2004). O conceito de saúde de cada indivíduo ou comunidade é influenciado pelas suas crenças ou valores culturais, assim como pelo contexto temporal e meio envolvente. “De um ponto de vista mais realista e dinâmico, a saúde não é uma condição é uma adaptação, não é um estado, mas um processo, que adapta o indivíduo ao meio ambiente físico e social” (Presado, 2013, p. 7).

Em Portugal, e na sequência das recomendações da OMS, foram criados planos de actuação, sendo o mais actual o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que explica as desigualdades em saúde como fortemente ligadas aos determinantes sociais tais como o nível socio-económico e educacional, os níveis de vida e o acesso aos cuidados de saúde, afectando principalmente os grupos vulneráveis e também o desenvolvimento socio-económico de um país. Assim, o Plano Nacional de Saúde explica saúde como sendo um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade de cada indivíduo. Na sua revisão e extensão a 2020, refere a saúde como sendo:

“um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de

recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos (...). Perante esta constatação o PNS propõe:

- A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.
- A realização de acções de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.
- A promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos.
- Desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver acções de cidadania em saúde.
- Desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.
- Desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde.
- A promoção de atividades de voluntariado na saúde” (Governo de Portugal, 2015b, p. 14).

A saúde é assim definida como uma realidade dinâmica que diz respeito ao bem-estar global das pessoas e das comunidades e na qual estão implícitas as dimensões física, psicológica, intelectual e relacional, assim como, as dimensões sociais e culturais da organização e do funcionamento das sociedades (Bircher, 2005).

Para outro autor a definição de saúde reflecte o contexto social, económico e político, assim como o cultural, logo saúde não tem o mesmo significado para todos os indivíduos e comunidades. Decorrerá então para além de outros factores, também do ambiente que rodeia o indivíduo, do grupo socio-económico em que se encontra inserido e ainda do período temporal. Dependerá ainda de valores e crenças próprias, assim como de concepções científicas, religiosas, filosóficas e culturais (Scliar, 2007).

A saúde e a doença são correspondentes a “um processo complexo e dinâmico a

compreender na globalidade de um indivíduo, nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido (contexto ecológico-cultural, socio económico, familiar, político) nos seus comportamentos e crenças, sobre a saúde, a doença e as modalidades terapêuticas, na acessibilidade aos serviços de saúde e no projecto político vigente na sociedade”(Ramos, 2008e, p. 51).

Outro autor elucidou que, apesar de se conhecer que o “continuum” entre saúde e doença se desenvolve influenciado por processos de determinação social e cultural, económica, ambiental e política, entre outros; foi essencialmente a partir de 2003, através da criação da “Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde”, que se sistematizou e articulou, a nível mundial, o conhecimento disponível para o desenvolvimento de políticas de abordagens intersectoriais e acções em saúde, com a produção de recomendações para a compreensão dos determinantes sociais de saúde, sobretudo com o objectivo da diminuição das iniquidades sociais e em saúde. “As condições económicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado por *determinantes sociais da saúde*, uma definição que resume os determinantes sociais, económicos, políticos, culturais e ambientais da saúde” (A. I. de Carvalho, 2013, p. 19)

Também Pellegrini Filho (2011) explica determinantes sociais da saúde como factores sociais, económicos ou comportamentais que influenciam a saúde, de forma negativa ou positiva, e que podem ser influenciados por resoluções políticas ou individuais, contrariamente a factores genéticos, idade e género, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas resoluções.

Carvalho (2013), ao referenciar o relatório da OMS da Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, explica os três princípios de acção definidos: A melhoria das condições da vida quotidiana; a abordagem da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos aos vários níveis e o quantificar do problema, avaliá-lo e actuar alargando a base de conhecimentos sobre o mesmo.

Para a OMS, a melhoria das condições de vida deve resultar de uma governação eficaz que actue sobre os determinantes sociais não só a nível global, mas também a nível local. São necessárias acções holísticas que envolvam todos os interesses e sejam levadas em consideração todas as partes afectadas, incluindo-as no processo de decisão, principalmente as constituídas pelos grupos mais vulneráveis. As iniquidades em saúde devem ser entendidas como sinal de uma política que não foi eficaz. A distribuição desigual do poder entre classes e grupos da sociedade pode e deve ser reduzida, através da promoção da participação de grupos normalmente afastados do processo de decisão. Promover a participação política das comunidades é essencial para se desenvolver uma maior base social de apoio à implementação de políticas inovadoras, ligadas aos determinantes sociais. As comunidades devem aumentar significativamente a sua participação, no intuito de melhorar a qualidade e a capacidade de resposta da saúde e de outros serviços sociais, através da monitorização do aperfeiçoamento e do aumento do nível de responsabilidade e da qualidade da avaliação. Por forma a facilitar e fortalecer os esquemas de participação, os governos necessitam de reconhecer a liderança dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil, não devem limitar a monitorização ao sector da saúde e aos seus índices. Monitorizar apenas as iniquidades em saúde define o problema, mas não aponta soluções. A monitorização das iniquidades existentes nos principais determinantes sociais, tal como a associação de dados provenientes de diferentes sectores, pode otimizar o desenvolvimento de novas políticas com base na abordagem dos determinantes sociais e introduzir mudanças na medida em que resultados adversos são identificados (Organização Mundial da Saúde, 2011c, 2011a, 2011b).

Segundo a OMS “literacia em saúde representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde bem” (Monteiro, 2009, p. 21). A autora explica ainda que literacia em saúde não se limita às competências de leitura. Atualmente os indivíduos deparam-se muitas vezes com informações de saúde complexas, assim como decisões terapêuticas baseadas num consentimento informado difícil de autorizar em plena consciência. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos

introduziu o incremento da literacia em saúde como objectivo e reconheceu ser a literacia em saúde um importante elemento de comunicação em saúde, no relatório *Healthy People 2010* também definiu literacia em saúde como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e perceber informação de saúde básica e quais os serviços necessários para fazer decisões apropriadas em saúde. (*Department of Health and Human Services, 2000*)” (Monteiro, 2009, p. 23).

Literacia em saúde é a forma através da qual o ser humano tem competência para adquirir, organizar e apreender informação básica em saúde assim como o funcionamento dos serviços disponíveis de forma a poder tomar decisões ajustadas em saúde. Inclui o trabalho de diferentes domínios da ciência e do saber profissional, tais como psicologia, sociologia e antropologia, bem como serviço social, enfermagem e medicina que, ao usarem nas suas práticas profissionais diferentes modelos de intervenção e de cuidados, tendo subjacentes diferentes compromissos e preocupações, lhe configuram diferentes métodos de actuação. É um processo dinâmico que implica o assumir de um papel activo e o exercício de questionamento por parte do indivíduo, de modo a que possa usar determinadas competências em saúde, tanto ao nível pessoal como a nível profissional e social. O conceito de literacia em saúde tem sido muitas vezes entendido de forma simplificada, como equivalente a educação para a saúde ou promoção em saúde, alfabetização em saúde, ou ainda comunicação em saúde (Loureiro et al., 2012).

Educação em saúde refere-se a um processo que se inicia com uma actividade intencional no sentido de uma aprendizagem planeada, direccionada para as especificidades, para as capacidades individuais e das comunidades, oferecendo saberes, influenciando formas de pensar, criando ou elucidando valores, fortalecendo a mudança de atitudes e crenças, auxiliando na aquisição de competências e provocando mudanças de comportamento e de estilos de vida. Explica ainda promoção em saúde como sendo: “um processo que permite às pessoas ter controlo sobre a sua saúde, exigindo uma atuação ao nível das determinantes de saúde através de investimentos e ações (Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI)” (Loureiro et al., 2012, p. 158).

Este autor define promoção da saúde como dizendo respeito ao: “desenvolvimento ao

longo do tempo, nos indivíduos e nas comunidades, de estados básicos e positivos e de condições para a saúde física, mental, social e espiritual. Este processo não está apenas nas mãos das pessoas, sua condição inicial, mas implica profissionais de saúde, decisores políticos e políticas, já que visa o desenvolvimento e capacitação pessoal e comunitária.” (Loureiro et al., 2012, p. 158).

A comunicação em saúde, envolve um termo ainda mais abrangente, que se refere ao estudo e utilização de estratégias de comunicação e tendo por objectivos informar, capacitar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades, para que promovam a sua saúde. De facto, comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter aplicações muito diferentes, como sejam a promoção da saúde e a educação para a saúde; a redução de riscos para a saúde, auxiliando a lidar com ameaças para a saúde, prevenindo doenças, sugerindo e recomendando mudanças de comportamento (Loureiro et al., 2012; Ramos, 2004, 2012a; Teixeira, 2004).

Também o Governo Português pretende contribuir para o incremento da literacia em saúde e para o desenvolvimento de comunidades saudáveis e sustentáveis, assim como para cidadãos felizes e participativos, ao promover o cumprimento das metas e objetivos acordados e definidos pela Organização Mundial de Saúde, para a Saúde e Bem-Estar na Europa – Saúde 2020, e ainda no que se refere ao crescimento sustentável e à educação inclusiva.

“A IX Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde (2016) reforça a importância de promover a saúde e melhorar o nível de literacia para a saúde num contexto global de promoção do desenvolvimento sustentável” (F. Pereira & Cunha, 2017). Esta conferência veio reforçar o reconhecimento formal de que o bem-estar e a saúde das comunidades e dos indivíduos, são primordiais para cumprir a Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Também os Chefes de Estado e de Governo, ministros e representantes de Estados e Governos participantes na Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários para a universalidade da saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em Astana de 25 a 26 de Outubro de 2018, reafirmaram os compromissos expressos na Declaração de

Alma-Ata de 1978 e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, em busca da Saúde para todos ao conceber: Governos e sociedades que priorizam, promovem e protegem a saúde e bem-estar, tanto a nível populacional como individual, através de fortes sistemas de saúde; Cuidados de saúde primários e serviços de saúde de alta qualidade, seguros, abrangentes, integrados, acessíveis, disponíveis e acessíveis para todos e em todos os lugares, providenciados com respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem treinados, qualificados, motivado e comprometido; Ambientes facilitadores e propícios à saúde, nos quais indivíduos e comunidades se sentem “empoderados” e empenhados em manter e melhorar a sua saúde e bem-estar; e ainda Parceiros interessados e alinhados no fornecimento de suporte efetivo às políticas, estratégias e planos de saúde nacionais (World Health Organization, 2018).

A Saúde é um Direito Universal, fundamental para a vida quotidiana, como objectivo social deve ser uma prioridade política para todos e em cada país. Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) decretados pela ONU, determinam a obrigação de investir na saúde, garantindo a cobertura universal, reduzindo as desigualdades para os indivíduos de todos os escalões etários. Torna-se primordial promover a saúde ao nível dos determinantes em saúde, “empoderando” os indivíduos para desenvolver o controlo sobre a sua saúde, garantindo-lhes sistemas de saúde centrados na pessoa e nas comunidades, não esquecendo a migração rural para o ambiente urbano, tal como a globalização dos movimentos populacionais, em geral (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2016).

Dos *17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030* destacamos alguns que se encontram mais directamente relacionados com a saúde e as minorias desfavorecidas:

O Objectivo 1 que diz respeito á *Erradicação da Pobreza* pretende que até 2030, seja aumentada a resiliência dos mais pobres e em situação de vulnerabilidade, reduzindo a sujeição destes aos desastres ambientais, sociais e económicos. Pretende implementar, a nível nacional, medidas e sistemas de protecção social inclusivos e para todos, atingindo uma cobertura substancial dos mais pobres e vulneráveis; criando enquadramentos políticos sólidos aos vários níveis, com estratégias de desenvolvimento a favor dos mais

pobres e que sejam sensíveis à questão da igualdade do género, incentivando investimentos em ações de erradicação da pobreza.

Os Objectivos 3 e 4 respectivamente para a *Obtenção de Saúde e de Educação de Qualidade* para todos: Até 2030 ao nível da saúde pretende-se assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar, informação e educação em saúde, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais eficazes. Anseia-se também pelo atingir da cobertura universal em saúde, incluindo o acesso a serviços de saúde e medicamentos de qualidade, mesmo em situações de risco financeiro; tal como na Educação, em que se pretende um acesso universal e equitativo ao ensino, necessário para a obtenção de emprego e trabalho dignos.

O Objectivo 5 para a *Igualdade de Género* deseja acabar com todas as formas de discriminação contra as crianças, jovens e mulheres, em toda parte; garantir a participação integral e efetiva das mulheres, a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão, económica, pública ou política. Pretende ainda assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, assim como aos direitos reprodutivos, á semelhança do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

O Objectivo 8 pretende *Trabalho Digno e Crescimento Económico* para todos: Planeia alcançar o emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todas as mulheres e homens, inclusive para jovens e pessoas com deficiência, assim como remuneração igual para trabalho de igual valor.

O Objectivo 10 pretende *Reduzir as Desigualdades* empoderando e desenvolvendo a inclusão social, económica e política de todos, para uma cidadania consciente e participativa, independentemente da idade, género, deficiência, origem ou etnia, religião, condição económica ou outra.

O Objectivo 11 pretende Promover e alcançar a *Sustentabilidade de Cidades e Comunidades*, garantindo a todos o acesso a habitação adequada, aos serviços básicos e á erradicação dos bairros de lata, a eficiência de recursos implementando políticas e planos integrados para a inclusão

O Objectivo 16 diz respeito á promoção da *Paz, Justiça e Instituições Eficazes*, para que seja possível garantir a igualdade de acesso à justiça para todos (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2016).

A saúde é um dos indicadores mais eficazes do sucesso sustentável de desenvolvimento de qualquer cidade e contribui para as tornar inclusivas, seguras e resilientes, logo é inaceitável a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de algumas minorias desfavorecidas, tal como os obstáculos ao empoderamento do género feminino e da comunidade migrante, iniquidades inadmissíveis em saúde. É necessário auxiliar os órgãos autárquicos para a promoção da equidade e da inclusão social, aproveitando os conhecimentos, habilidades e prioridades das suas diversas comunidades e culturas. Políticas de saúde e justiça social beneficiam toda a sociedade e a literacia em saúde capacita os cidadãos para a promoção da saúde coletiva. Um alto nível de literacia em saúde dos líderes políticos e investidores reforça o seu compromisso com o impacto na saúde e actuação sobre os seus determinantes.

Imprescindível é reconhecer a literacia em saúde como um determinante crítico da saúde e investir no seu desenvolvimento, implementando e monitorizando estratégias nacionais, locais e intersectoriais, para fortalecer a saúde em todas as populações e em todos os ambientes educacionais (Organização Mundial da Saúde, 2016).

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, trabalharam em conjunto, demonstrando empenho em colocar em prática o que foi decidido pelos países participantes que culminou na Declaração de Shangai, da Organização das Nações Unidas, para a promoção da saúde para a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Para cumprir a finalidade foi construído o referencial de Educação para a Saúde, publicado em junho de 2017 e que contempla, para além de outros Temas Globais para a saúde individual e das comunidades, o tema do afecto e educação para a sexualidade, desenvolvendo subtemas tão importantes e imprescindíveis como: a identidade de género e as relações afectivas; os valores e os direitos sexuais e reprodutivos; o desenvolvimento da sexualidade assim como da maternidade e da paternidade e delineando objectivos, integrando-os e adequando-os ao nível de desenvolvimento e às idades chave dos indivíduos em idade escolar (F. Pereira & Cunha, 2017).

A Promoção e Educação para a Saúde (PES) em ambiente escolar deve ser um processo persistente e consolidado, visando o desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas e socioemocionais nas crianças e nos adolescentes, para um melhor autoconhecimento e dos outros que os rodeiam, direccionando-os para uma concepção positiva de si próprios, que origine capacidade de realizar escolhas individuais, responsáveis e conscientes, por forma a construir um projeto de vida Informado, para uma cidadania participativa e integradora.

Também a escola é o espaço por excelência onde crianças e jovens adolescentes devem aprender de forma individual, ou no grupo de pares, a gestão eficiente e informada da sua saúde, assim como a intervir sobre os factores que a afectam. Uma escola “Promotora da Saúde” concebe condições para a participação e envolvimento dos jovens nos projectos, estimulando a parcerias locais, nomeadamente com as Unidades de Saúde e com as Autarquias locais, para além de outros parceiros (F. Pereira & Cunha, 2017).

## **2.1. MODELOS DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO**

O *modelo Biomédico* surgiu no século XIX em simultâneo com a medicina moderna. Este modelo considera o “ser humano” como “having a biological identity in common with all other biological beings”(Ogden, 2004, p. 2). A doença é vista como sendo provocada por factores externos ao corpo biológico, que ao invadir o corpo causam mudanças físicas internas involuntárias, fora do controle do indivíduo, não sendo assim este responsável pela sua saúde, é considerado como vítima de factores que podem originar doença tais como vírus e bactérias, predisposição genética e desequilíbrios químicos. A responsabilidade pelo tratamento recai sobre o médico que usa como meios a cirurgia, a vacinação, a quimioterapia e radioterapia, de forma a atingir a mudança do estado físico do corpo (Ogden, 2004).

Segundo esta autora, no modelo biomédico existe uma dicotomia de saúde-doença, não existe um continuum, sendo que o indivíduo ou se encontra saudável ou doente. O corpo e mente funcionam como entidades separadas, sendo que a mente é incapaz de

influenciar a matéria física e as alterações na matéria física são vistas como independentes das variações no estado de espírito. Deste modo a doença pode ter consequências no estado psicológico do indivíduo, mas não ter causas de ordem psicológicas.

No decorrer do século XX, alguns dos pressupostos da biomedicina foram colocados em causa com o desenvolvimento da medicina psicossomática, da saúde comportamental e da medicina comportamental assim como, mais recentemente, da psicologia da saúde. Estas diferentes áreas de estudo ilustram um papel crescente para a psicologia na saúde e um modelo em mudança na visão da relação entre a mente e o corpo. Freud contribuiu para esta mudança ao investigar se sentimentos reprimidos e experiências negativas se manifestavam de forma física sugerindo que os factores psicológicos podem ser consequências da doença e também contribuir para a mesma. A saúde comportamental, por sua vez, defende o investimento na manutenção da saúde e na prevenção da doença, em sujeitos saudáveis através de uma abordagem educacional com a finalidade da aquisição de comportamentos de vida saudável e a eliminação de estilos de vida prejudiciais (Ogden, 2004).

Ogden explicou o aparecimento da medicina comportamental de Schwartz e Weiss como um desafio ao modelo biomédico, como sendo uma disciplina que se desenvolve a partir de elementos das ciências comportamentais (psicologia, sociologia, educação em saúde) e que se aplica em tratar e prevenir doenças, focalizando-se nos cuidados à saúde (Ogden, 2004). Ao introduzir a psicologia no estudo da saúde foi colocada em causa a tradicional separação mente-corpo, e o ser humano passa a ser visto como um sistema complexo em que a doença pode ser causada por uma multiplicidade de factores. Como tal, a psicologia da saúde defende que a doença pode ser causada por um conjunto de factores *biológicos* tais como, a própria genética, bactérias e vírus, *psicológicos*, os comportamentos e as crenças, e também os *sociais* como por exemplo o emprego e a etnia. No ser humano saudável a manutenção da saúde e a prevenção da doença, é conseguida através de estratégias educativas vocacionadas para a modificação de comportamentos direccionadas para a obtenção de estilos de vida saudáveis e como tal, o indivíduo passa a ser, em parte, responsável pela sua saúde (Ramos, 2004).

Presado explicita o *modelo Biopsicossocial de Saúde-doença* com tendo uma abordagem multifactorial, ou seja, o indivíduo é considerado num processo contínuo em que transita do estado de saúde ao estado de doença, processo em que também participa, sendo responsável pelo seu tratamento e recuperação, assim como pela manutenção da sua saúde (Presado, 2013; Ramos, 2004).

A psicologia no campo da saúde desenvolveu modelos sistémicos e ecológicos que ajudam a compreender as interacções entre indivíduo e meio, na proteção da saúde ou no desencadear do processo de doença, de forma a entender estratégias psicossociais, emocionais, perceptivas e cognitivas, comportamentais adoptadas perante situações de adversidade e stress, condicionadas por factores que podem ser biológicos ou psicológicos, sociais ou ambientais (Ramos, 2004).

O Modelo transaccional de Lazarus e Folkman veio elucidar as transacções entre o indivíduo e o ambiente, através de estratégias comportamentais, ou cognitivas e emocionais que o indivíduo usa para responder adequadamente a situações adversas e que implicam duas fases:

Sendo a da avaliação da situação dos acontecimentos a que compreende a avaliação primária e secundária que se relacionam de forma interdependente, envolvendo um processo de feedback, sendo que a avaliação primária é uma avaliação subjectiva de um determinado estímulo ou condição ambiental e a avaliação secundária é a avaliação dos recursos e das alternativas de resposta; e a da elaboração de estratégias de adaptação “*coping*” – permitem que o indivíduo enfrente a situação adversa ou stressante, através de medidas comportamentais, emocionais ou cognitivas, alterando a própria situação ou a sua forma ser/estar ou agir. Estas estratégias e processos de transacção que os seres humanos adoptam são importantes como factores de proteção em relação aos antecedentes ambientais desencadeantes potencialmente patogénicos de perturbações (Ramos, 2004).

Ramos (2004) analisa também o *modelo ecológico de saúde* de Taylor ao clarificar a influência do meio ambiente na saúde dos indivíduos através de vários factores em interacção. Os factores ambientais globais, tais como o grupo étnico/cultural, o país, o

nível socio-económico e também os factores ambientais proximais tais como a comunidade, a família, a escola, o meio profissional e os grupos de pares influenciam a saúde. Esta influência pode ser agravada ou suavizada por variáveis comportamentais e psicossociais, tais como o stress e o suporte social de cada indivíduo, através de estratégias de adaptação e por vezes também, dos comportamentos de risco.

A autora expõe a saúde e doença como relacionadas com factores psicossociais, sendo que nas classes desfavorecidas existe uma maior percentagem de morbilidade e mortalidade, contrariamente às classes de nível socio-económico mais favorecido. Têm mais problemas familiares, com conflitos, violência, maus tratos e alcoolismo, maior dificuldade na gestão de situações stressantes e no autocontrolo, associados a uma maior adesão a comportamentos de risco. O desemprego familiar ou emprego precário, associados à pouca qualificação, ao rendimento insuficiente, à habitação degradada em bairros sem condições de saneamento básico e difícil acesso aos cuidados de saúde, são também factores negativos. Explica também, no que respeita à cultura/etnia, a existência de um conjunto de factores não facilitadores da saúde das minorias étnicas e migrantes, tal como a ausência de informação adaptada às suas dificuldades linguísticas, a dificuldade no acesso aos cuidados e sistemas de saúde, assim como a valorização insuficiente ou inadaptada das necessidades dessas minorias, também por dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com culturas e crenças desconhecidas e diferentes. Trata-se de minorias que habitam com frequência em áreas expostas à violência e a elevados perigos, vivendo de emprego instável e conseqüentemente num nível socio-económico baixo (Ramos, 2004).

A autora referencia ainda o *modelo biopsicossocial de Green and Shellenberger*, distinguindo os factores biológicos, sociais e psicológicos favoráveis e desfavoráveis para a saúde e bem-estar dos indivíduos. Como factores biológicos favoráveis são referidos os factores genéticos; relaxamento, prática de exercício físico e alimentação equilibrada, assim como a ausência de comportamentos de risco. Quanto aos factores sociais favoráveis aborda a pertença a grupos comunitários e sociais, e responsabilidades sociais. Relativamente aos factores psicológicos propícios menciona o autocontrolo e controlo de stress, a autoeficácia, a cognição e afectividade positivas. Como factores desfavoráveis

alude aos agentes biológicos, tais como a falta de exercício físico e uma alimentação desequilibrada. Já em termos de factores sociais desfavoráveis, refere o isolamento e a pobreza. Como factores psicológicos desfavoráveis aponta a depressão e ansiedade, fracas capacidades de “*coping*” e stress (Ramos, 2004). A autora elucida ainda, o modelo biopsicossocial e multifactorial de Bruchon-Schweitzer, no qual é tido em conta o estudo da saúde mental e física dos indivíduos de forma integrada, através da interligação de três conjuntos de factores; os ambientais, os individuais/pessoais e os processos transaccionais.

## **2.2. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Educação em saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença, que geram modificações no conhecimento e compreensão, assim como nos modos de pensar dos indivíduos. Pode influenciar ou esclarecer valores, pode proporcionar mudanças de crenças e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências e pode, ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Esta definição envolve muitos dos factores que influenciam a tomada de decisão. Para além da transmissão de conhecimento é necessário um conjunto de sustentáculos para a mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais. Uma das questões que se levanta é de que forma a educação em saúde pode contribuir para a escolha das jovens adolescentes de um estilo e projecto de vida saudável. Educação em Saúde deve habilitar as pessoas, fazer despontar consciência crítica, levá-las a consciencializar factores que possam prejudicar a saúde. Educação e saúde exigem uma visão holística, reunindo uma abordagem global e particular da pessoa, nas suas múltiplas dimensões e em constante interacção com o meio envolvente. Como tal, educação em saúde é um processo holístico, uma vez que procura aperfeiçoar os processos internos que permitam ao indivíduo adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida, as suas crenças e convicções que são influenciadas pela comunidade onde está inserido (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

Estes autores, citando a OMS, consideram que os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde que mais contacta com as comunidades em cuidados de saúde primários, devendo ser olhados como a chave para uma mudança estratégica em educação em saúde. Para eles a intervenção comunitária em saúde constitui um serviço que se encontra centrado nas famílias, e nos grupos comunitários, que procura trabalhar com as famílias e comunidades em conjunto, incentivando-as a desempenhar as suas funções e a desenvolver estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, encorajando a independência informada das decisões.

Para tal, é fundamental cuidar a mulher inserida na família e na comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade. Os profissionais de saúde devem trabalhar em complementaridade com organizações e parceiros comunitários, em associação com os utentes/famílias/grupos para que adequem os cuidados de saúde necessários e desejados pelos indivíduos, grupos, famílias e comunidades, com especial atenção em caso de minorias desfavorecidas. Devem também realizar programas, com orientações estratégicas e actualizar os seus conhecimentos, para desenvolver competências e atitudes para ir ao encontro das prioridades em cuidados de saúde primários e em saúde pública, assim como às necessidades dos utentes. Para prestar cuidados de excelência os profissionais de saúde devem envolver a pessoa, a família e a comunidade na equipa multiprofissional, estabelecendo uma relação de confiança, para um cuidar culturalmente sensível e congruente.

*A teoria do cuidar*, desenvolvida por outra autora, detém como objectivo a prestação de um cuidar “culturalmente congruente”. As crenças, os valores, os estilos de vida e o cuidar cultural, tanto comunitários como profissionais, estão intimamente ligados, como tal, é necessário encontrar expressões universais ou comuns sobre o cuidar próprio de cada cultura. Como tal, os profissionais de saúde não podem separar as visões do mundo, de forma a explicar a utilização e os significados do cuidar; logo devem ter sempre presentes os factores do enquadramento social, as crenças culturais

(populares e profissionais) da saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidar, quando trabalham com as comunidades e as suas culturas (Leininger, 2001).

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

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

Dentro dos diferentes programas, aqueles que parecem mais adequados são os que se enquadram nos modelos críticos e participativos, ou seja, modelos que envolvem, sobretudo, a interacção dialéctica entre as pessoas e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência sociocultural e promovendo a participação do indivíduo e do grupo: a

educação não se faz para os indivíduos, mas com os indivíduos (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

Assim é necessário muito mais tempo de intervenção e de forma continuada, esta deverá ser mais completa do que os programas geralmente proporcionam. Ainda a realização de avaliação rigorosa possibilita analisar continuamente e de forma a efectuar alterações nos programas, maximizando os seus resultados (Mcbride & Gienapp, 2000).

Devemos ainda acrescentar à preocupação de mudança social da educação em saúde, o ajudar as pessoas a desenvolver competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde. O *modelo de empowerment* caracteriza-se pelas decisões voluntárias e conscientes, enfatizando a compreensão em relação à componente do conhecimento, complementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar as utentes antes de se encontrarem na posição de fazer uma escolha voluntária e livre (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

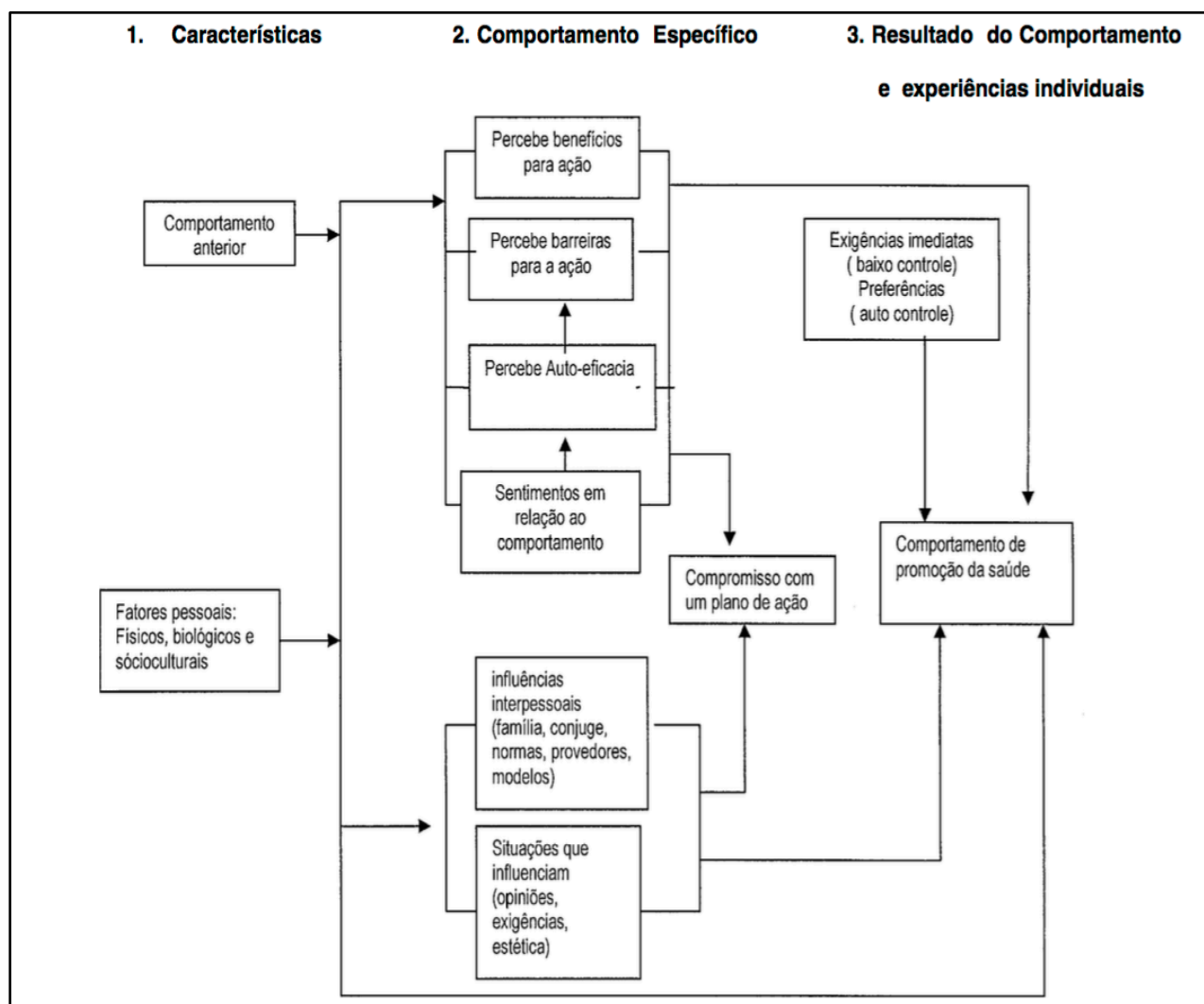
“Ao desenvolver um programa e ao actuar como educadores em saúde devemos desenvolver as competências de:

- Escutar os indivíduos e identificar as suas convicções sobre saúde, estabelecendo uma relação de ajuda, desenvolvendo interesse e entusiasmo pelo seu bem-estar;
- Participar com as utentes na aprendizagem na tomada de decisões ajudando a clarificar as escolhas à disposição das pessoas;
- Aperfeiçoar capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conceder autoridade a si próprio e às utentes tendo em conta as influências sociais e os obstáculos à saúde;
- Levar as utentes a responderem e a adaptarem-se aos desafios e obstáculos que encontrem” (A. Carvalho & Carvalho, 2006)

Também Nola Pender (2002) desenvolveu um modelo sobre a concepção de educação/promoção da saúde, que explicou ser um conjunto de actuações centradas no desenvolvimento de recursos que desenvolvam o bem-estar do ser humano individual. O

modelo é integrativo do comportamento, identificando os factores que influenciam comportamentos saudáveis, sendo um guia para estudar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para se comprometerem com comportamentos promotores de saúde. O modelo de promoção da saúde de Nola Pender teve como bases teóricas a teoria da aprendizagem social e o modelo de avaliar expectativas, ambos da psicologia, podendo ser usado para implementar e avaliar acções de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação das características, assim como das experiências individuais; dos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar e ainda o comportamento de promoção da saúde esperado (Parsons et al., 2002).

### Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005a, p. 235)

Figura 1 - Traduzido e adaptado do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Para estes autores o termo *saúde* é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com destaque na melhoria do bem-estar individual e colectivo, no desenvolvimento de capacidades, aptidões e competências, e não apenas como ausência de doença, devendo ser estudado durante todo o processo de crescimento do ser humano, levando em consideração idade, etnia e cultura, numa perspectiva holística.

O conceito de *meio-ambiente* é então compreendido como resultante das relações entre os indivíduos e o acesso aos recursos de saúde, económicos e sociais, de forma que esta relação harmónica proporcione um ambiente saudável.

*Pessoa* é um conceito percebido como todo aquele que é capaz de resolver problemas e tomar decisões, sendo que uma das mais importantes é a capacidade humana para a mudança de comportamentos de saúde. A autora explica ainda a importância dos profissionais de saúde no estimular para o autocuidado, através de estratégias e intervenções que enfatizem o comportamento de promoção da saúde.

Pender (2002) explanou as variáveis decompostas em *características e experiências individuais*; em *sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento* e em *resultado do comportamento*:

-As *características e experiências individuais* compreendem o comportamento anterior que deve ser alterado, assim como: os *factores pessoais* que podem ser biológicos, como a idade, o IMC, a destreza e a desenvoltura; psicológicos como auto-imagem, auto-estima e automotivação; e socioculturais, como por exemplo o nível educacional e socio-económico (Parsons et al., 2002; Victor, Lopes, & Ximenes, 2005b).

-Os *sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento* que se deseja atingir são o centro da acção, tendo como variáveis: os indivíduos *compreendem os benefícios para a acção*, ou seja, as representações mentais positivas que reforçam os resultados de adquirir um comportamento; compreendem *as barreiras para a acção* que são as percepções mentais negativas sobre um comportamento e que são tidas como dificuldades e custos pessoais. Assim, a relação entre o número de benefícios e o número

de barreiras poderá influenciar a mudança de comportamento. Ainda a variável, *percebem a auto-eficácia*, significa que ponderam as capacidades individuais de organizar e realizar acções; apresentam sentimentos em relação ao comportamento, reflecte uma reacção emocional direta ou uma resposta equiparada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável.

São ainda tidas em conta as *influências interpessoais*, em que o comportamento pode ou não ser influenciado por outros indivíduos: o cônjuge, a família, o grupo de pares, os prestadores de saúde, ou por regras e modelos sociais. Ainda as *influências situacionais*, em que o ambiente influencia, facilitando ou impedindo determinados comportamentos de saúde. Em relação às variáveis *influências interpessoais* e *influências situacionais*, interferem tanto no compromisso com o plano de acção, como no comportamento de promoção da saúde. Segundo Pender, estas influências são profundamente demonstradas em adolescentes que tendem a repetir os comportamentos de outros, seus pares.

Quanto à variável, *exigências imediatas*, os indivíduos têm baixo domínio sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais, exercem um alto controlo sob as acções de mudança de comportamento que leva ao *comportamento de promoção da saúde*.

A interacção entre estas variáveis leva ao *compromisso com o plano de acção* que consiste nas acções que permitam que o indivíduo se mantenha no comportamento de promoção da saúde prometido.

A variável, *comportamento anterior*, sendo o ponto de partida do modelo, interfere directamente no *comportamento de promoção da saúde*, assim como nos demais componentes, isto é, na condição para a elaboração das intervenções de enfermagem. Também a variável, *factores pessoais*: biológicos, psicológicos e socioculturais; indica que todos intervêm directamente no *comportamento de promoção da saúde* (Parsons et al., 2002; Victor et al., 2005b).

### 2.3. COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL EM SAÚDE E COMPETÊNCIA INTERCULTURAL

A *teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger* surge como um modelo conceptual da prática de cuidados. A sua teoria encontra-se inserida no paradigma da transformação, logo pertencente à escola do *caring*. Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. O modelo *Sunrise* de Leininger concebe os seres humanos como sendo indissociáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura ambiental em que se inserem e se movimentam. Como tal para chegar a estes jovens adolescentes é necessário compreender os valores, normas e crenças pelas quais se norteiam e direccionam os seus objectivos de vida. O reconhecimento da parceria da adolescente, nos cuidados que lhe são prestados, permite-lhe a possibilidade de tomar decisões de saúde que a si dizem respeito. Os cuidados têm dimensões biofísicas, culturais, psicológicas e ambientais que devem ser explicadas para proporcionar cuidados de verdadeira natureza holística (Leininger, 2001). Perante o processo da adolescência, nomeadamente da realidade da gravidez na adolescência, a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado, explicada por Madeleine Leininger, vem salientar a importância do cuidado cultural, permitindo identificar cuidados comuns às diferentes culturas e comunidades, assim como cuidados que são específicos de determinada cultura (Carmona, 2012; Presado et al., 2014; Presado, Cardoso, & Carmona, 2015; Ramos, 2004, 2013a). A prática de cuidados em saúde tem, assim, que ser adequada à cultura e às necessidades individuais, baseando-se em princípios humanistas e na preocupação de ajudar a atingir o maior nível de bem-estar possível.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde detenham competências interculturais fluentes. Competências interculturais estas que devem ser desenvolvidas a nível macro (nível dos gestores das instituições) e também a nível micro (profissionais prestadores de cuidados) para que sejam valorizadas e possamos passar do plano estratégico à aplicação prática. Desenvolvidas estas competências, a mudança fica à responsabilidade de cada um de nós, através da tomada de conhecimento sobre as nossas próprias dúvidas e formas de lidar com o Outro, e de que forma isso vai influenciar a qualidade dos cuidados a prestar (Ramos, 2004, 2008e, 2012a, 2012b).

Durante o processo de vigilância e aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação de confiança/ajuda com a adolescente e família, incitando-a a prosseguir no crescimento pessoal e familiar, levando-os a encontrar o seu caminho e as respostas aos seus problemas e necessidades. Parece, então óbvio, que a educação em saúde é essencial na prática de todos os profissionais de saúde. Uma das questões que se levanta é de que forma a educação em saúde pode contribuir para a escolha das jovens adolescentes de um projecto de vida mais saudável, adiando a gravidez e maternidade para uma etapa mais amadurecida, quer física, quer psicologicamente. A educação em saúde deve habilitar as pessoas, fazer despontar consciência crítica, levá-las a consciencializar factores que possam prejudicar a saúde (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

O modelo de Deardorff (2006) reforça estas indicações ao estabelecer requisitos mínimos necessários para atingir a competência intercultural, descrevendo-os como habilidades e competências: respeito, valorização do Outro; autoconhecimento/identidade/outras visões do mundo em perspectiva; escutar, realizar diálogo verdadeiro; adaptação a outra perspectiva; construção do relacionamento; humildade cultural que combina respeito com autoconhecimento (Deardorff, 2006, 2009; UNESCO, 2013). Assim, o *modelo de competência intercultural em saúde* explica-nos a importância da especialização em comunicação intercultural e defende que para ser interculturalmente competente é necessário conhecer e compreender a perspectiva e a visão do mundo do Outro. Para tal, definiu três categorias principais de forma a que cada uma delas inclui comportamentos, habilidades e atributos específicos: **atitudes** que inclui respeito, abertura, curiosidade e descoberta; **conhecimento** e compreensão; **habilidades** que se traduzem na autoconsciência cultural, na aquisição e processamento do conhecimento, que nos levam a um resultado interno desejado, através de um quadro informado de mudança numa perspectiva etnorelativa; para resultados externos desejados (Deardorff, 2009).

Deardorff (2009) vai ao encontro de Leininger (2001) e de outros autores (Ramos, 2004, 2008e, 2012a) ao esclarecer o cuidar cultural competente como um processo dinâmico, visando como finalidade o atingir da excelência dos cuidados prestados, tanto para o profissional de saúde como para o próprio indivíduo, família e comunidade. Para as

autoras, importa que o profissional de saúde deve conhecer/compreender a cultura dos indivíduos e famílias de quem cuida, assim como o reconhecer a sua própria identidade cultural para que lhe seja mais acessível respeitar/preservar a identidade cultural do utente, através de diálogo, compromisso e acomodação à realidade do Outro. Num mundo aberto, onde a diversidade cultural e as diferenças são claramente visíveis, a cultura e a comunicação tornam-se problemas tão importantes, como a saúde a educação e o meio ambiente, implicando a gestão da diversidade e da alteridade nos diferentes sectores e domínios, muito em especial, na saúde e no desenvolvimento de competências interculturais (Ramos, 2008c, 2012a, 2013b). A competência intercultural fomenta a reflexão e a capacidade para colocar em prática os conhecimentos multi/interculturais adquiridos nas relações com indivíduos culturalmente diferentes, levando a que o profissional de saúde tenha entendimento, percepção e clarividência que lhe permitam entender, acolher e dialogar com o Outro (Ramos, 2013b).

Actualmente existe uma crescente preocupação proveniente do facto dos profissionais acolherem e prestarem cuidados a indivíduos e comunidades culturalmente diferentes e sentirem cada vez mais dificuldades e necessidade de aquisição de novas competências, devido à diversidade cultural por forma a responder a necessidades específicas, particularmente dos jovens migrantes e de minorias étnico culturais. Assim, e para uma eficaz comunicação intercultural em saúde, é necessário compreender e perceber o processo de aculturação que envolve os intervenientes, se acompanha de mudanças culturais diversas, temporais e espaciais, provocando a perda, aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretação, de traços culturais das adolescentes e famílias e dos profissionais de saúde. A comunicação em saúde e a interculturalidade implicam uma ética da relação humana: “a relação intercultural deriva de uma ética pessoal e de uma ética da alteridade” (Ramos, 2001, p. 173). Acrescenta ainda a autora que: A empatia é uma competência fundamental em “comunicação relacional”, nomeadamente na área da saúde, implicando compreensão emocional, capacidade em colocar-se no lugar do outro, expressar interesse genuíno, e apreender a sua vivência subjectiva (Ramos, 2004, 2008b). Juntos, os prestadores de cuidados e os adolescentes com as suas famílias, recriam competência intercultural em cuidados de saúde, respeitadora e verdadeira (Deardorff,

2009; Ramos, 2013b); Ramos (2008e) explica que: “A cultura tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior. Os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política, exercem influência sobre as nossas percepções. Como resultado disto, encontramos representações de saúde, de doença, crenças, práticas de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, os grupos culturais, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento” (Ramos, 2008e, p. 2).

Leininger (2001) defende ainda ser necessário um novo tipo de prática de cuidados, que reflecte diferentes práticas, culturalmente definidas, apropriadas para orientar o cuidar para os indivíduos, famílias, grupos e instituições. A cultura e o cuidar são os meios mais alargados e mais holísticos de compreender e conceptualizar a pessoa. Esta autora desenvolveu um modelo representativo da teoria e propõe acções para a prática de cuidados culturalmente congruentes e responsáveis, considerando o Indivíduo como uma unidade global única, em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, que é o meio ambiente sociocultural que o rodeia. Tornando as populações agente da sua própria saúde, participantes nela. O reconhecimento da parceria da pessoa, nos cuidados que lhe são prestados, permite-lhe a possibilidade de tomar decisões de saúde que lhe dizem respeito. Para a autora, os cuidados têm dimensões biofísicas, históricas e socio-culturais, psicológicas e ambientais, que devem ser explicadas para proporcionar cuidados de verdadeira natureza holística.

Assim, torna-se pertinente compreender as adolescentes, inseridas nesta sociedade e numa determinada comunidade, que desejam e planeiam uma gravidez, clarificar os seus pensamentos e sentimentos para que se possa contribuir para a mudança de comportamento dos adolescentes, no sentido de prevenir uma gravidez, direccionando a abordagem em educação em saúde ao encontro da realidade destes adolescentes. A prática de cuidados necessita ser adequada à cultura e às necessidades individuais da pessoa, baseando-se em princípios humanistas e na preocupação de ajudar a atingir o maior nível de bem-estar possível.

Durante o processo de vigilância em saúde sexual e reprodutiva, o técnico de saúde deve estabelecer uma relação de confiança/ajuda com a adolescente e família, incitando-os a

prosseguir no crescimento pessoal e familiar, levando-os a encontrar o seu caminho e as respostas aos seus problemas e necessidades. Os cuidados devem ser prestados, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar das adolescentes, demonstrando aceitação em relação aos seus medos, ansiedades, dúvidas e decisões, bem como disponibilidade para esclarecimentos sobre a sua situação de saúde.

Apesar de ser de risco e desaconselhada a gravidez na adolescência, o acompanhamento das grávidas adolescentes deve ser cuidadoso e a actuação direccionada de forma a minimizar os problemas, ajudando a alcançar uma gravidez saudável e uma parentalidade feliz. Os seres humanos são inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura ambiental que os rodeia. Para chegar a estas jovens adolescentes, através de uma boa formação intercultural, os profissionais de saúde devem ter em conta os pensamentos e sentimentos das adolescentes, assim como os seus comportamentos; consciencializar posturas e apreciações culturais; promover a aceitação de comportamentos díspares e modificar atitudes e comportamentos, de forma a compreender o Outro e as suas lógicas culturais. Devem desenvolver formas de compreender os valores, normas e crenças pelas quais orientam e direccionam os seus objectivos de vida, trabalhar com estes grupos no seu espaço comunitário e desenvolver intervenções culturalmente apropriadas, respeitando as normas das mesmas. Numa realidade de intervenção onde é necessário um novo tipo de prática clínica, há que envolver a pessoa, família e comunidade para um cuidar culturalmente congruente e competente (Ramos, 2011, 2012a, 2013a).

Os profissionais de saúde, através da sua capacidade educacional e relacional, devem despistar adolescentes em risco de engravidar e trabalhar com elas num projecto de vida alternativo à gravidez, envolvendo pais e famílias, pessoas significativas, pares e comunidade. A promoção e utilização de espaço na comunidade onde adolescentes possam partilhar sentimentos e vivências e, possivelmente, alterar as percepções sobre gravidez e a parentalidade desejadas, pode ser uma das estratégias de eleição nas adolescentes de risco.

Certas ocasiões fazem com que existam sentimentos justificados de impotência, pois na medida em que se trabalha com culturas e ambientes diferentes, com diferentes valores e diferentes expectativas do cuidar, podem surgir conflitos e tensões entre o prestador de

cuidados e os adolescentes e famílias. Os profissionais de saúde que não possuem competência para trabalhar com pessoas e comunidades de diferentes origens culturais, nomeadamente com adolescentes e jovens, encontram dificuldades e antagonismos de vária ordem e manifestam, frequentemente, descontentamento, “atitudes etnocêntricas” e comportamentos desapropriados. A autora explica ainda um conjunto de competências a adquirir, agrupando-as em:

- Competências individuais que desenvolvam atitudes e comportamentos favorecedores das interações sociais entre as pessoas e as culturas e que promovam uma atitude de descentração, flexibilizando arquétipos e capacidades tidos como universais, evitando assim a intolerância, a segregação e a marginalização.
- Competências interculturais principalmente comunicacionais, linguísticas e educativas que promovam a consciencialização da cultura do próprio tal como da do Outro, e a comunicação intercultural, de forma a promover intervenções culturalmente congruentes e tanto profissionais como cidadãos culturalmente sensíveis e comprometidos.
- Competências de cidadania de forma a ser possível uma sociedade mais justa, integrativa, democrática e participada.
- Competências tecnológicas com o domínio das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), e das técnicas (áudio)visuais tais como o cinema e a fotografia (Ramos, 2013b, 2016).

Adquirir competências interculturais implica o desenvolver de um conjunto de valores, conhecimentos e de atitudes, para que os profissionais se sintam capacitados para trabalhar com grupos minoritários a nível individual, interpessoal e comunicacional, em contextos de diversidade cultural (Ramos, 2016).

A prática do cuidar culturalmente congruente contribui para precisar essa impotência, o que lhes permitirá identificar na adolescente e na sua família as dimensões em que podem, de forma realista, oferecer uma ajuda profissional de qualidade.

O acto de ajudar impõe exigências que profissões de ajuda não podem subestimar. Estas exigências consistem em dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, e também dar da sua capacidade de escuta e compreensão, ou seja, dar um pouco de si próprio. Implica transmitir calor e respeito, assim como compreensão e aceitação do Outro.

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

Cuidar é complexo, é uma arte e também um valor. O princípio do pensamento complexo é um sistema vivo e deve, simultaneamente, ser abordado de forma global, sem ignorar os elementos que o compõem e sobretudo sem negligenciar as múltiplas interacções que se produzem constantemente entre esses vários elementos (Hesbeen, 2000). Cuidar é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser e de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular. Hesbeen (2000) verifica e lamenta os desvios do actual sistema de cuidados que apenas dá um lugar secundário ao ser humano enquanto sujeito singular que a pessoa é, porque um valor deve ser acessível a toda a gente e, porque o conceito de cuidar é aberto, deve dar espaço de liberdade para a reflexão e para a acção. Refere ainda que o desempenho dos que cuidam implica uma atitude que permite *caminhar com*. Tal atitude provém de duas etapas indissociáveis e complementares. Em primeiro lugar a do *encontro* e em segundo, a da *caminhada*, do acompanhamento, do percurso feito em

comum. Isto significa que cuidar, numa perspectiva de saúde, é ir ao *encontro de* outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde.

O encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado persegue o objectivo de conseguir que esse encontro tenha como resultado a criação de laços de confiança fundados no respeito pela pessoa, e, que permitam caminhar com ela. Assim o processo de cuidar tem como objectivo a excelência, tendo em consideração que a qualidade é um continuum que medeia a mediocridade e a referida excelência. Logo a qualidade constitui uma linha em permanente evolução (Hesbeen, 2000).

Chalifour (2008a, p. 49) esclarece que “ao longo do seu desenvolvimento, a pessoa adquire progressivamente uma percepção subjectiva de si própria e do ambiente, que terá um efeito determinante sobre as suas motivações e os seus comportamentos”. Este autor afirma ainda a unicidade da pessoa humana. Ele confirma que todos os humanos têm características comuns e características particulares que partilham com grupos restritos tais como as características físicas e psicológicas no plano biológico, assim como no plano cultural e religioso já se fala em gostos e costumes, crenças e valores. Como tal e para chegar até estas adolescentes e prestar cuidados de qualidade rumo à excelência, o técnico de saúde tem que estabelecer com elas uma relação de confiança, que só se atinge se for culturalmente competente (Chalifour, 2008b).

Perante a realidade de uma gravidez na adolescência, e reflectindo também no respeito pela questão do desejo das jovens adolescentes em engravidar, surge-nos também a necessidade de abordar algumas questões eticamente relacionadas. O Código Deontológico do Enfermeiro refere que a dignidade humana tem quatro grandes implicações. Em primeiro lugar, implica a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros, o que nos leva à segunda implicação: o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida e as próprias normas de excelência; sem outros limites, a não ser o direito semelhante dos outros, à mesma autonomia, ou o confronto da esfera de liberdade de cada um com os outros, uma vez que a minha liberdade termina onde começa a liberdade do próximo. Em terceiro lugar, a dignidade humana implica o reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua

conduta e não segundo os factores aleatórios que não são essenciais à sua humanidade. A este propósito pode-se referenciar etnia e cultura, classe social, poder económico, entre outras. Em último lugar, implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos seres humanos, quer seja físico, psicológico ou com outra origem (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

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

Ao compreender os adolescentes, conhecendo as suas crenças e valores, cultura e ambiente em que estão inseridos, podemos respeitar a sua autonomia e as suas escolhas depois de lhes fornecer as ferramentas, para que as exerçam de forma livre e esclarecida; talvez as suas escolhas se tornem diferentes e se transformem de uma gravidez desejada numa fase precoce na sua vida, para um outro objectivo para que possam ter as mesmas oportunidades de outros adolescentes (Carmona, 2012).

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

consegue-se compreendendo o grupo que estamos a cuidar e percebendo a individualidade de cada elemento do mesmo.

É importante lembrar que o princípio da fidelidade se relaciona com a verdade, autenticidade, honestidade e sinceridade (falsidade é desrespeito à pessoa humana e desonra). Relaciona-se também directamente com o respeito pela autonomia dos seres humanos que têm o direito à verdade, à privacidade e a receber cuidados que desejem (após consentimento livre e esclarecido). É uma responsabilidade dos profissionais de saúde acompanhar as adolescentes no seu percurso de decisão livre e esclarecida, em engravidar, respeitando os princípios éticos da autonomia, da justiça e da fidelidade.

Nesta perspectiva, perpetuam-se em Portugal fortes desigualdades sociais pois talvez estas decisões tomadas pelas adolescentes não sejam devidamente esclarecidas. Devemos conhecer toda a realidade cultural do indivíduo e do grupo em que se insere, compreender e aceitar as suas crenças e valores, conforme defendem Leininger (2001) e (Ramos, 2004, 2008c, 2016), para poder direccionar a uma comunicação eficaz com estas adolescentes.

Ramos reforça a ideia, acrescentando a importância dos programas de formação e preparação em competências interculturais de profissionais de saúde como sendo caracterizados por incluir áreas fundamentais: aquisição de competências interculturais; aprofundamento do conhecimento sobre os variados grupos étnico-culturais, a sua história, crenças, valores e costumes; percepção de atitudes em relação às minorias étnico-culturais; valorização de ambas as culturas, de origem e de acolhimento, articulando-as. Assim, obtêm-se um conjunto de ganhos, tanto para os profissionais como para os jovens adolescentes, tais como: maior aptidão para lidar com as diferenças culturais e para resolver problemas que implique compreensão de outras culturas e mudanças, assim como a diminuição da ansiedade ao trabalhar com grupos heterogéneos e minorias; maior abertura à diversidade e à alteridade. “É importante promover a inclusão como um processo dinâmico para responder positivamente à diversidade dos utentes e de percepção das diferenças individuais e culturais não como problemas, mas como oportunidades de enriquecimento, desenvolvimento e aprendizagem”(Ramos, 2013a, p. 129).

## CAPÍTULO III – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

### 3.1. ADOLESCÊNCIA, DESENVOLVIMENTO

Em Latim “*adolescere*” significa crescer para, pois “*ad*” para e “*olescere*” crescer. A percepção do desenvolvimento, “*o crescer, o amadurecer*” refere-se a um processo que sucede ao longo do tempo, por oposição a um estado (Medeiros, 2013b).

Adolescência é o período da vida do indivíduo que se estende entre os 10 e os 19 anos, etapa de desenvolvimento do indivíduo que se inicia com os primeiros sinais da puberdade até à maturidade reprodutiva e sexual (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Canavarro, Serra, Flexk, & Chatterji, 2010; Organização Mundial da Saúde, 2008); acompanhada do desenvolvimento da identidade mental e sociocultural, embora em estudos recentes se incluam na categoria os jovens adultos até aos 25 anos. Para Guimarães (2002) os critérios de definição de adolescência não são cronológicos: esta ocorre entre o terminar da infância e a entrada em pleno desenvolvimento físico, com transformações glandulares e maturação dos órgãos sexuais e também mudanças ligadas ao desenvolvimento emocional e psicológico dos indivíduos.

A adolescência é um tempo de maturação física, afectiva e emocional tal como psicossocial, que sendo composta por etapas de desenvolvimento com características muito próprias e tarefas a realizar bem definidas, culmina na construção de identidade e na aquisição de autonomia. Crescer e “amadurecer” é um processo de desenvolvimento que vai transformando a criança em adulto. É a fase em que a criança se transforma fisicamente, até atingir a maturidade sexual e reprodutiva, mas que também se desenvolvem os processos mentais que culminam na “identidade adulta”. A adolescência inicia-se na vertente biológica da puberdade e desenvolve-se na psicológica, não esquecendo o contexto sociocultural de inserção, as crenças e influências sociais, o contexto histórico, as representações sociais que identificam os grupos, as famílias e o contexto educacional das sociedades. Todos estes factores em conjunto interferem no comportamento do adolescente e contribuem para a construção da sua identidade (Medeiros, 2013b).

“Não se pode tomar a sociedade ocidental como um todo, negando as especificidades socioculturais de cada continente, ou de cada minoria étnica, sem contemplarmos a diversidade multicultural”(Medeiros, 2013b, p. 37).

Blayer (2010) explica a adolescência como o período de transição entre a infância e a idade adulta, com início na puberdade terminando com a autonomia. Assim, a adolescência é a fase da vida em que se fixam os valores na procura incessante da própria identidade, sendo esta o encontro dos diferentes papéis a desempenhar enquanto pessoa singular e única, como amante, como profissional, como membro de uma sociedade inserido numa família.

A adolescência é “um período de vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura ao outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e de desilusões”(M. Pereira & Freitas, 2002, p. 19). O conjunto de transformações que ocorrem na vivência do corpo e na consciência de si próprio, nas relações com os pais, os pares, os amigos e a comunidade sociocultural em que se inserem, assim como na forma de encarar o futuro são desencadeadas pela maturação dos órgãos sexuais e pelo desenvolvimento físico e intelectual que culmina no novo ser; o “SER ADULTO”.

“Adolescência é a idade do amor e do risco”(Sampaio, 2002, p. 17), é um período muito específico do ciclo de vida em que devem ser valorizadas as expectativas e conflitos interiores dos nossos jovens adolescentes. É caracterizada por um período de experiência que é próprio e socialmente adaptativo, assumindo-se o comportamento explorador como uma função importante para o desenvolvimento dos adolescentes. Estes enredam-se em actividades de risco, sendo que alguns desses comportamentos envolvem riscos demasiado elevados, com implicações ao nível da saúde e bem-estar. É essencial chegar até estes jovens adolescentes, escutá-los e comunicar efectiva e eficazmente, para que possam construir o seu projecto de vida mais de acordo com a sua fase de desenvolvimento, evitando comportamentos de risco desnecessários e com implicações negativas no seu futuro.

Segundo dados do INE referentes ao ano de 2017, embora a taxa de fecundidade tenha

vindo a diminuir ao longo dos anos, nas adolescentes com idades entre os 15 e os 19 anos, ainda se verifica uma taxa de 8,0 nascimentos em cada 1000, sendo considerada ainda bastante elevada na realidade actual com a divulgação de informação e investimento legislativo na coordenação entre Saúde e Educação, particularmente no campo da educação sexual.

### Taxa de Fecundidade por Grupo Etário

Anos	Taxa - &permil;						
	Grupos etários						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2004	19,7	48,9	85,5	83,9	36,2	7,3	0,6
2005	19,2	48,6	85,0	85,6	37,8	7,4	0,5
2006	17,2	46,8	81,0	84,1	38,6	7,7	0,4
2007	17,0	45,5	78,2	83,0	39,5	7,4	0,3
2008	16,2	47,3	79,7	86,0	42,0	7,8	0,4
2009	15,4	45,1	76,0	83,1	41,4	8,0	0,5
2010	14,5	45,5	78,4	86,8	43,9	9,0	0,5
2011	13,3	40,5	75,1	86,3	45,3	9,3	0,4
2012	12,2	37,5	71,4	82,8	43,4	9,0	0,5
2013	10,7	32,9	66,9	79,8	42,4	9,1	0,5
2014	9,3	31,7	65,9	82,0	46,3	9,8	0,6
2015	8,4	32,1	67,8	89,7	51,2	10,8	0,5
2016	8,1	33,5	67,8	92,6	56,1	12,7	0,7
2017	8,0	33,0	68,8	93,0	57,8	13,5	0,7

**Taxa de fecundidade por grupo etário**  
 Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Nados-Vivos | Estimativas Anuais da População Residente  
 Fonte: PORDATA  
 Última actualização: 2018-06-20

Tabela 2 - Taxas de fecundidade específicas por grupo etário (permilagem), Portugal, 2004-2017

Também Nogueira (2011) afirma que a taxa de fecundidade entre as adolescentes está actualmente a decair, comparativamente a anos anteriores, sendo, no entanto, de valorizar e salientar a entrada em vigor de nova legislação que contempla a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, Lei 16/2007 de 17 de Abril (Governo de Portugal, 2007) o que por si só, pode falsear essa mesma taxa.

Embora o número de nascimentos, em mulheres com idade até aos 19 anos, tenha vindo a diminuir nas últimas décadas, Portugal ainda se encontra em sétimo lugar, dos países pertencentes à OCDE, na lista da UNICEF: Os Estados Unidos da América em primeiro,

seguidos pelo Reino Unido, Nova Zelândia, República Eslovaca, Hungria e Islândia; posteriormente Portugal, com 21,2 nascimentos em cada 1000, num total de 28 países (UNICEF, 2001).

### Nados-vivos de mães adolescentes por idade da mãe

Período de referência dos dados (1)	Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual									
	Local de residência da mãe									
	Portugal									
	Idade da mãe									
	Total	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
2017	2173	0	0	8	34	89	207	342	573	920
2016	2208	0	0	7	36	105	245	353	573	889
2015	2295		1	6	37	121	217	366	652	895
2014	2491			6	39	106	259	454	683	944
2013	2861			7	46	129	310	479	788	1102
2012	3301			6	49	146	342	555	878	1325
2011	3663	2		5	52	166	353	641	957	1487
2010	4052			7	49	172	448	748	1089	1539
2009	4347		2	5	56	184	489	760	1211	1640
2008	4551			6	71	207	460	844	1256	1707
2007	4844			12	58	227	526	867	1394	1760
2006	4905		1	14	58	205	566	841	1369	1851
2005	5519			13	59	255	582	1018	1530	2062
2004	5819			6	66	241	635	1125	1598	2148

Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual - INE, Nados-vivos

Nota(s):  
 (1) Dados referentes a 2017 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2018.

fonte: <http://www.ine.pt>  
 Última atualização destes dados: 30 de abril de 2018

Fonte: INE

Tabela 3 - Nados vivos por idade das mães inferior a 19 anos inclusive, Portugal, 2004-2017

Segundo dados do INE/DGS, no ano de 2017 (últimos dados disponíveis) ocorreram, em Portugal, 2173 partos em mães com idade igual ou inferior a 19 anos. Estes distribuíram-se da seguinte forma: 8 partos em adolescentes de 13 anos; 34 aos 14 anos; 89 aos 15 anos; 207 aos 16 anos; 342 aos 17 anos; sendo os restantes 1493 de mães até aos 19 anos de idade.

Portugal é o segundo país da Europa Ocidental a registar maior número de grávidas adolescentes, apesar de na última década se ter verificado uma diminuição. Diariamente

nascerem doze bebés filhos de jovens adolescentes em Portugal (Rodrigues, 2010). Este número de nascimentos poderá ser influenciado por questões étnicas, como a aceitação e encorajamento ao casamento e à maternidade precoce, em determinadas etnias, ou aculturação derivada da actual globalização e mobilidade populacional.

Também Lyria Reis explica a gravidez e maternidade adolescentes como um fenómeno, intrincado e complexo, motivado por um conjunto de factores psicológicos, comportamentais e educacionais; onde se devem salientar as relações intergeracionais e entre os pares, que têm representação importante para as jovens adolescentes e de factores económicos; tais como a escassez de oportunidades e perspectivas de vida que se encontram associadas à precariedade social. Para esta autora é necessário reforçar e consolidar a ideia de que o casamento e a maternidade não devem ser os únicos objectivos de vida para estas adolescentes, embora se mantenham como parte integrante e mais tardia, do seu projecto de vida. “Há uma influência cultural e geracional com a transmissão de padrões às gerações futuras nos casos de maternidade precoce. A precariedade das condições sociais e a ausência de alternativas (dificuldades nos acessos à educação, cultura, desporto e lazer) também faz com que essas jovens acabem por fazer da gravidez e da maternidade precoce, uma opção de inserção social” (Reis, 2007, p. 193).

Para Reis e Ramos (2012) é necessário que a sexualidade e a educação sexual e reprodutiva sejam desenvolvidas naturalmente, desde a infância, sempre adequando os conteúdos à realidade sociocultural em que as jovens estão inseridas.

Schiró (2011) realizou um estudo qualitativo comparando as adolescentes brasileiras e portuguesas tendo da análise das respostas emergido a associação da gravidez na adolescência às classes mais desfavorecidas, a um contexto psicossocial marcado por falta de perspectivas de futuro associado ao abandono escolar. “A fragilidade do contexto de desenvolvimento, marcado pelo insucesso escolar e pela falta de perspectivas de futuro, foi identificada como um elemento transcultural. A identificação das características psicossociais das adolescentes que engravidam foi considerada importante, permitindo o aprimoramento de programas de prevenção junto ao grupo de adolescentes” (Schiró & Koller, 2011, p. 521).

As implicações para a vida destas adolescentes, dos progenitores masculinos, das suas famílias e dos seus filhos recém-nascidos e dos possíveis futuros filhos, são enormes, pois, de acordo com a UNICEF, os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à sua família e à criança inúmeros problemas (UNICEF, 2001). Um maior abandono escolar, desemprego, menores qualificações ou ainda, empregos precários, condições habitacionais desapropriadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as consequências socioeconómicas. Em termos familiares, existe um risco de abandono por parte do progenitor masculino ou de ruptura da grávida adolescente com a sua família. Para a criança, o risco de sofrer abusos, ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições socioeconómicas inapropriadas e até de se tornar em futuro mãe ou pai adolescente são também maiores. Para a mãe, numa perspectiva de saúde e de afectação da sua qualidade de vida e projectos de vida futuros, acentua-se ainda o risco de desenvolvimento de depressão (Ramos, 2004; Reis & Ramos, 2012).

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

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

A autora descreve a existência de maior incidência de complicações médicas durante a gravidez na adolescência entre as quais se encontram: anemia, défices nutricionais, hipertensão arterial na gravidez, parto pré-termo, maior incidência de cesarianas electivas e maior mortalidade materna; assim como uma maior incidência de complicações neonatais: recém-nascido de baixo peso, recém-nascidos leves para a idade gestacional, maior mortalidade neonatal, maior risco de gravidez subsequente e maior incidência de depressão pós-parto (Fonseca, 2008).

**Nados vivos (Nº), Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe; Anual (...)**

Período de referência dos dados (1)	Nados-vivos (N.º), Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe; Anual															
	Idade da mãe															
	10 - 14 anos								15 - 19 anos							
	Total	< 22	22 - 27	28 - 31	32 - 36	37 - 41	> 41	IG lgn	Total	< 22	22 - 27	28 - 31	32 - 36	37 - 41	> 41	IG lgn
Duração da gravidez da mãe em semanas																
2017	42	0	0	1	6	35	0	0	2133	0	5	12	145	1958	3	10
2016	43	0	0	0	1	41	0	1	2168	0	11	18	159	1974	1	5
2015	44	1	0	1	7	34	0	1	2253	0	9	20	157	2056	5	6
2014	45	0	0	0	5	39	0	1	2447	0	13	18	160	2244	4	8
2013	53	0	0	0	4	49	0	0	2813	0	14	25	206	2555	4	9
2012	55	0	0	1	5	49	0	0	3251	0	16	35	196	2985	11	8
2011	59	0	1	2	5	50	0	1	3609	0	10	25	241	3312	12	9

Nados-vivos (N.º), Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe; Anual - INE, Nados-vivos

Nota(s):  
 (1) Dados referentes a 2017 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2018.

fonte: <http://www.ine.pt>  
 Última atualização destes dados: 03 de maio de 2018

Fonte: INE

Tabela 4 - Nados vivos por idade da mãe e duração da gestação, Portugal, 2011-2017

Fonseca (2008) elucida ainda as implicações da gravidez na adolescência a nível psicossocial sendo que a mais grave reside no facto de a gravidez durante a adolescência implicar uma descontinuidade no processo de crescimento da adolescente. Alerta ainda para o frequente emergir de pais-avós que, pela necessidade de prestar cuidados ao bebé, dificultam o processo de autonomia e desenvolvimento da mãe adolescente. Estas adolescentes irão sofrer ainda grandes perdas a nível social, geralmente com o abandono ou interrupção escolar e um início da vida profissional precoce, precário e mal remunerado, com a agravante de, por vezes, o jovem pai se desresponsabilizar e desinteressar em relação ao nascimento do filho.

Não é o desconhecimento sobre métodos contraceptivos que justifica a tão elevada taxa de gravidez na adolescência em Portugal, segundo a autora. Simultaneamente à educação de massas que deve ser feita é imprescindível apostar numa intervenção individualizada,

centrada nas adolescentes, que consiga ajudá-las, tendo em conta que a educação para a sexualidade passa sobretudo por uma relação afectiva (Fonseca, 2008).

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

A habitual explicação da gravidez na adolescência é considerada como indesejada e resultante da iliteracia sexual das jovens. Dadoorian (2003) questiona esta posição, enfatizando a importância do significado individual da gravidez, que ocorre paralelamente ao desejo de ser mãe, bem como a noção de uma gravidez que ela apelida de “gravidez social” e que é influenciada por factores culturais, sociais e psicológicos, que distinguem o significado da maternidade em adolescentes de classes mais desfavorecidas.

### **3.2. GRAVIDEZ E COMPORTAMENTOS CULTURAIS**

As causas da gravidez na adolescência não estão exclusivamente relacionadas com a falta de informação sobre sexo e sexualidade, mas sim com a escolha de ter um filho, quer esteja esta relacionada com um teste à sua feminilidade através da confirmação da sua capacidade reprodutiva, comprovando que já é mulher e pode ser mãe, ou pelo desejo de ter um filho, que se venha a transformar num prolongamento de si própria. Pode ser considerado um ritual de passagem sociocultural, uma mudança no estatuto de menina para mulher. A vivência de situações de carência afectiva e relacional com a família de origem pode provocar o desejo de engravidar na adolescente, situação que aparece como objecto capaz de reparar esta carência, transformando o filho na fonte do seu afecto (Dadoorian, 2003).

Carmen de la Cuesta Benjumea (2001) afirma a gravidez na adolescência como um fenómeno complexo que alguns autores simplificam através de estereótipos tal como a ideia de que a jovem engravida para “agarrar” o “namorado” ou como forma de obter algo em troca, ou ainda referindo a sua incapacidade de planear. Para a autora este

fenómeno é um acontecimento na vida das jovens adolescentes, sendo a gravidez parte integrante do namoro e do amor romântico que as envolve. As relações sexuais têm para estas jovens a função de aprofundar intimidade e construir confiança entre os namorados, resultando desse envolvimento gestações que ocorrem de forma inesperada, mas também gravidezes planeadas sob regras de conduta de género, reforçando a identidade feminina, e dentro de um relacionamento amoroso. É essencial conhecer a concepção subjectiva da gravidez na adolescência para permitir aos profissionais de saúde determinar as necessidades, identificar as situações de vulnerabilidade e suporte necessárias às adolescentes grávidas (Cuesta Benjumea, 2001).

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

Para as adolescentes com dificuldades ao nível da auto-estima, que se sentem desajustadas no seu grupo de pares, o relacionamento com o sexo oposto pode ser uma fuga. Quando a nível escolar existe desinteresse e ausência de aproveitamento, elas podem encarar a maternidade como uma passagem mais rápida para a idade adulta (Opperman & Cassandra, 2001).

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

de perspectivas profissionais e falta de vontade de prosseguir os estudos, transformando o futuro numa visão com poucas possibilidades de crescimento (Ambrósio & Miranda, 2004; Neto, Monteiro, Rocha, Luz, & Moleiro, 2014).

Debitar conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz para diminuir os números de gravidezes antes dos 19 anos. A não valorização da motivação da adolescente sobre a sua gravidez explica o fracasso relativo de projectos de prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência, visto que os desejos dessas adolescentes quanto à sua gravidez não são reflectidos. Os profissionais de saúde devem saber ouvir e ir ao encontro das necessidades e anseios destes jovens adolescentes e ajudá-los a encontrar projectos de vida para que, a gravidez seja desejada mais tardiamente e noutra etapa do seu desenvolvimento biopsicológico (Dadoorian, 2003). “Ao privilegiarmos o diálogo com as adolescentes sobre o seu estado, percebemos que essa gravidez foi desejada por elas, desempenhando, assim, um determinado papel na sua vida psíquica e social” (Dadoorian, 2003, p. 85).

Para Heavey *et al.*(2008) existe a necessidade dos programas de saúde sexual e reprodutiva direccionados ao adolescente incluírem uma avaliação da disposição de engravidar. Os pares e a comunidade têm um impacto significativo na adolescência, os profissionais de saúde precisam averiguar o que os adolescentes sentem sobre a gravidez neste contexto. É importante considerar a estrutura sociocultural da comunidade e as normas familiares e agregar esta informação ao plano de cuidados. O desejo de gravidez na adolescência está associado ao estatuto educacional e étnico/cultural. O profissional de saúde deve desenvolver intervenções culturalmente apropriadas, compreendendo as normas da comunidade e família. São passos essenciais para abordar esta questão, uma vez que os adolescentes identificados como desejando a gravidez devem receber intervenções adicionais. As soluções podem não ser simples, tal como ter uma conversa directa sobre contracepção, estes adolescentes precisam ser identificados antes, para que os objectivos relacionados com gravidez na adolescência “*Healthy People 2010*” se possam tornar realidade.

Canavarro (2001) refere que a adolescência se caracteriza por um “movimento centrífugo” em direcção à independência explicando as variadas motivações que levam as adolescentes a engravidar, excluindo determinados contextos socioculturais: estar apaixonada, perspectivando apoio económico do namorado ou futuro marido; ter expectativa de mudança relacionada com uma vida insatisfatória tanto no campo académico e profissional, como no relacional, familiar ou mesmo no pessoal. A nível relacional tem a expectativa de ganhar afecto e atenção da família e dos pares, assim como amor incondicional e segurança desejada; tentativa de autonomia e fuga a famílias disfuncionais, idealizando o papel de esposa e mãe através de expectativas irrealistas. Para a autora os padrões culturais afectam a percepção e a expressão da intimidade sexual explicando ainda que, a família, os pais e até os pares, são apontados pela literatura como “importante fonte de influência na socialização sexual dos adolescentes”.

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

Também Reis (2007, p. 196) acentua a importância da família e dos antecedentes familiares das adolescentes: “Devem ser consideradas as relações intergeracionais que têm representação importante para o jovem e também as relações com os pares, nas quais a iniciação afectivo-sexual acontece”.

### **3.3. CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE**

Portugal é considerado como sendo um dos países da União europeia com maior taxa de gravidez e nascimentos em mães adolescentes (Pires, Pereira, Canavarro, & Pedrosa, 2013). Este conceito foi reforçado em Workshop da UCF Amadora-Sintra, subordinado ao tema “Gravidez na Adolescência”, realizado em Maio de 2014 no Hospital Fernando da Fonseca (HFF), assim como noticiado na comunicação social, na SIC Notícias em Janeiro de 2013 - “Portugal tem a Maior taxa da EU de Gravidez entre adolescentes”.

A verdadeira incidência deste fenómeno é difícil de alcançar em virtude de estas gravidezes adolescentes serem contabilizadas apenas pelas taxas de natalidade (Rodrigues, 2010) e acontecerem devido a vários factores tanto a nível individual, psicológico e educacional, como a nível familiar e sociológico, cultural e económico (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz, & Vallejos, 2008).

Vários autores referem os factores que favorecem a gravidez adolescente a nível individual como encontrando-se associada ao “amor romântico”, um amor idealizado que se fortalece através do relacionamento sexual com o namorado “*Noviazgo em serio*” e da gravidez desejada para a construção da sua identidade feminina e adulta, livre e independente (Barreto, Gomes, Oliveira, Marques, & Peres, 2011), tendo como base o amor (Baeza et al., 2008; Carmen, 2001).

Assim, algumas adolescentes procuram na maternidade o seu lugar e papel na sociedade e na cultura, papel que não foi encontrado no percurso escolar nem no seio familiar, procurando sentir um maior nível de respeito ao abandonar o ser menina para o ser mulher e uma integração e valorização na sociedade e cultura (Dadoorian, 2003; Köning, Fonseca, & Gomes, 2008; Ramos, 2004). A ausência de planos de futuro leva-as a percepcionar a maternidade como um objectivo e um sentido para a sua vida “auto-gratificação e auto-compensação afectivas”. Também o baixo nível social e de escolaridade da adolescente, assim como a repetição do exemplo familiar (antecedentes de gravidez adolescente: mãe, avó, irmãs) leva algumas jovens adolescentes a sentir a maternidade de forma positiva devido à importância social e ao valor afectivo que lhe associam (Mayorga, 2009; Reis & Ramos, 2012).

Para outros autores, o não uso de métodos contraceptivos é devido ao esquecimento, ao receio de aumentar de peso, à dificuldade em obter métodos contraceptivos por vergonha ou indisponibilidade (económica ou temporal), ao desconhecimento e iliteracia no que respeita à sexualidade e saúde reprodutiva, ou ainda por baixa auto-estima associada a “irresponsabilidade masculina” e a necessidade de integração no grupo que pratica comportamentos de risco, como por exemplo, o receio de exigir o uso do preservativo ou de recusar actividade sexual e de ser rejeitada pelo rapaz ou pelo grupo onde se inserem (Baeza et al., 2008).

Também devido a falsas crenças ao considerar que não se engravida no primeiro relacionamento sexual (Baeza, Póo, Vásquez, & Muñoz, 2005), ou que o coito interrompido é método contraceptivo eficaz, aceitando assim a pressão exercida pelo namorado no sentido da actividade sexual “entregando-se por completo”.

Existe ainda a convicção, por parte de algumas adolescentes, de não correrem risco de engravidar pois é algo que só acontecerá às outras ao conhecerem histórias de amigas, ou elas próprias, terem tido relacionamentos sexuais de forma desprotegida sem consequências, ou ainda história familiar de infertilidade (Barreto et al., 2011).

“Na escola e na família, os modelos dominantes de educação sexual colocam ainda ênfase na reprodução, restringindo assim a abordagem da sexualidade a uma espécie de “sexo seguro”, excluindo de algum modo a dimensão afectiva” explica Nabais (2014, p. 98).

Ainda ao nível da gravidez na adolescência a nível familiar, é também relevante a negligência parental associada por vezes a uma ausência prolongada dos pais para trabalhar, deixando os irmãos mais novos ao cuidado da filha adolescente com conseqüente desinteresse desta pela actividade escolar; a famílias destruturadas, disfuncionais ou opressivas, associada ainda a uma baixa escolaridade da família de origem (Baeza et al., 2005, 2008; Póo et al., 2005). Um inadequado controlo parental, associado a baixo nível de literacia, imaturidade psicossocial e dificuldades na comunicação e no relacionamento familiar impele as jovens adolescentes a sentir a gravidez e a maternidade como uma via de acesso à vida adulta, uma forma de emancipação e na expectativa de um futuro melhor, principalmente em situações de pobreza associada a baixa escolaridade e desemprego (Arriaga-Romero, Zonana-Nacach, Valles-Medina, & Menchaca-Diaz, 2010; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012).

Para algumas adolescentes, o desejo de engravidar encontra-se presente, em maior proporção nas jovens migrantes, que perspectivam a gravidez como opção e oportunidade de melhoria da sua vida, influenciadas pelo baixo extrato socio-económico e educativo (Arriaga-Romero et al., 2010). Para outras adolescentes a gravidez foi planeada, ou ainda, apesar de se enquadrarem legalmente no período de autorização para realização de IVG (antes das 10 semanas de gestação) não consideraram essa

alternativa, na esperança do “fortalecimento da relação e o desejo de constituir família/viver com o companheiro”(Pires et al., 2013, p. 344). A autora constatou que, dependendo da região do país, 15% a 48% de gravidez adolescente é resultante de um planeamento, sendo encontrada com maior frequência em jovens adolescentes pertencentes a minorias étnicas ou a extractos socio-económicos mais desfavorecidos. Geralmente estão associadas a uma vivência não gratificante e a uma esperança, por vezes idealizada e irrealista, de uma mudança positiva e individualmente realizadora, através da adopção do papel de mãe e esposa, que são valorizados no seu meio sociocultural (Pedrosa, 2009; Pires, 2014; Pires et al., 2013). Adoptam comportamentos de risco que podem terminar numa gravidez, optam por decisões de interrupção da toma do método contraceptivo, muitas vezes à revelia das famílias, para que seja possível engravidar.

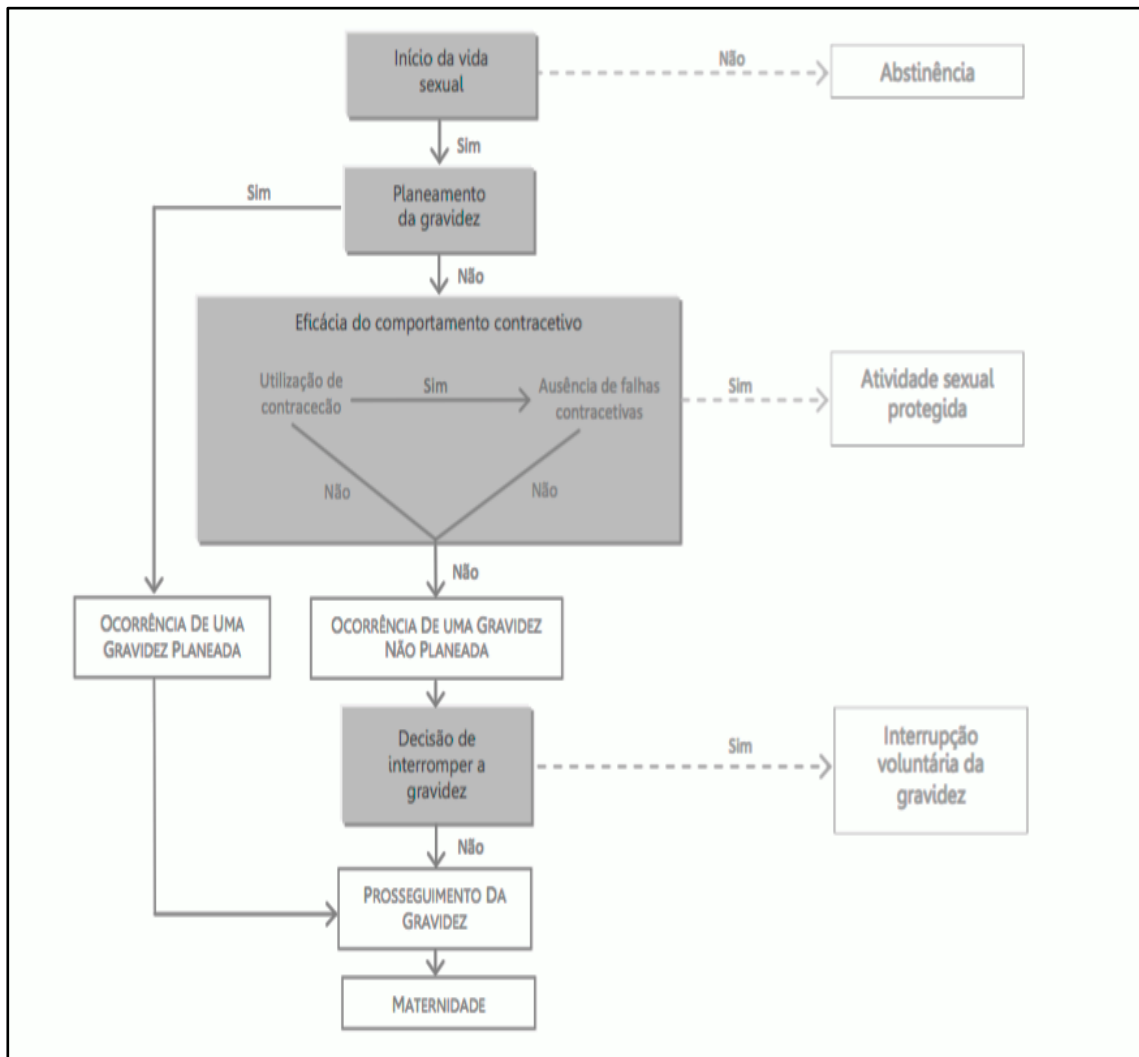
Nabais (2014, p. 99) defende que: “Mais do que apurar o uso ou não uso de contraceptivos, é importante ajudar o adolescente a desenvolver formas de pensamento, de reflexão sobre o seu próprio processo de desenvolvimento, sensibilizando-o para os riscos reais que ele corre, sem contudo o censurar ou adoptar atitudes moralizadoras da sexualidade, permitindo-lhe a continuação de um processo de procura, de exploração de novas experiências, indispensável para a formação da sua identidade e autonomia”.

Existe consenso entre os vários autores quanto a uma outra situação a ter em conta na gravidez adolescente: “(...) a decisão reprodutiva face ao prosseguimento ou à interrupção da gravidez, quando esta ocorre.”(Pires, 2014, p. 53). Na actual realidade sociocultural em Portugal, é crescente a aceitação social e o acesso à prática de IVG de forma legal, nos serviços de saúde, tendo-se tornado como uma opção viável e cada vez mais procurada pelas adolescentes que engravidaram de forma não desejada. Assim, para esta autora, uma conceptualização da gravidez e maternidade adolescente deve ser capaz de integrar o seu “carácter multifásico” e compreender as decisões e os comportamentos que, ao nível sexual e contraceptivo, podem significar risco para a ocorrência de gravidez e posteriormente à sua ocorrência, a decisão reprodutiva (Pires, 2014). Nabais acrescenta ainda a gravidez adolescente indesejada como um risco importante para o desenvolvimento da jovem adolescente. “No plano psicológico, a gravidez acidental

traduz, de um modo geral, um profundo mal-estar na adolescente, perturbações na sua identidade sexual ou dificuldades nas suas relações com os pais” (Nabais, 2014, p. 100).

Pires desenvolveu uma conceptualização do fenómeno da gravidez na adolescência: “No primeiro nível de análise, assumem particular relevância a iniciação sexual, o planeamento da gravidez e a eficácia do comportamento contraceptivo na prevenção de uma gravidez não planeada. No segundo nível de análise, serão relevantes as circunstâncias que poderão levar as jovens grávidas ao prosseguimento da gravidez e, como tal, à maternidade” (Pires, 2014, p. 54).

### Conceptualização da Maternidade Adolescente enquanto Acontecimento de Carácter Multifásico



Fonte: (Pires, 2014, p. 54)

Figura 2 - “Conceptualização da maternidade adolescente enquanto acontecimento de carácter multifásico”

Em suma, a adolescência é, só por si, uma etapa complexa no desenvolvimento dos indivíduos. Quando a gravidez surge na adolescência, associada a um contexto ambiental característico de minorias desfavorecidas, migrantes, adolescentes originárias de culturas diferentes, pertencerem a famílias, algo disfuncionais, influencia o comportamento e desempenho da resposta individual ou familiar, perante as situações de vida que se lhes apresentam. Perante esta realidade, conseguimos perceber a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar, que os profissionais de saúde necessitam disponibilizar, ao nível das competências de comunicação em saúde e da competência intercultural.

Também a nível das políticas de governação em saúde é necessário aproximar e empoderar estas adolescentes e suas famílias, consciencializar para a inclusão e cidadania plena e informada, seja qual for a decisão por elas tomada em relação à sua gravidez e maternidade adolescente.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## **CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

A abordagem de forma à aquisição de informação e resultante descrição do fenómeno em estudo, pode ser de natureza qualitativa ou quantitativa. Neste caso, foi utilizada uma abordagem qualitativa que definiu o caminho a seguir para uma percepção mais aprofundada das decisões tomadas pelas participantes neste estudo, e que factores são determinantes para essa mesma resolução.

A investigação qualitativa “tem por objectivo a compreensão alargada dos fenómenos”(Fortin, 2009, p. 27). Alguns autores explicam a metodologia qualitativa como naturalista, “holística/humanística” e descritiva, procurando os investigadores compreender a perspectiva dos sujeitos em análise, abandonando as suas próprias perspectivas, apreendendo a realidade do Outro no seu próprio contexto (Carmo & Ferreira, 2008).

Esta metodologia está associada a uma compreensão holística do estudo do ser humano; desta forma existem também várias realidades que se baseiam nas percepções dos sujeitos e que se transformam segundo o tempo. O investigador escolhe um fenómeno e estuda-o em profundidade no seu conjunto, reunindo e interligando as ideias entre si de forma a construir uma nova realidade, com sentido para os indivíduos e participantes que vivem e experienciam o fenómeno (Fortin, 2009). Para a autora o estudo descritivo enquadra-se no desenho de investigação não experimental e desenvolve-se em meio natural; o desenho serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão global de um contexto ou de uma população (Fortin, 2009, p. 236). “O investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população (...), de compreender fenómenos ainda mal elucidados (...) ou conceitos que foram pouco estudados.” Segundo a mesma autora, a pesquisa qualitativa tem uma abordagem descritiva quando “implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as

características da totalidade ou de uma parte desta mesma população” (Fortin, 2009, p. 237).

A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem, ou seja, tem como objectivo a compreensão da realidade social das pessoas, grupos e culturas. Os investigadores usam as abordagens qualitativas para compreender o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas em estudo. A investigação qualitativa baseia-se na abordagem interpretativa da realidade observada, pelo que não alterar o contexto natural dos fenómenos estudados é uma característica primordial. Carmo & Ferreira (2008) reforçam a ideia, explicando esta perspectiva ao caracterizar a investigação qualitativa como indutiva, pois a teoria é desenvolvida, tendo como base os dados encontrados e inter-relacionados, como holística uma vez que o investigador pesquisa a realidade global dos indivíduos em estudo, observando-os como um todo, inseridos num grupo/comunidade e percebendo o passado e o presente dos participantes na investigação, ainda como naturalista pois o investigador interage com os participantes de forma natural e discreta de forma a uma melhor compreensão dos participantes e das situações em estudo, minorando os efeitos que essa relação de interacção, possa provocar nos mesmos. Estes autores completam esta concepção ao afirmar a flexibilidade do plano de investigação e enfatizar a importância do significado da compreensão dos “quadros de referência” dos sujeitos em estudo; consideram os investigadores como “sensíveis ao contexto”. “Procuram compreender as perspectivas daqueles que estão a estudar, de todos na sua globalidade e não apenas de alguns. O investigador deve ‘abandonar’, ‘deixar de lado’ as suas próprias perspectivas e convicções” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 198).

Outros autores completam com um pensamento sobre as características “*of a ‘good’ qualitative research*”, que deve possuir um senso de lógica, curiosidade, ser criativa e ter imaginação. Deve ter uma vontade de assumir riscos e capacidade de reconhecer a diversidade, bem como a regularidade, mantendo a aptidão para viver com ambiguidade. De tendência humanista deve aceitar o eu como instrumento de estudo, desenvolver a

capacidade de resolver problemas no campo, desenvolvendo a confiança no self e na capacidade de ver valor no trabalho que é produzido (Corbin & Strauss, 2008).

Leininger (2001) considera também ser esta a melhor metodologia para compreender a totalidade das experiências de vida das pessoas, atendendo ao contexto onde ocorrem. Também é adequada à descrição e compreensão das experiências humanas, tal como elas surgem à consciência, através da ênfase colocada na análise das experiências por aqueles que as viveram, permitindo-nos olhar o mundo através dos olhos de quem vive a experiência, dado que existe uma relação dialéctica entre a pessoa e o mundo (A. Carvalho & Carvalho, 2006; Leininger, 2001).

A pesquisa qualitativa naturalista leva-nos a uma observação intensiva e ao longo de algum tempo em meio natural, ao registo claro e aprofundado do que ocorre no ambiente, a uma interpretação e análise de dados, utilizando narrações e descrições (Mattos, 2011). É utilizado o mundo subjectivo individual com o objectivo de compreender como e qual o significado que as pessoas constroem para o que experienciam. Compreender questões, explicitando a essência das experiências e compreender o comportamento humano a partir do quadro de referências do próprio participante, insere-se no âmbito desta abordagem. Em investigação qualitativa, os indivíduos em estudo são designados por participantes, por se considerar que não se age sobre as pessoas que tomam parte na investigação, mas que estas são activas no estudo, permitindo-nos obter a melhor percepção das suas perspectivas de vida e das suas interacções sociais (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, emerge a importância de um estudo de abordagem descritiva (Fortin, 2009), em que a análise dos resultados é feita através de uma descrição com análise temática de conteúdo segundo Bardin (2014), parecendo ser o mais adequado para compreender que factores levam as adolescentes à gravidez e ao nascimento de um filho.

Também para Carmo e Ferreira, a investigação qualitativa é descritiva e o plano de investigação flexível. A descrição resulta directamente dos dados encontrados e recolhidos que podem ser transcrições de entrevistas, gravações de áudio ou de vídeo, registos de observações entre outros (Carmo & Ferreira, 2008).

Deste modo, ao procurar compreender em profundidade o fenómeno da gravidez na adolescência numa comunidade multi/intercultural, desenvolve-se um estudo através de uma metodologia do tipo descritivo, exploratório e interpretativo, utilizando a abordagem qualitativa de forma a compreender o comportamento humano, partindo do quadro de referências dos participantes nos seus contextos naturais. Neste contexto, e ao compreender as regras, crenças e valores culturais que explicam as práticas e costumes de uma comunidade, de uma cultura afigurou-se importante uma abordagem etnográfica, uma vez que a investigação etnográfica é um processo sistemático que permite observar, relatar, documentar e analisar os modos de vida ou as tendências particulares de uma cultura, ou subcultura, na observação aprofundada em meio natural e no ambiente do outro (Fortin, 2009; Ramos, 2010a; Ramos & Serafim, 2009).

A grande diferenciação entre linha etnográfica de pesquisa e as outras pesquisas qualitativas é que estas procuram a natureza geradora do fenómeno, enquanto a etnografia busca desvendar a "caixa-negra" que envolve a cultura dos indivíduos numa comunidade específica, ou nas interações interpessoais desenvolvidas nessa mesma comunidade. A etnografia preocupa-se ainda com o estudo das desigualdades e exclusões sociais das minorias étnicas ao inquietar-se em atingir uma análise "holística ou dialéctica" da cultura, ou seja, a cultura não é conceptualizada como um simples reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como "um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a acção humana"; e ainda por colocar os indivíduos com uma "participação activa e dinâmica" no decurso transformador das "estruturas sociais" (Mattos, 2011). Também para Ramos e Carmo as questões culturais são fundamentais para os estudos etnográficos (Carmo & Ferreira, 2008, 2015; Ramos, 2010a, 2010b; Ramos & Serafim, 2014b). "A etnografia é um processo guiado preponderantemente pelo senso questionador do etnógrafo. Deste modo, a utilização de técnicas e procedimentos etnográficos, não segue padrões rígidos ou pré-determinados, mas sim, o senso que o etnógrafo desenvolve a partir do trabalho de campo no contexto social da pesquisa." (Mattos, 2011, p. 50)

Nesta perspectiva o investigador deve "*ficar imerso na cultura em estudo*", pelo que a etnografia deve abranger o estudo, pela observação directa durante um período de

tempo, das formas habituais de viver, do meio ambiente, de um grupo específico de indivíduos, como por exemplo as adolescentes grávidas que habitam numa comunidade multi/intercultural, tal como em alguns bairros da Amadora com o objectivo de compreender o significado da gravidez na adolescência para estas jovens (Carmo & Ferreira, 2008, 2015; Mattos, 2011). “A maior preocupação da etnografia é obter uma descrição densa, o mais completa possível, sobre o que um grupo particular de pessoas faz e o significado das perspectivas imediatas que eles têm do que eles fazem” (Mattos, 2011, p. 54). Nos estudos etnográficos, é necessária uma extensa recolha de dados, de forma naturalística, ou seja, sem que o investigador intervenha no fenómeno em estudo, durante um período de tempo mais ou menos longo (Carmo & Ferreira, 2015).

Neste projecto enveredou-se por uma investigação qualitativa, de tipo etnográfico desenvolvida em contexto natural, de forma a estudar e compreender os determinantes sociais de saúde, relacionados com a gravidez na adolescência, assim como as desigualdades sociais e processos de exclusão em comunidades específicas, de minorias desfavorecidas, delimitada no concelho da Amadora. Realizou-se, assim, uma abordagem micro a uma comunidade com características específicas num concelho da região de Lisboa. A microetnografia foca-se incisivamente em situações particulares do grupo maior ou comunidade, “imerso” na mesma por forma a compreender as crenças e convicções, assim como os comportamentos e condutas, do ponto de vista dos participantes (Carmo & Ferreira, 2015). Estas situações específicas são seleccionadas, pois de alguma forma representam elementos que se salientam na vida das participantes e por sua vez também na vida da família e da comunidade em que se inserem (Berg, 2001, 2008).

Foi utilizada uma metodologia do tipo descritivo, exploratório e interpretativo, de abordagem qualitativa de forma a compreender o comportamento humano, partindo do quadro de referências dos participantes nos seus contextos naturais.

Utilizaram-se, como instrumentos de recolha de dados, o questionário sociodemográfico, a entrevista semi-estruturada e em profundidade, recolhida em áudio, a observação participante, directa e fílmica, no meio ambiente das participantes, com o recurso à técnica de análise de conteúdo de Bardin, para tratamento do material narrativo.

“O investigador é o ‘instrumento’ de recolha de dados; a validade e a fiabilidade dos dados dependem muito da sua sensibilidade, conhecimento e experiência”(Carmo & Ferreira, 2008, p. 198).

Os conceitos de validade e fiabilidade são substituídos na investigação qualitativa pelos de credibilidade e fiabilidade, transferibilidade e confirmação, como forma de garantir a qualidade da investigação. A credibilidade diz respeito à precisão da narração do fenómeno experienciado pelas participantes, logo, a realidade deve ser fielmente representada e a interpretação inferida deve ser plausível para as participantes. Como forma de aumentar a credibilidade foi usada a triangulação de métodos de colheita de dados que, segundo os autores, é importante para retirar conclusões sobre o que compreende a sua realidade (Fortin, 2009).

A fiabilidade diz respeito à precisão na forma como se compreende a evolução de um fenómeno e se “dá conta das diferentes perspetivas expressas pelos participantes” (Fortin, 2009, p. 304), assegurando que qualquer investigador realizaria as mesmas observações. A transferibilidade atribui a possibilidade de transpor a realidade observada para outros contextos ou comunidades e a confirmação refere-se à garantia da objectividade dos dados colhidos (Fortin, 2009).

Inicialmente, foram efectuadas entrevistas a informantes qualificados para poder recolher informações creditadas sobre o tema, seis “Indivíduos referência” para as comunidades em estudo, tais como: dirigentes associativos de IPSS, assistentes sociais, psicólogos, mediadores culturais, entre outros sujeitos de referência para a comunidade que emergiram de entre pares.

Seguidamente, a caracterização das participantes e a sua compreensão foi realizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico, assim como da realização de entrevistas semiestruturadas e em profundidade, através de um guião de entrevista previamente construído. O guião foi pré-testado em adolescentes grávidas e mães adolescentes, que demonstraram interesse em participar no estudo, com e sem critérios de inclusão para a amostra do estudo (9 entrevistas de pré-teste) que contribuíram para um aperfeiçoamento do instrumento. Foram realizadas 25 entrevistas, com a duração de

entre 30 minutos a 1 hora e 30 minutos, consoante a vontade das participantes. Destas apenas 15 cumpriam os critérios de inclusão para este estudo, sendo apenas essas analisadas e tidas em conta para o estudo. Com todas as 15 participantes do estudo foi realizada uma segunda entrevista, com a duração de cerca de 30 minutos a 1 hora, durante a qual se clarificou e confirmou a correcta interpretação e transcrição da entrevista anteriormente realizada, completando-a quando necessário, razão pela qual as entrevistas usadas como pré-teste, realizadas a participantes com critérios de inclusão, também foram consideradas. Realizou-se ainda, às participantes que evidenciaram disponibilidade, observações fílmicas em meio natural (com a duração máxima de 1 hora e 30 minutos), ou seja, às jovens adolescentes gestantes, autóctones e migrantes, no pós-parto até ao primeiro ano de vida do bebé, e ainda a mulheres (mães e avós das adolescentes grávidas entrevistadas, ou seja, com vínculo intergeracional), que na sua história de vida tinham sido também elas, mães precocemente, sendo que pela pertinência do seu testemunho, a compreensão do fenómeno tornou-se mais aprofundada e rica.

Foi ainda utilizada, em todos os momentos de contacto com os informantes qualificados, com as participantes e seus familiares, sempre que possível, a observação participante não estruturada, visando auxiliar os participantes a identificar sentimentos e sentido das suas acções perante o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

As participantes emergiram da comunidade autóctone lusa e da comunidade migrante residente em Portugal há mais de um ano, preferencialmente de etnia africana: Cabo-verde, Guiné, Angola.

“O investigador recorre à entrevista semi-dirigida em profundidade, nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema (...) quando quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”(Fortin, 2009, p. 376). Colocaram-se então várias directrizes para a entrevista em saúde com os adolescentes (Whaley & Wong, 2006). Ao entrevistá-las sem a presença dos pais proporcionou-se privacidade e confidencialidade. Explicou-se o porquê das questões colocadas, para que pudessem entender quais os motivos das mesmas. Ao demonstrar preocupação com a perspectiva da adolescente sobre as suas

dificuldades ou situação, podemos perceber as suas inquietações. Evitaram-se opiniões, juízos de valor e censuras para manter a objectividade. Ao optar-se por perguntas abertas, pretendeu-se obter respostas mais ricas, permitindo ao participante falar sobre a sua história de vida, ao seu próprio ritmo. No início da entrevista, optou-se por explorar os assuntos menos susceptíveis, progredindo posteriormente para os mais sensíveis de forma a permitir que a adolescente se sentisse mais à vontade e falasse mais abertamente. Foi utilizada linguagem apropriada a cada participante tendo sido revisto, no final, com a adolescente se o que se compreendeu correspondeu à sua realidade e entendimento.

As entrevistas áudio e vídeo foram todas transcritas e posteriormente revistas com as participantes, para confirmar se estavam bem descritos e percebidos os seus testemunhos.

Também o método de observação fílmica foi bastante rico, como forma de obtenção de conhecimento do Outro e da “alteridade”, tanto como de si próprio (autobiográfico). O olharmo-nos ao “espelho” traz-nos um conhecimento de nós próprios mais rico, o poder voltar a olhar/ver através de um filme, leva-nos a conhecer mais profundamente o que nos teria escapado num olhar fugaz, permitindo uma análise mais completa. A imagem animada e sonora é utilizada como forma de ultrapassar dificuldades de comunicação e barreiras linguísticas. Em saúde tem sido instrumento precioso tanto para a formação dos profissionais como em educação em saúde dos indivíduos e comunidades. Também no campo da pesquisa o filme parece ser o método mais completo de observação de comportamentos, emoções, práticas, de comunicação verbal e não-verbal, de posturas e gestos, de mecanismos de aprendizagem, transmissão e comunicação com o Outro (Ramos, 2010a; Ramos & Serafim, 2014b, 2014c, 2014a). É um método fidedigno, pois possibilita a diversos investigadores o estudo das mesmas imagens, dos mesmos dados e a comparação dos resultados, limitando o risco de significações demasiado subjectivas e facilitando uma maior objectividade. Através deste instrumento de colheita de dados foi possível uma observação mais cuidadosa e *à posteriori*, de posturas, gestos e expressões, que poderiam passar despercebidos de outra forma.

“O filme é arquivo, é memória individual e colectiva”(Ramos, 2010a, p. 10). “Através do filme o pesquisador e o profissional interveniente no domínio da saúde têm à sua disposição um instrumento que lhes proporciona a possibilidade de informar e de comunicar, não só com os indivíduos e os grupos objecto de estudo e/ou de intervenção, mas também com outros indivíduos, pesquisadores e profissionais”(Ramos & Serafim, 2014b, p. 1).

“A câmara, ao permitir o registo global, contínuo e minucioso das actividades, dos comportamentos e dos discursos, ao captar o gesto e a palavra, vem revelar elementos comunicacionais, comportamentais, emocionais e da vida quotidiana, os quais aparecem como banais e fugazes, como detalhes sem importância, mas que são, todavia, muito importantes para o estudo do ser humano no seu universo social, familiar, cultural e de saúde, para a compreensão das relações que se estabelecem com os outros e para suas formas de pensar e agir” (Ramos & Serafim, 2014a, p. 97).

Para além da observação fílmica, foram ainda recolhidas informações através de fotografias, e outros documentos visuais de redes sociais (Facebook<sup>®</sup>), sempre com o devido consentimento das adolescentes em questão, na respectiva recolha dos materiais e sua utilização neste estudo. As adolescentes já tinham dado o seu consentimento por escrito à entrevista gravada, tanto áudio como em vídeo, ou ambas, consoante a situação.

Para o tratamento do material narrativo recorreu-se à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (Bardin, 2014; Ramos, Ieda, & Coutinho, 2012; Sopa, 2009). O tratamento e análise dos dados é o foco de toda a investigação e reveste-se de grande importância e complexidade, motivo pelo qual se deve recorrer à técnica de análise de conteúdo para tratamento do material narrativo. Fortin (2009, p. 379) explica que “para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. Ordenam-se os acontecimentos por categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo investigador”.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se, como aconselha Bardin, respeitando três pólos cronológicos que são: “a pré-análise; a exploração do material; o

tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”(Bardin, 2014, p. 121). Carmo completa e explica que a análise de conteúdo tem como “principal finalidade a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (...) com a ajuda de indicadores” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 269). Elucida ainda que as etapas da análise de conteúdo se iniciam com a descrição e a enumeração resumida das características do texto, seguindo-se a inferência e interpretação como última etapa e a atribuição do significado a essas mesmas características. O autor explica ainda as várias etapas da análise de conteúdo na prática, determinando-as como: a definição do objectivo e do quadro teórico de referência; a “constituição de um *corpus*” (que deve obedecer à regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência); a definição das categorias (que devem ser exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes); a definição das unidades de análise (unidades de registo, de contexto e de enumeração), a quantificação e a interpretação dos resultados. É ainda necessário garantir a fidelidade e validade da análise de conteúdo (Carmo & Ferreira, 2008).

Bardin (2014) esclarece ainda a categorização como uma operação de classificação de elementos constituintes de um conjunto, por distinção e diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o tipo e por analogia, com critérios previamente definidos, devendo respeitar as qualidades de exclusão mútua; da homogeneidade; da pertinência; da objectividade e da fidelidade, assim como da produtividade.

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

#### **4.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO/INSERÇÃO NO TERRENO**

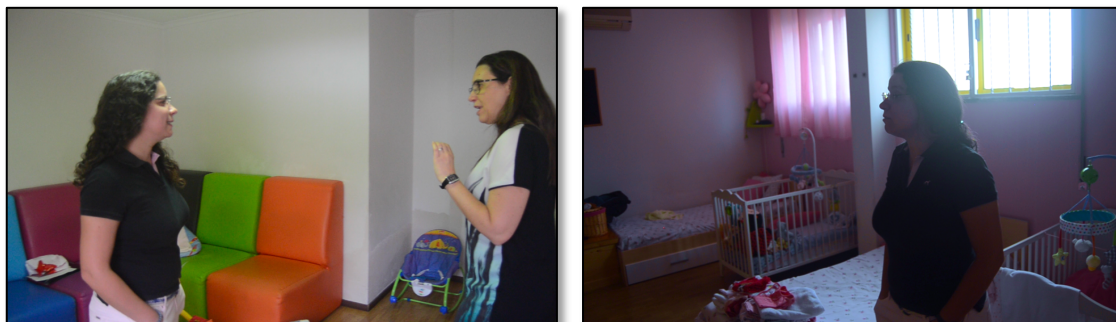
Foi contactada a Câmara Municipal da Amadora no sentido de dar a conhecer o projecto de investigação e solicitar autorização para conhecer a população em idade escolar do Concelho. Simultaneamente, pretendia-se compreender os projectos existentes e

realizados, assim como as parcerias actuais no âmbito da promoção e da educação em saúde, solicitação que foi acedida pela Presidente da Câmara Municipal da Amadora, que forneceu o seu contributo através de entrevista filmada.



*Fotografia 1 - Entrevista à Presidente da Câmara Municipal da Amadora, Dr.ª Carla Tavares (fotografia da autora)*

Foi solicitada autorização a instituições, ONG's e IPSS's, igualmente do concelho, e com pólos de actuação no mesmo, tendo-se destacado a AJPAS (Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde), a associação O Vigilante, a Associação Corações com Coroa (que apesar do feedback positivo, acabou por não participar atempadamente), a associação Ajuda de Mãe, o Moinho da Juventude (instituição que não aceitou colaborar no estudo por dificuldades internas), a ASSACM (Associação de Solidariedade Social do Alto Cova da Moura), o CLAIM (Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes) e ainda a IPSS Apoio à Vida, entre outras associações com interesse significativo para a realização dos questionários sociodemográficos e entrevistas às participantes com critérios de inclusão no estudo, assim como para as entrevistas aos informantes qualificados.



*Fotografia 2 - Espaços da Instituição de acolhimento “O Vigilante”, apresentada pela Coordenadora Técnica Dr.ª Carla Luís (fotografia da autora)*



*Fotografia 3 - O informante qualificado da IPSS “AJPAS” na pessoa do seu Presidente e Delegado de Saúde no Município da Amadora, Dr. António Carlos Silva (fotografia da autora)*

Com o solicitado a todos foi entregue uma cópia do projecto de investigação onde constava, entre outros, o tema do estudo, os objectivos da realização dos questionários e das entrevistas, assim como os guiões das entrevistas aos informantes qualificados e também os das entrevistas às adolescentes e mães participantes.

Para a realização da colheita de dados foram contemplados os princípios éticos. Assim, foram realizados questionários sociodemográficos, entrevistas gravadas em áudio recorrendo a gravador digital, recolhas fílmicas e fotográficas. Para tal, obtivemos o consentimento livre e esclarecido, tendo em consideração a concordância de todas as

participantes na colaboração no estudo, depois de a informação lhes ter sido facultada e clarificada.

A recolha videográfica foi realizada, como explica Ramos, como meio de exploração e de análise, não como meio de exposição dos resultados obtidos, uma vez que várias destas participantes se encontravam em situação de vulnerabilidade social e psicológica, evitando, assim, coloca-las em situações constrangedoras (Ramos & Serafim, 2014a).

Conforme defende Fortin, as participantes na investigação devem ser informadas de que as suas respostas são confidenciais e anónimas e que só serão utilizadas neste âmbito, podendo elas desistir de participar a qualquer momento, respeitando, assim, o princípio da confidencialidade e anonimato das informações pessoais e do respeito pela vida privada (Fortin, 2009). No caso das adolescentes menores de 16 anos também foi contactado o representante legal e foi-lhes solicitada autorização documentada, respeitando os princípios éticos do consentimento informado. Para a realização da entrevista à menor, foi tido em consideração o princípio de respeito pelos grupos vulneráveis. Foram documentadas as declarações de autorização das participantes no estudo (ou dos representantes legais no caso de adolescentes menores de 16 anos). Após estes procedimentos e uma pequena conversa informal com cada participante, foi solicitada autorização para realização das entrevistas e filmagens, documentada de forma escrita ou gravada, áudio ou filmicamente, bem como para a recolha do material fotográfico.

Foi feita uma descrição, tão exaustiva quanto possível, dos dados colhidos, assim como do percurso efectuado, de forma a respeitar a narração objectiva dos factos. Foi realizada triangulação de métodos de colheita de dados, sempre que possível, e de acordo com a escolha das participantes.

#### *4.2.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS*

Para Fortin, os princípios éticos são obrigatoriamente baseados no respeito pela dignidade humana e são sistematizados no respeito pelo consentimento livre e

esclarecido, pelos grupos vulneráveis, pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, pela justiça e pela equidade, e ainda no equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, reduzindo os inconvenientes e otimizando as vantagens (Fortin, 2009).

Gibbs reforça esta ideia, ao explicar os dilemas éticos em investigação, sistematizando as salvaguardas a ter em conta: o consentimento totalmente informado; o não exercer de coacção sobre os participantes ou premiar a sua participação; não esconder/omitir informação sobre a natureza e objectivos do estudo, tal como não realizar uma “observação encoberta”; não provocar a diminuição da auto-estima nos participantes, assim como não os expor a stress ou risco, mental ou físico; não faltar ao respeito ou usar de desconsideração; não violar códigos nem princípios; não sonegar direitos dos participantes; respeitar a privacidade dos participantes e o seu direito a desistir da participação no estudo. Não desencorajando as pessoas de desistir antes do *términus* do estudo, se assim o desejarem (Gibbs, 2012b, 2012a, 2012c). Carmo e Ferreira acrescentam ainda a necessidade de garantir a confidencialidade, honestidade e transparência durante todo o estudo de investigação, na relação com os participantes (Carmo & Ferreira, 2008).

Ainda reforçando estes conceitos, a entrada efectiva em vigor no dia 25 de Maio de 2018 do Regulamento UE 2016/679 (vulgo RGPD - Regulamento Geral sobre a Protecção de Dados) a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) deixou de ter poderes para autorizar tratamentos de dados pessoais.

O RGPD faz recair a obrigação sobre quem realiza os tratamentos de dados pessoais de verificar se o tratamento está conforme com as suas regras e princípios. Para o efeito, deverá, o responsável pelo tratamento, considerar as normas em função das categorias de dados pessoais objeto de recolha. Uma vez que o fundamento que legitima o tratamento é o consentimento, sublinha-se que este deve ser uma manifestação de vontade, livre, informada, específica e explícita, mediante declaração ou acto positivo e inequívoco, relativo ao concreto tratamento de dados pessoais.

#### 4.2.2. LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO

Uma dificuldade foi o receio sentido de algumas participantes relativo à exposição da sua vida e dos seus sentimentos, tendo uma participante referido: “...é mesmo preciso gravar o que vamos conversar? Não pode ser sem o gravador?”. Foi respeitada a vontade da participante. “Não vou depois ter problemas por revelar algumas coisas que se passam aqui no bairro?...” questionava uma outra, enquanto uma terceira participante, depois da entrevista e após ter falado com a sua mãe, ao voltar para casa, telefonou referindo que desistia da sua participação no estudo. Vontade essa que foi respeitada, tendo os seus dados sido eliminados e o consentimento informado, que havia sido assinado, devolvido.

Uma dificuldade que se transformou em mais valia para o estudo, foi a emergência de relação empática com várias das adolescentes, mães e avó entrevistadas, na medida em que existiu uma maior compreensão da participante, da sua história de vida e de todos os factores que a rodeiam, no entanto, essa relação não se aprofundou o suficiente em tempo útil para a realização das entrevistas videográficas, a algumas das participantes.

A recolha fílmica exploratória foi realizada com maior facilidade aos informantes qualificados.

O local escolhido por várias participantes para a entrevista, por vezes, não dispunha de um espaço com privacidade, ou não reunia condições para a realização do filme exploratório.

Uma vez que o investigador era o próprio cineasta com o objectivo de manter o anonimato e a privacidade, a equipa de realização aqui foi a menor possível, somente o pesquisador com duas câmaras, ambas com microfone incorporado, sendo posteriormente editada a captação com um editor de imagem. Uma equipa reduzida é a melhor opção para a realização da pesquisa, “pois as pessoas filmadas não têm a sensação de invasão de privacidade e o diálogo flui com maior facilidade” (Ramos & Serafim, 2014a, p. 103), as filmagens não foram interrompidas, foi seguido o fluxo da conversa e esquecida a presença da câmara o mais possível, embora a falta de experiência do investigador como cineasta tenha sido sentida como uma dificuldade. Assim as participantes entrevistadas, também com recolha fílmica de dados, foram

apenas as adolescentes com as quais perdurou a relação e se aprofundou a relação de confiança.

### **4.3. PARTICIPANTES**

O conjunto das participantes neste estudo emergiu de uma população alvo autóctone e migrante, ou seja, participantes originárias do país em que habitam; país cujos ancestrais sempre habitaram; nativas e também participantes migrantes, ou seja, que se deslocaram de um lugar, região ou país para a região em estudo.

As participantes alvo do estudo são grávidas adolescentes, autóctones e migrantes, assim como mães no pós-parto até ao primeiro ano de vida do bebé e ainda mulheres que foram mães na adolescência, com história de vida relevante para a compreensão deste fenómeno, no município da Amadora, região de Lisboa.

Foram definidos como critérios de inclusão todas as adolescentes, do concelho da Amadora, que se encontrassem grávidas ou mães com crianças com idade igual ou inferior a 1 ano de vida, e que aceitassem participar voluntariamente neste estudo, assim como jovens e mulheres maiores de 19 anos, com história de vida em que a primeira gravidez foi vivenciada na adolescência, tendo ela resultado, ou não, no nascimento de uma criança. Decidiu-se, ao seleccionar estas participantes, incluir estes factores para que se possam conhecer motivos doutra natureza e que não emergiram da revisão da literatura. As participantes foram contactadas, numa primeira fase, nas várias instituições existentes no concelho onde foram entrevistadas, através de gravação áudio ou vídeo. Os informantes qualificados, haviam-no sido anteriormente. A selecção das participantes foi desenvolvida progressivamente, através de um processo de amostragem não probabilística, em “bola de neve”, uma vez que foram as amigas e conhecidas das participantes anteriores, que foram por elas identificadas, e assim sucessivamente (Carmo & Ferreira, 2008). Todas as participantes entrevistadas mostraram interesse no estudo e colaboraram voluntariamente.

Foram realizadas 15 entrevistas em profundidade. O número de participantes do estudo foi assim determinado pelo número total de entrevistas com critérios de inclusão, realizadas em gravação áudio e vídeo, no período compreendido entre os meses de

Março e Outubro de 2017. Fortin (2009) refere-nos que em estudos qualitativos também se deve evitar uma amostragem grande, pois isso gera um amontoado de dados bastante difícil de analisar. O que se pretende é então uma análise aprofundada das histórias de vida das adolescentes participantes.

As 15 participantes, têm idades compreendidas entre os 15 e os 69 anos, sendo 12 jovens grávidas adolescentes (6 migrantes e 6 autóctones), 2 mães das adolescentes, que também elas foram grávidas precocemente (1 migrante e 1 autóctone) e 1 avó autóctone também ela grávida adolescente.

#### **4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

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

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

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

Outro, da sua perspectiva de vida, do seu próprio mundo. Através do guião da entrevista flexível proporcionou-se às participantes o seu próprio discurso argumentativo e encadeado, "...com elevado grau de liberdade no diálogo e profundidade na forma da abordagem temática por parte do entrevistado..." (Carmo & Ferreira, 2008, p. 146).

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

As entrevistas foram conduzidas face a face e realizada recolha de dados áudio de todas e videográfica de algumas delas, de forma a poder ser efectuada a posterior transcrição. Com as participantes foi estabelecida uma relação de confiança, para que a situação se tornasse facilitadora na colheita de dados.

Também no sentido de facilitar a partilha da informação pelos participantes, as entrevistas foram realizadas na data e no local à escolha das próprias, na maioria das situações no seu espaço de conforto, tal como a sua própria casa ou uma sala na instituição que frequentavam ou estavam inseridas; depois de devidamente garantida a privacidade e o anonimato, estimulando assim a relação de confiança entre participante e investigador. Cada entrevista teve como duração máxima uma hora e meia, pois conforme explicado por Streubert, quanto mais confortável está cada participante, mais facilmente fornece a informação procurada (Streubert & Carpenter, 2002).

Todas as entrevistas se iniciaram com a apresentação e o convite pessoal à participação no estudo. Foi explicado às participantes que o pretendido é identificar os motivos que as levaram a gravidezes precoces, reforçando que em qualquer momento poderiam desistir de participar nesta investigação.

Após a transcrição das entrevistas gravadas, foram lidas ou dadas a ler (as respectivas entrevistas) a cada participante, para que cada uma confirmasse, corrigisse ou complementasse o que tinha sido escrito após a gravação, procurando esclarecer dúvidas ou situações menos perceptíveis na entrevista. Perante a solicitação para filmar e convidando-as a contar a sua história de vida, algumas acederam de forma entusiástica.

Apenas essas adolescentes participaram, inclusivamente com recolha de material fotográfico, pois não mostraram qualquer receio, manifestando a vontade de contar a sua história, com objectivos pedagógicos para outras jovens, e para os próprios profissionais de saúde. Foi ainda realizada observação participante, fílmica, fotográfica e recolha de material fotográfico nas redes sociais como por exemplo; no Facebook®; sempre com o respectivo consentimento informado das participantes.

Ramos & Serafim (2014a, p. 2) explicam o filme como sendo “um meio de comunicação com o Outro e um instrumento de comunicação intercultural, permitindo captar e comparar o comportamento (individual e social, a linguagem verbal, postural, gestual e emocional) e os acontecimentos de um universo cultural na sua unidade e diversidade”. Desta forma é possível “flexibilizar e relativizar” fundamentos, por vezes inflexíveis, sentidos como únicos e universais, mobilizados de forma rigorosa e imutável, com o objectivo de evitar a intolerância, a exclusão, auxiliando a comunicação e a intervenção junto das comunidades e dos indivíduos (Ramos, 2003; Ramos & Serafim, 2009, 2014b).

No contexto deste estudo, o filme foi utilizado como “meio de exploração, ou seja, de descoberta sui generis (filme de exploração)” para uma compreensão do Outro mais rica e aprofundada, observando posteriormente gestos, posturas e emoções, que possam ter passado despercebidos durante a entrevista, tal como explicam Ramos & Serafim (2014b).

#### **4.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS**

Os dados resultantes da observação participante, fílmica e fotográfica ao vivo e ainda pesquisa nas redes sociais, foram submetidos a análise qualitativa, de acordo com as diferentes fases da análise de conteúdo. Estas fases, foram organizadas respeitando os três pólos cronológicos como aconselha Bardin que são: “a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”(Bardin, 2014, p. 121).

A pré-análise é caracterizada por ser uma “fase de organização propriamente dita”. Foi necessário passar por um período de intuição, cujo objectivo foi operacionalizar as ideias iniciais e encaminhar para um esquema concreto do desenvolvimento das sucessivas operações num “plano de análise”. Nesse momento foi realizada uma audição e visualização das entrevistas gravadas, a sua transcrição integral e uma “leitura flutuante”, para retirar as ideias principais (Bardin, 2014). Foram ainda reobservados os materiais fotográficos e as notas de campo recolhidas da observação participante.

A exploração do material consiste na “aplicação sistemática das decisões tomadas essencialmente em operações de codificação, de decomposição ou enumeração” (Bardin, 2014, p. 127), de acordo com regras traçadas previamente. Assim, a análise e interpretação da informação obtida foi auxiliada pela codificação das entrevistas, por exemplo, E1 é referente à primeira entrevista efectuada. Com o objectivo de garantir o anonimato cada entrevista foi codificada aleatoriamente com um número entre 1 e 15, e foram atribuídos às jovens participantes nomes de plantas e flores, iniciados por **A**, **M**, **P** e **L**. Assim, por exemplo, MimosaE3 foi uma entrevista realizada a adolescente migrante, PetúniaE8 foi uma entrevista realizada a mãe migrante, AmarílisE7 foi a uma entrevista realizada a adolescente autóctone e LavandaE15 uma entrevista realizada à avó autóctone.

A cada subcategoria foi dado um código de acordo com o seu nome (por exemplo à subcategoria necessidade de afecto corresponde o código NA) e a cada unidade de significação foi dado um número de ordem (1, 2, 3...) conforme surgiam em cada entrevista. Desta forma, por exemplo, o código NA2-PapoilaE13 diz respeito à segunda vez que a unidade de significação necessidade de afecto emerge da entrevistada codificada como PapoilaE13.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação pretende-se que os resultados brutos sejam organizados de forma a retirar o significado ou expressividade. Para isso, foi analisada e codificada minuciosamente a informação das entrevistas e construídos quadros que permitiram agrupar a informação por categorias e unidades de significação: “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género

(analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (Categorias temáticas)” (Bardin, 2014, p. 145).

O critério de categorização usado foi o semântico (categorias temáticas). A categorização teve como primeiro objectivo, assim como a análise documental, fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos. Foram tidas em conta as qualidades que as categorias terminais devem possuir: exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objectividade e fidelidade, e ainda a produtividade (Bardin, 2014).

Assim, a análise dos dados foi realizada através de categorias que foram pré-definidas e que remetem para as perguntas da entrevista: Determinantes Psicológicos, Determinantes Étnico/culturais, Determinantes Sociais, Determinantes Religiosos, Determinantes Familiares e Intergeracionais, Determinantes ambientais e Comportamentais, Determinantes Éticos e Determinantes de Promoção em Saúde. Os quadros resultantes são apresentados em duas cores alternadas, conforme as categorias/determinantes a que se referem e que são apresentadas no Quadro 1.

Foram posteriormente recortadas, no texto da informação transcrita e retiradas do material fotográfico e videográfico, unidades de significação, que permitem identificar determinantes de saúde que levaram estas jovens a engravidar; à decisão de recorrer a uma IVG ou ao desejo e escolha de uma gravidez na adolescência, nesta fase do seu ciclo de vida; compreender a sua percepção sobre gravidez, parto e período depois do nascimento do bebé, as suas expectativas e a existência de consciencialização da implicação da gravidez e da maternidade para a sua vida.

Para uma melhor compreensão deste estudo decidiu-se apresentar, de forma sucinta, os relatos de vida das participantes, referindo apenas os factos considerados pertinentes para que seja possível contextualizar a sua história e compreender o seu percurso e decisões tomadas. A ordem de apresentação destes relatos, refere-se à ordem pela qual foram realizadas as entrevistas.

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. RELATOS DE VIDA DAS PARTICIPANTES

#### Entrevista 1 – “Madressilva”

Tem 19 anos. Veio nascer a Portugal pois na Guiné havia menos condições (os pais são ambos de origem guineense); a sua avó vive em Portugal desde há “muitos anos”. Logo de seguida voltou para a Guiné com os pais. O pai (muçulmano) batia-lhes. Escapou por pouco à mutilação genital feminina pois a mãe, cristã, não deixou e separou-se do pai fugindo com ela, novamente para Portugal. Viveu em Portugal no concelho da Amadora até ao momento em que engravidou pela primeira vez, com 14 anos. Após o aborto que realizou obrigada pelas mães de ambos, foi levada para França pela mãe e padrasto. “Estudava e tomava conta dos irmãos mais novos.” Aos 16 anos viveu, ainda em França, por opção própria; preferiu essa realidade a viver com a mãe, o padrasto e os irmãos, em residência para jovens adolescentes, propriedade da Segurança Social Francesa. “Aí continuei a estudar e senti que me preparou para a vida.” Eram acompanhadas por psicólogas e assistentes nas suas actividades de vida diária, tinham responsabilidades como se da sua casa se tratasse. Terminou em França o 11<sup>o</sup> ano de escolaridade.

Entrou em conflito também com a mãe por a ter forçado a abortar e a ter levado para França, com 14 anos, para longe do namorado que amava. Ambos os pais, encontraram novos companheiros, tiveram mais filhos e reconstruíram as suas vidas fora de Portugal. Assim que completou 18 anos a adolescente voltou para Portugal, para viver com a avó e reencontrar o antigo namorado. Viveu no Bairro da Cova da Moura com a avó durante a gravidez (e desde que voltou para Portugal), vinha dormir com companheiro no apartamento de 3 assoalhadas em Águas Livres/Damaia com quem vive desde o nascimento da filha (o companheiro sempre viveu com a mãe, que é viúva, nesse mesmo apartamento). Vivem juntos desde o nascimento da filha que tem actualmente 9 meses, com o companheiro e a “sogra”; são 3 pessoas mais a bebé. Realizou novamente IVG

(Interrupção Voluntária da Gravidez) aconselhada pela sogra pois engravidou quando a bebé tinha apenas 1 mês de vida.

Realizou a primeira IVG com 14 anos após primeiros relacionamentos sexuais, decidida pelos pais de ambos; “Na altura quando interrompi senti-me a pior pessoa, era um bebé do rapaz que eu adorava”, “eu era bonita, tanto que o meu namorado era branco, ele era lindo e gostava de mim!” Segunda gravidez aos 18 anos, não planeada, mas inconscientemente desejada após IVG imposta pelos pais de ambos; não pensou em abortar “apesar de todos estarem contra, tanto do meu lado como do dele”. Reagiram todos “(...) mal, a preta e o branco! Nós também somos racistas, não são só os brancos...” afirmou, “A minha avó e os meus pais reagiram muito mal e a minha sogra também não queria!”.

Efectuou a segunda IVG (terceira gravidez) 1 mês após o nascimento da filha, por conselho da “sogra”.

Madesssilva trabalha para uma empresa de limpezas num hospital de Lisboa (tem contrato precário) e trabalha ainda numa casa particular como empregada doméstica de uma senhora idosa (actriz de 89 anos) em Lisboa. Principal meio de subsistência é o seu trabalho e às vezes a ajuda da sogra que é “mais mãe que a sua própria mãe”. O companheiro não terminou o 9º ano de escolaridade e não trabalha “às vezes discutimos por causa disso, mas é bom pai e temos ajuda da mãe dele”. A relação afectiva “Não é fácil, ele é muito mimado e não trabalha; eu ando cansada, às vezes discutimos muito e a minha sogra dá-me força; ralhamos as duas com ele”. A mãe dele agora derrete-se pela neta! A minha vive a vida dela em França com o meu padrasto e os meus irmãos filhos dele.” “A minha avó adora a bisneta e do meu pai nada sei.”

Frequenta consultas de saúde sexual e reprodutiva “só depois do nascimento da filha” às vezes tomava anticoncepcionais orais mas esquecia-se, agora colocou Implante (após segunda IVG).

Teve a menarca aos 13 anos e iniciou actividade sexual aos 14 anos com o pai da filha e companheiro. Também a mãe e as tias foram grávidas adolescentes, para além de algumas amigas de infância.

## Entrevista 2 – “Magnólia”

Tem 15 anos. Nasceu em Cabo-verde, mas veio para Portugal com 4 anos e desde aí viveu sempre no concelho da Amadora. Vive na Damaia há 3 anos (com os pais e irmãos) desde que veio de Cabo-verde onde ficou a viver com os avós até os pais a poderem trazer para Portugal. “Gosto de estar em Portugal, não quero viver em Cabo-verde.”

O apartamento onde vivem agora tem 3 assoalhadas com saneamento básico, pouca higiene e demasiadas pessoas a viver naquele espaço. Viveu sempre com os pais em bairros sociais (6 de Maio e Cova da Moura) e foram desalojados, têm ajuda da Segurança Social para pagar arrendamento do apartamento que habitam. A adolescente dorme com a irmã gémea numa cama de casal; o seu RN (recém-nascido com 15 dias) numa alcofa ao lado da cama de ambas. No outro quarto dormem os irmãos e no outro os pais, a cunhada e os filhos no andar de baixo. O namorado “vive em Corroios há 1 ano, sozinho, desde que está a trabalhar”; frequentava o 8º ano, deixou de estudar, trabalha como distribuidor de jornais/revistas e publicidade.

A adolescente estuda; “estou no 8º ano num colégio de educação especial na Margem Sul, depois de engravidar deixei de ir às aulas”. Os pais são o seu meio de subsistência, e também vão sustentar o neto. “(...) o namorado ainda não ganha para dar dinheiro para o bebé.”

Teve a menarca aos 14 anos e iniciou actividade sexual aos 15 anos; engravidou logo na primeira relação sexual. Nunca pensou em abortar; “Tirar? não, nem pensei nunca nisso quando soube que estava grávida”; “esta gravidez foi inconscientemente desejada e muito bem aceite pelos dois!”

Estava referenciada à CPCJ por faltar à escola, “pretendo continuar a estudar e arranjar emprego para não perder o filho.”

Referiu não existir gravidez precoce na família “(...) a mãe só ficou grávida aos 18 anos”, mas algumas das suas colegas de escola engravidaram.

### Entrevista 3 – “Mimosa”

Tem 19 anos e uma filha com 4 anos. Nasceu em Cabo-verde tal como o companheiro. Desde que chegou a Portugal que a adolescente vive em casa abarracada, no bairro da Cova da Moura, na Amadora. Namora com o companheiro “desde os 13 anos que nos conhecemos cá em Portugal”; vivem juntos desde os seus 15 anos.

Frequentou o 8º ano e começou logo a trabalhar quando engravidou; “não gostava de estudar”; o companheiro tem o 9º ano de escolaridade.

Ambos trabalham, ela como empregada doméstica em casas particulares e como empregada de limpeza numa empresa; ele está empregado numa hamburgueria e trabalha como distribuidor.

Não se lembra de quando foi menstruada pela primeira vez, mas iniciou actividade sexual com 14 anos; várias das suas amigas iniciaram mais cedo. Engravidou do rapaz com quem namorava, na primeira vez com 15 anos por acidente, “aconteceu (olhar indirecto e sorriso envergonhado), ele disse que sabia e que tirava, que não havia problema, o namorado ficou muito feliz e como o pai me “expulsou” e a mãe disse que eu agora tinha que seguir a minha vida, fomos viver juntos.

A mãe juntou-se com o pai quando engravidou a primeira vez aos 18 anos.

Já realizou posteriormente uma IVG e não pretende seguir a actual gravidez. Afirma com convicção e olhar triste: “maternidade é responsabilidade, é amor, interromper é grande pecado.” Abortar? “Não, nunca pensei e sou contra!..., mas tem que ser!... Não era capaz de passar tudo de novo outra vez, (...) passei muito mal (...)”.

Agora (3ª gravidez) ele também não queria que eu “tirassem”, ficou muito zangado comigo, mas eu agora não quero, amo a minha filhota e para já não quero outro filho”.

Quando questionada sobre a relação com o companheiro responde que “logo se vê, quero ter um ‘tuga’ para mim e também quero um casamento de princesa”.

Realizou a segunda IVG.

#### Entrevista 4 – “Margarida”

Tem 19 anos e uma filha com 3 anos. Nasceu e viveu em Cabo-verde até há um ano atrás. Desde que chegou a Portugal com a filha que a adolescente vive na Buraca, num apartamento com saneamento básico, habitação dos pais.

Terminou o 9º ano ainda em Cabo-verde; veio para Portugal viver com os pais para ter melhores condições e estudar, ainda não conseguiu ingressar na escola. “Porquê? Ainda não tive vaga...”; “gostava de ter estudado mais, agora quero voltar a estudar para ser médica pediatra.” O namorado quer que ela vá para o Algarve constituir uma família com ele. Ela deseja fazer IVG. “Ainda não quero ser mãe outra vez e os meus pais ainda não sabem, nem vão saber que estou grávida outra vez”.

Engravidou do rapaz com quem namorava aos 16 anos por acidente, no início foram namorando em Cabo-verde. Ela ficou com a bebé e a viver com os avós; um ano depois cada um seguiu a sua vida; ele ficou em Cabo-verde com outra namorada e ela veio com a filha para Portugal. “Conheci cá um rapaz no Facebook®, ele é muito bom, trabalha... para o ano vamos ter um filho porque ele ainda não tem e deseja muito. Quer que eu vá viver com ele... (baixou os olhos envergonhada) ele ainda não sabe que estou grávida nem sabe que vou tirar... ficava zangado...” (baixou novamente o olhar com sorriso triste). O actual namorado trabalha e vive no Algarve; trabalha num hotel conheceram-se na Internet – Facebook® quando chegou a Portugal; estiveram juntos poucas vezes quando ele veio a Lisboa e acabou por engravidar.

“Como não frequento a escola e estou em casa com a mãe a cuidar de crianças, não tenho amigas; só virtuais (Facebook®).”

Foi menstruada com 13 anos e iniciou actividade sexual aos 15 anos. As suas gravidezes “aconteceram”; “às vezes usava preservativo...”, tal como as amigas, algumas também engravidaram precocemente.

Iniciou processo de IVG que acabou por realizar; só contou à amiga que a ajudou neste processo (nem os pais nem o namorado souberam).

Também uma irmã e primas que vivem em Cabo-verde foram mães adolescentes.

## Entrevista 5 – “Açucena”

Tem 19 anos. Nasceu em Portugal tal como o companheiro, ambos filhos de pais Portugueses. Engravidou ainda com 17 anos quando frequentava o 8º ano, depois de engravidar deixou de ir às aulas. A melhor amiga também já é mãe. Agora já fez o 9º ano e está a realizar um curso de 3 meses numa escola de talentos em Lisboa para no fim ter emprego (adora trabalhar com crianças e idosos). O companheiro possui o 8º ano incompleto e deixou de estudar; trabalha “nas obras”.

A adolescente vive na Amadora há 1 ano e meio com a filha de 11 meses. A habitação em que reside é residência de acolhimento indicada pela CPCJ. Quando questionada do porquê estar na instituição, explicou a existência de conflitos na família; “o pai exaltava-se facilmente; as tias paternas tinham muitos conflitos com os meus pais, motivo pelo qual já estava referenciada por elas para a CPCJ”.

Os fins-de-semana vai passá-los com a filha e o companheiro na casa dos “sogros”; “eles ajudam-nos muito” (sorriso aberto e olhos brilhantes). Fazem planos para viver juntos para quando ela e a bebé saírem da casa de acolhimento.

Teve a menarca aos 14 anos e iniciou actividade sexual com 15 anos. Tem uma prima que também engravidou precocemente. Teve outros parceiros sexuais antes “(...) mas não foi a sério, eu perdi a virgindade com o pai da minha filha; é por isso que eu o amo tanto!” Explica que nunca pensou em abortar quando soube estar grávida; “mesmo que ele não aceitasse (...) só soube que estava grávida com 4 meses”. O pai manda, “foi muito difícil dizer-lhe que estava grávida e ele levou-me logo à médica para abortar, mas já não podia, felizmente!”

A gravidez não foi planeada, mas foi muito bem aceite pelos dois; o namorado também ficou “super feliz”; “não pensámos que engravidasse; às vezes usávamos preservativos, mas naquela vez não estava à mão... e foi tão bom!... para os dois!” Reforça ainda a ideia afirmando: “Sim, gostei logo muito dele, amo-o muito, ele é muito especial e vamos ficar sempre juntos”.

Para a Açucena “(...) sim, é muito importante ser mãe, mas devia ter sido mais tarde, daqui a 3 anos queremos o menino”. Explica ainda que o namorado já trabalha e que os

projectos mudaram com o nascimento do bebé, pois começou a pensar em acabar os estudos; “antes faltava às aulas, agora era bom se já tivesse estudado...”

#### Entrevista 6 – “Anís”

Tem 17 anos e um bebé com 2 meses de idade. Filha de portugueses e nascida em Portugal, tal como o companheiro, conheceram-se no colégio há cerca de 2 anos. “Gostei logo muito dele; houve qualquer coisa... era e sempre foi muito carinhoso comigo”.

Vivia em bairro social e sofria violência doméstica por parte do pai que batia na mãe e nos três irmãos. A mãe era alcoólica e extremamente doente, motivo pelo qual eles foram retirados e todos separados por “colégios diferentes”. A sua irmã mais velha também foi mãe adolescente. “Eu fugia sempre que podia para ir ter com a minha mãe”. A sua mãe faleceu há 3 anos no seguimento “de complicações do álcool”.

Anís vive actualmente na residência de acolhimento indicada pela CPCJ; os fins de semana vai passá-los com o filho e o companheiro na casa da “sogra”; “eles ajudam-nos muito e estão completamente babados pelo neto; se não fosse isso eu já tinha fugido de novo”. Presentemente só podem estar juntos aos fins de semana pois o namorado começou a trabalhar quando ela engravidou. Fazem planos para casar e baptizar o bebé no mesmo dia, quando ambos (mãe e filho) saírem da residência. “Estou noiva”, refere com ar feliz e envergonhado. “Os meus sogros estão a lutar para nos tirar daqui”.

A adolescente recomeçou a estudar novamente há 1 mês; está a terminar o 9º ano num programa de ensino especial. “Antes de engravidar estava em colégios de ensino especial de onde era expulsa, pois fugia e faltava muito às aulas, fugia para estar com o namorado que conheci no penúltimo colégio onde estive, ele esteve a trabalhar lá”. O companheiro possui o 5º ano do segundo ciclo do ensino básico e já trabalhava como “limpador de vidros de uma grande empresa”.

A Anís foi menstruada pela primeira vez com 12 anos e iniciou a sua actividade sexual aos 15 anos. Pensou em abortar quando soube estar grávida por estar sozinha, mas abandonou logo a ideia; também já se descobriu tarde, tinha 3 meses”. Ficou

extremamente feliz quando contou ao namorado que ficou muito feliz também. Afirma que esta gravidez não foi planeada, mas sim desejada inconscientemente, e muito bem aceite por todos pois “sempre usei preservativo; a única vez que não usámos engravidei.”

Sente-se “Cansada, ele preenche praticamente todo o meu dia, pouco sobra para estudar e para as tarefas de casa...” Descreve o noivo como um pai babado e que... “os pais dele ficaram super felizes”.

Por agora o “namorado... já arranhou trabalho fixo, quando o dinheiro chegar vamos ter a nossa casinha; agora vamos casar e baptizar o filho no mesmo dia.”

### Entrevista 7 – “Amarílis”

Tem 17 anos e está grávida pela primeira vez. O pai do seu bebé tem 25 anos. Ambos nasceram em Portugal; filhos de pais Portugueses.

Vive em residência de acolhimento indicada pela CPCJ, desde os 2 meses de gestação, altura em que se separou do pai da criança por ele dizer que a filha não era dele (há cerca de 6 meses). Concordou com projecto de vida que lhe foi proposto; “eu estou aqui pois estou a estudar pela minha filha (...), desde que vim para cá já terminei o 6º ano e agora quero terminar o 9º ano antes de a menina nascer” Antes dos 13 anos vivia num bairro social, com os pais, o padrasto e a madrasta e os irmãos; depois e até ir viver com o companheiro, passou por várias instituições de onde fugia para “ir sair com as amigas”. Algumas amigas já eram mães.

Antes de engravidar passou por 5 instituições (desde os 13 anos quando foi retirada aos pais) de onde era expulsa, pois fugia e faltava muito às aulas; fugia para estar com as amigas e ir aos bares “não gosto de escola, estou a estudar pela minha filha”. O pai da filha está em França, não estuda nem trabalha, trafica e consome droga; “gosto de trabalhar na restauração, era onde trabalhava enquanto vivi com ele; ele não entendia e não queria que eu trabalhasse... nem que lhe dissesse para ir trabalhar”. “(...) ele fugiu para França quando soube que eu estava grávida e sempre disse que a filha não era dele”. A relação de ambos durou “6 meses, já vivíamos juntos e eu cuidava da outra filha dele

que vivia connosco...”. Nunca pensou em abortar, mesmo quando o companheiro a pressionou para o fazer, pois tinha sofrido um aborto espontâneo de uma relação anterior. Esta sua gravidez não foi planeada, mas foi muito desejada... “eu queria engravidar e depois de ter tentado com o outro rapaz achava que não ia engravidar e então aconteceu... nós vivíamos juntos”.

Teve a menarca com 9 anos e iniciou a sua actividade sexual aos 12 anos. Desde os 9 anos, “sempre tive muitas dores, a minha mãe levou-me à consulta e comecei a tomar a pílula (Minigeste®), depois com 13 anos quando me tiraram aos meus pais para uma instituição colocaram-me um Implante, que eu tirei sozinha (fui ver à net como se fazia, é fácil). Às vezes também usava preservativo, mas eu queria ser mãe...”; “nas instituições por onde passei também era obrigatório fazer consultas de saúde sexual e reprodutiva e numa delas, para lá estar, tinha que colocar o implante (o que consegui tirar sozinha)”.

#### Entrevista 8 – “Petúnia”

É mãe de “Malva-Rosa” e tem actualmente 53 anos. Nasceu e viveu em Cabo-verde até aos 18 anos, altura em que veio para Portugal para estudar, deixou em Cabo-verde o seu filho mais velho entregue à meia-irmã, para poder vir estudar mas acabou por se casar. Nunca viveu com o pai do primeiro filho. Não gostava dele e não quis casar-se com ele. Viveu com o marido que conheceu ainda em Cabo-verde pois era vizinho. Já em Portugal, foi com quem teve os restantes filhos; agora está viúva (casou com 18 anos), agarrou-se ao primeiro que se quis casar com ela para fugir à mãe que lhe batia. “Já cá em Portugal e agarrei-me ao vizinho, que se quis casar comigo, não gostava dele, mas ele gostava de mim!”

Tanto em Cabo-verde como em Portugal sempre viveu em bairros sociais.

Foi menstruada pela primeira vez aos 11 anos e iniciou a sua actividade sexual aos 13 anos. Nunca usou métodos contraceptivos; só em Portugal soube que havia “mas o marido não queria...” Teve no total sete filhos e tem mais dois enteados.

Quando questionada sobre se desejou as suas gravidezes “Petúnia” respondeu: “desejadas? Talvez... todas as minhas gravidezes, nenhuma planeada, mas aceites todas, amo os meus filhos, mesmo na primeira gravidez que não entendia muito bem o que ela significava, não percebia nada!”

Engravidou quando tinha 13 anos... “estava na escola quando fiquei grávida, estava no 7º ano; eu era boa aluna.” Do marido não sabe quais as habilitações literárias.

Trabalha como empregada doméstica e como empregada de limpeza de um centro comercial da região de Lisboa. O marido (falecido) era pedreiro.

“Na minha terra havia o hábito de tentar arranjar casamento, a minha mãe mandava-me dormir na casa das pessoas e eu não queria, não achava correcto e depois ela batia-me.”; e acrescenta “não, agora sim, já se fala de tudo, estas raparigas de hoje só engravidam porque querem”.

Com o nascimento do primeiro filho... “sim, a minha vida parou, eu tinha muitos sonhos, queria ser aeromoça... não fui mais à escola...”, “(...) não voltei a estudar, mas gosto muito de ler, sempre vejo livros para ler.”

#### Entrevista 9 – “Alfazema”

É filha de pais portugueses e tem 19 anos. Nasceu em Portugal e sempre viveu na Amadora em bairro social, primeiro em bairro degradado, “numa barraca” e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara. Frequentou o 7º ano, já grávida e ainda o terminou. Viveu em França por um curto período; “(...) quando tivemos uma zanga grande, ele andava embeijado por outra e eu não estava para isso... levei os meus meninos e estive lá quase um ano a trabalhar; a minha cunhada e o meu irmão ajudaram-me e eu fui aprender a língua; depois vim de férias para passar o Natal e cá fiquei... ele pediu-me várias vezes para casar, mas eu não quero... se nos zangarmos não temos que gastar muito dinheiro. Tenho um casal amigo que viveu muitos anos juntos e quando casaram separaram-se... para quê?”

O companheiro é Africano, de Cabo-verde, nascido em Portugal, frequentou o 5º ano; “estudou pouco, mas também foi criado por uma avó e não pelos pais”. Vivem em União de facto. “Comecei a namorar com o pai dos meus filhos com 14 anos, apesar de algumas zangas e pequenos períodos de separação estou com ele até hoje; há 3 anos mais 3 de namoro...”

Trabalham ambos. “Trabalho na Pastelaria (...), tenho contracto definitivo! Se tivesse a carta eu poderia ser chefe... já trabalhei num centro de saúde, nas limpezas...”. O companheiro é “(...) empresário, tem uma empresa com o irmão de lavagem de carros, mas não tira muito; tirava mais quando tinha um patrão... ele tem dificuldade em assentar os pés na terra...”.

Sempre teve conflitos com o pai: “(...) ele não queria pois o meu companheiro é de Cabo-verde, nascido cá, mas de outra cor... não aceitava de maneira nenhuma... batia-me... se fosse os meus irmãos homens ele não fazia metade dos filmes que fez comigo... o meu pai é racista... o meu filho nasceu em Fevereiro e ele sempre disse do neto; aquele filho de um preto? Ainda não morreu?”. “O meu filho só soube que ele era avô com 2 anos. Ele agora aceita e até já convive com o meu marido. Ele dizia para a minha mãe: “Olha lá, a tua filha está grávida! Grávida daquele preto, vamos ter um preto na família, ela já estragou a raça, não quero netos pretos...” mas todos os filhos lhe demos netos pretos!”, “eu até nem gostava dele mas ele até tinha namorada e deixou-a por mim, acabei por me apaixonar perdidamente por ele.”

Explica que sempre viveu num bairro social e se apaixonou por quem convivia; reforça ainda a ideia dizendo “aconteceu darmos netos pretos aos meus pais, pois eles não fugiram do bairro social connosco, não procuraram uma vida melhor para nós, também não tinham hipóteses, éramos muitos...”, “se eles não tivessem tido tantos filhos e tivessem comprado uma casa fora de um bairro social talvez eu me tivesse apaixonado por um branco...”, “eu ia ser mãe, o meu pai já não me podia bater e eu construía a minha família... não vivia às custas de ninguém”.

Teve a menarca com 12 anos e iniciou actividade sexual aos 14 anos. “Foi desejada, ele era meu namorado e sempre me disse que nunca me iria pressionar, seria quando eu

quisesse apenas...”, “engravidar sempre quando quis. Fiz 2 abortos com comprimidos, na altura em que não estava bem com o companheiro; na segunda vez ia morrendo, perdi demasiado sangue. Perdi 2 filhos porque andei à porrada com uma rapariga e do segundo perdi só por causa de um bate boca no bairro; fiquei tão enervada...”.

“(…) já namorávamos e ficámos juntos até hoje, acho que vamos continuar assim; só assim estamos bem! Os africanos são mais homens que os ‘brancos’ mas também são mais infiéis!” e reforça ainda a ideia “Apesar de termos sido criados no mesmo bairro temos crenças culturais diferentes; os africanos são mais ciumentos, mais possessivos e mais infiéis, mas também mais protectores.”

A mãe e as irmãs foram também elas mães adolescentes.

#### Entrevista 10 – “Malva-Rosa”

Tem 19 anos e nasceu em Portugal. É filha de pais Cabo-verdianos que migraram para Portugal à procura de uma vida melhor. Sempre viveu em bairro social, primeiro em bairro degradado e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara.

Algumas amigas da escola foram mães adolescentes. “Estava na escola quando engravidar, estava no 7º ano, estudei até ao 9º ano”.

“Sim, foi o meu primeiro namorado; era irmão de uma colega minha da turma. Protegia-me, ia levar-me a casa, íamos passear juntos...”

O marido tem o 4º ano de escolaridade e já trabalhava quando se conheceram. A relação dura “desde os meus 16 anos, há 3 anos, casámos agora”. Vive com o marido e com os filhos. Ambos trabalham: ela como empregada de limpeza e ele como distribuidor de Pizzas.

Foi menstruada pela primeira vez com 14 anos e iniciou actividade sexual aos 16 anos. Tem 2 filhos e sofreu 2 abortos espontâneos. O filho mais novo tem 1 ano. Afirma com convicção: “desejadas sim, todas as minhas gravidezes, eu gostava dele e engravidava, só a primeira é que veio cedo de mais...” “eu queria e ele também, foi muito bom,

engravidou porque foi tão bom que não tomámos cuidado... eu não estava a tomar pílula!...”

Quando engravidou pela primeira vez “não sabia o que fazer... falei com a minha mãe que também não sabia... acho que apesar de tudo e com o apoio da minha mãe e do meu agora marido, eu nunca iria abortar... só se estivesse sozinha e não soubesse o que fazer...”

A mãe também ficou grávida dela prematuramente e não desejava o mesmo para a filha, mas abortar também não.

#### Entrevista 11 – “Miosótis”

Tem 16 anos e tal como a irmã gémea (“Magnólia”) nasceu em Cabo-verde. Vive na Damaia há 3 anos (com os pais e 3 irmãos ainda solteiros), viveu muitos anos na Cova da Moura quando veio para Portugal. Vive em apartamento de 3 assoalhadas com saneamento básico, pouca higiene e demasiadas pessoas a viver naquele espaço. Dorme com a irmã gémea numa cama de casal; a irmã gémea tem um filho de 7 meses que dorme no mesmo quarto e muitas vezes na cama com as duas. No outro quarto dormem os 3 irmãos, e na outra assoalhada os pais; no andar de baixo vive outro irmão, a cunhada e os filhos, as irmãs e irmãos restantes vivem em Cabo-verde com as respectivas famílias.

Frequenta 9º ano num colégio de educação especial na Margem Sul, continua a ir às aulas, às vezes... “a professora de Matemática teve muita pena pois eu era muito boa aluna... podia ter terminado o 9º ano.” O ex-namorado já não estudava quando o conheceu; “com 18 anos estive preso... não sei porquê... ele fumava gansas...”

Foi menstruada pela primeira vez com 15 anos e iniciou actividade sexual aos 13 anos. Antes desta gravidez teve um namorado durante 4 anos no colégio onde estudava; só terminaram porque ele esfaqueou outro no colégio e ficou em regime de internato.

À pergunta sobre aborto respondeu: “não, nem pensei nunca nisso quando soube estar grávida, mas, quando o ex-namorado disse que não era o pai, andei com outros rapazes que se afastaram assim que souberam da gravidez!...” Optou então por realizar IVG ainda

antes de informar os pais pois a mãe queria que ela o fizesse, mas já não era possível legalmente. Só revelou a gravidez já tinha 24 semanas de gestação. Ainda tentou “desmanchar” com receio de o pai dizer que a filha não era dele, usando “comprimidos que se compram na cabeleireira, lá na Cova..., mas tive medo”. Admite que esta gravidez não foi planeada; mas desejada inconscientemente; a irmã gémea, foi mãe com 15 anos. “Sim, queria ser mãe, o meu sobrinho é giro...” afirma e acrescenta “...o pai da filha trocava amor e carinho, por sexo”; “eu sentia-me muito sozinha antes da minha filha; foi bué bom ter a minha filha!”. Explica que quando informou o ex-namorado ele “fugiu na altura, depois quando eu lhe disse acabou por dizer que lhe dava o nome, mas como agora tem uma dama branca que manda nele, já disse que não é dele outra vez!” Miosótis falou com a família dele para fazerem o teste de paternidade pois “sabia que o filho era dele!”.

“(...) sempre me senti sozinha, eu e a minha irmã gémea nunca fomos de falar aquelas conversas de rapazes... sempre tivemos amigos diferentes, os meus pais trabalham muito e não têm tempo para nós... muitas vezes tomava conta dos sobrinhos...”

### Entrevista 12 – “Amor-Perfeito”

Tem 17 anos e é Portuguesa, filha de pais portugueses, vive na Damaia, novamente há 3 meses com os avós maternos, desde que voltou para Portugal já grávida; em casa dos avós que “me criaram”... viveu com os avós maternos até aos 8 anos, altura em que foi viver com a mãe e o padrasto para o Reino Unido “a minha mãe foi atrás do meu pai para o Reino Unido, ele fugiu-lhe para o Brasil para ao pé da família dele que estava lá e ela ficou até se casar com o meu padrasto. Com 14 anos e por não me entender com a minha mãe e o meu padrasto, pedi-lhes para ir viver com o meu pai para o Brasil e ela deixou.” Tal como a mãe, com 17 anos viveu a primeira paixão e fugiu da casa do pai e das tias, com quem vivia, para ir viver com o rapaz e “foi muito mau”. Voltou alguns meses depois e gostou logo do pai do seu filho que era vizinho deles. Juntaram-se 15 dias depois e engravidou logo. Viveu com o companheiro cerca de 9 meses no Brasil; pensa que ele estudou até ao 9º ano.

Frequentou no Brasil, até meio do ano lectivo, o equivalente ao 12º ano Português, que não concluiu. “O meu pai tirou-me da escola a meio do ano e pôs-me a trabalhar como ama e como doméstica lá no bairro, só porque eu era rebelde e no dia antes faltei à escola; tal como todos lá faziam montes de vezes!... eu só fiz disparate naquele dia...” O seu percurso escolar foi iniciado em Portugal, continuado no Reino Unido com alguns anos lectivos em Portugal (quando voltava para ao pé dos avós) e dos 14 anos aos 17 anos no Brasil.

Assume ter tido comportamentos de risco conscientemente: “Maconha só experimentei uma vez; álcool em festas; fumava muito e relações sexuais desprotegidas, sim!”

Está desempregada, “Não trabalho porque grávida ninguém me dá emprego! Depois quando o filho nascer a ‘Bisa’ toma conta do bisneto para eu voltar a estudar e a trabalhar, para orientar a vida e criar o meu filho.”

Quanto ao pai do seu filho diz que é “biscateiro; trabalha nas obras: pedreiro, pintor, não sei bem...”

“Vivia no Brasil, com o pai do meu filho num barracão só nosso, ao lado da minha sogra, já grávida e ainda sem saber. Passei dificuldades, passei fome, mesmo durante esta gravidez, e o meu filho não merece isso. Os meus avós pagaram a minha passagem, voltei para a minha terra onde podemos ter uma vida melhor, eu e o meu filho, se o pai dele não quiser vir!”

Teve a menarca aos 13 anos em Portugal, estava com a ‘Bisa’, não esqueceu pois foi numa das vezes em que se desentendeu com a mãe que veio viver para a casa dos avós, novamente. Iniciou actividade sexual ainda com 13 anos e teve um aborto espontâneo; “Sim, não sou capaz de falar disso!!! Nem com a ‘Bisa’, com ninguém!! Foi demasiado doloroso!!!”.

Ambas as gravidezes foram desejadas: “Sim, queria ser mãe, amava e ainda amo o meu companheiro, íamos construir uma família.” “A gravidez era o projecto de futuro, com o meu amor íamos construir uma família; trabalhávamos e criávamos o filho; lá estávamos sempre juntos!..., mas ele não larga a sogra!... Nem vem, nem manda os papéis para registar o filho; diz que não tem dinheiro”.

Para quando o filho nascer tem ajuda dos futuros bisavós em tudo... a mãe também manda ajuda... eu estou sozinha, grávida, não sei se ele vai deixar a mãe para ficar comigo e com o filho...”

Refere que teve ensinamentos sobre saúde sexual e reprodutiva em ambiente escolar. “Em Inglaterra sim, explicavam tudo e não há desculpas de não saber: mandavam ir buscar métodos contraceptivos gratuitos. No Brasil também davam preservativos nos centros da saúde, de graça, mas vinham estragados... Toda a gente dizia que estavam furados por brincadeira...”

### Entrevista 13 – “Papoila”

É mãe da Alteia e tem actualmente 34 anos de idade. Nasceu e viveu parte da sua vida no Alentejo. Viveu com os pais e com a primeira filha após ter fugido do companheiro que lhe batia (ainda viveu com ele cerca de 2 anos). Depois viveu com o segundo filho (fruto de uma relação extraconjugal do companheiro) durante um período de cerca de 10 anos, em que se sentia bem assim; “estava carente, não queria marido, mas sim carinho”. Da primeira filha foi-lhe retirado o poder paternal e entregue ao pai pela CPCJ quando ela tinha 7 anos e depois também ela engravidou com 15 anos. Actualmente vive em Alfragide com o marido e pai do seu terceiro filho. Vive em apartamento com 3 assoalhadas com saneamento básico, condições que também tinha no Alentejo.

Terminou o 9º ano de escolaridade já grávida e começou logo a trabalhar. Agora trabalha numa charcutaria de supermercado de bairro. O actual companheiro também tem o 9º ano de escolaridade completo, trabalha como pasteleiro no mesmo supermercado e também faz “bolos para fora”.

Foi menstruada aos 14 anos e iniciou a sua actividade sexual com 17 anos. “(...) quando fui à consulta para começar a tomar a pílula (pois tinha tido aquela relação sexual desprotegida) já estava grávida.”

A primeira gravidez não foi planeada; mas aceite... apenas porque não lhe foi permitido realizar aborto” (...) com 17 anos queria viver a minha adolescência e a minha

meninice...”. As seguintes foram desejadas, todas, e agora novamente a tentar engravidar. “Agora sou feliz com o meu marido; apenas queríamos ter mais um filho pois ele só tem um, eu é que já tenho 3...” e reforça... “(...) Agora sim, as jovens só engravidam porque querem.”

#### Entrevista 14 – “Alteia”

Tem 17 anos. Nasceu em Portugal, é portuguesa, filha de portugueses. Vive na Amadora desde sempre. Desde há 7 anos que vive na Damaia com a mãe e o irmão, o padrasto e a irmã de meses. A mãe engravidou na primeira relação sexual com o namorado e ainda viveram juntos algum tempo. “Sim, os meus pais sempre se deram mal, ele batia-lhe e arranhou outras mulheres; agora, para além do meio irmão, tenho um padrasto e uma irmã com meses”.

Está a frequentar o 11º ano, tal como o ex-namorado. O ex-namorado e pai do bebé, que a adolescente verbaliza como “curte”, é seu colega de escola e nasceu em Angola.

Foi menstruada pela primeira vez aos 15 anos e iniciou logo a sua actividade sexual, engravidou e realizou IVG. Iniciou contraceção; “a pílula, a mãe obrigava-me, mas eu esquecia-me...”

Primeiro só queria namorar com ele... “era o rapaz de que todas as raparigas gostavam lá na escola” e acrescenta... “Sim, eu sou feia e ele é o rapaz mais giro da escola” e ainda continua... “agora desta vez tinha relações sexuais com o rapaz por que tenho paixão, quando soube que engravidei ele não quis mais saber de mim...”

Culpabiliza-se por esta gravidez e quando se questiona sobre conhecimentos e acesso a método contraceptivos responde: “...sempre se falou e a minha mãe sempre falou comigo e me explicou tudo. Eu é que não tive cuidado, esqueço-me da pílula e não usei preservativo porque não gostamos.” Quanto a projectos para o futuro pretende... “continuar a estudar, namorar, viver... por isso vou voltar a fazer IVG”.

Iniciou novamente processo de IVG.

### Entrevista 15 – “Lavanda”

É avó de “Amor-Perfeito” e tem actualmente 69 anos. Casou e foi mãe com 18 anos já casou grávida com 8 semanas de gestação; “era pequenino e ia escondido! Já a minha filha casou com um barrigão enorme da minha neta...”

O marido tem actualmente 76 anos. São ambos Portugueses e vivem juntos na Amadora desde há 50 anos.

Ambos terminaram a 4ª classe, era a escolaridade obrigatória e começaram logo a trabalhar como empregados fabris, numa fábrica de lãs e foi aí que se conheceram. Actualmente são ambos pensionistas, mas o marido ainda faz uns biscates para ajudar a neta e o bisneto que vai nascer.

Foi menstruada pela primeira vez com 15 anos e iniciou actividade sexual aos 18 anos, com o casamento marcado. “...aconteceu... logo na primeira vez... também já estávamos quase a casar...”. Teve 4 filhos e ainda realizou um aborto. “Abortei com uma parteira senão ainda tinha mais um filho, só queria ter 2 filhos e tive 4! Ainda tive que criar as netas e agora ajudar a neta que criei com o bisneto que aí vem”. “Na altura não havia nada, mais tarde ainda usei uns supositórios...”

Todas foram grávidas adolescentes... “Sim, a mãe, a filha e agora a neta... as 3 gerações!...”

### **5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES**

As idades das participantes neste estudo variam entre os 15 e os 69 anos, sendo um primeiro grupo composto por doze adolescentes grávidas e/ou mães com filhos menores de 1 ano, sucedendo que seis são de origem lusa e seis de origem africana, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. O segundo grupo é composto por três adultas, duas mães e uma avó, familiares directas do primeiro grupo, com critérios de inclusão no estudo, em que uma mãe e uma avó são autóctones e uma mãe migrante.

As idades dos companheiros das participantes variam entre os 17 anos e os 76 anos (inclusivamente uma das mães encontra-se actualmente viúva).

### Idade da Adolescente vs. Idade do Companheiro na Primeira Gravidez

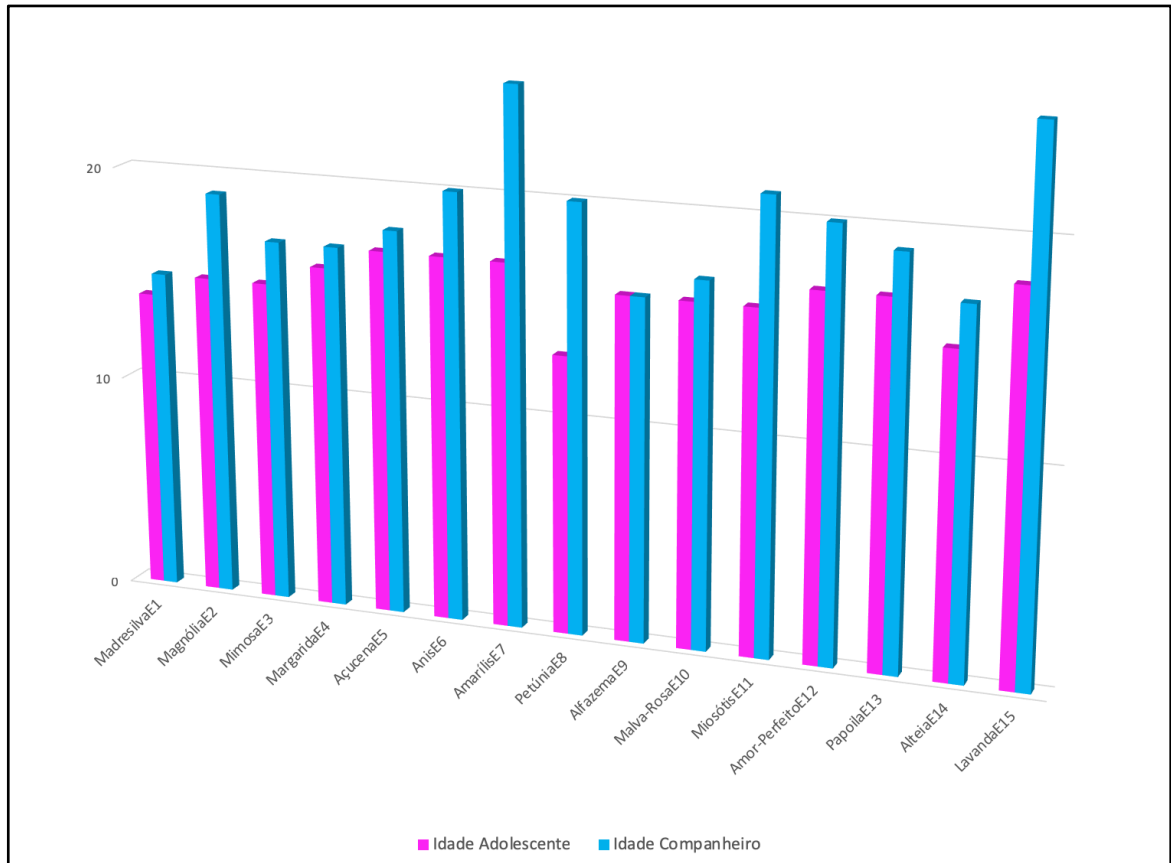


Gráfico 1 - Idade da Adolescente em relação com a Idade do companheiro na primeira Gravidez

No Gráfico 1 podemos observar as idades em que as participantes e os companheiros engravidaram pela primeira vez.

Da totalidade das participantes migrantes uma é de origem Guineense e seis de origem Cabo-verdiana, as autóctones são oito de origem Lusa, tal como podemos observar no Gráficos 2.

## Origem Étnica das Participantes

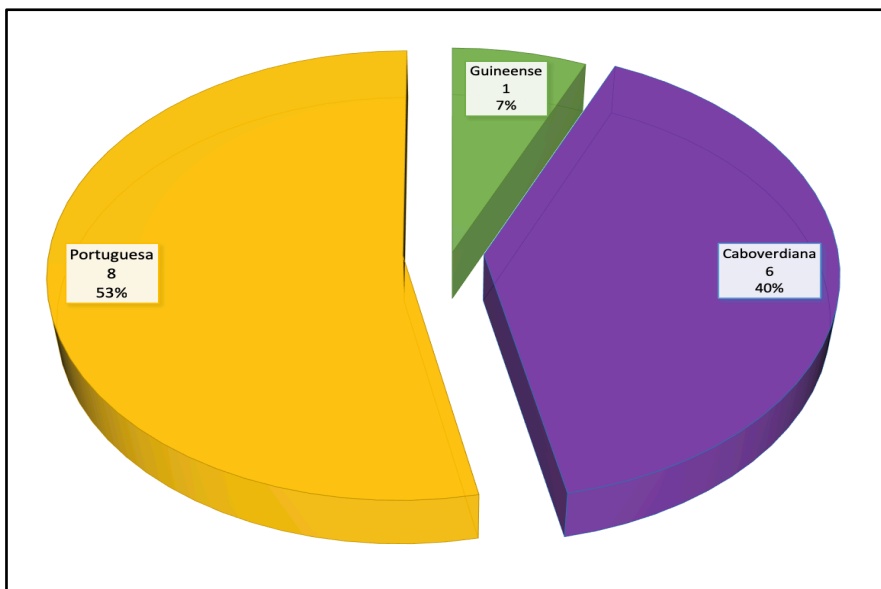


Gráfico 2 – Origem Étnica das Participantes

No caso dos companheiros, como podemos observar no Gráfico 3, seis são de origem Cabo-verdiana, um Angolana e outro Latino-Americana (Brasil), enquanto os restantes sete são de origem lusa.

## Origem Étnica dos Companheiros

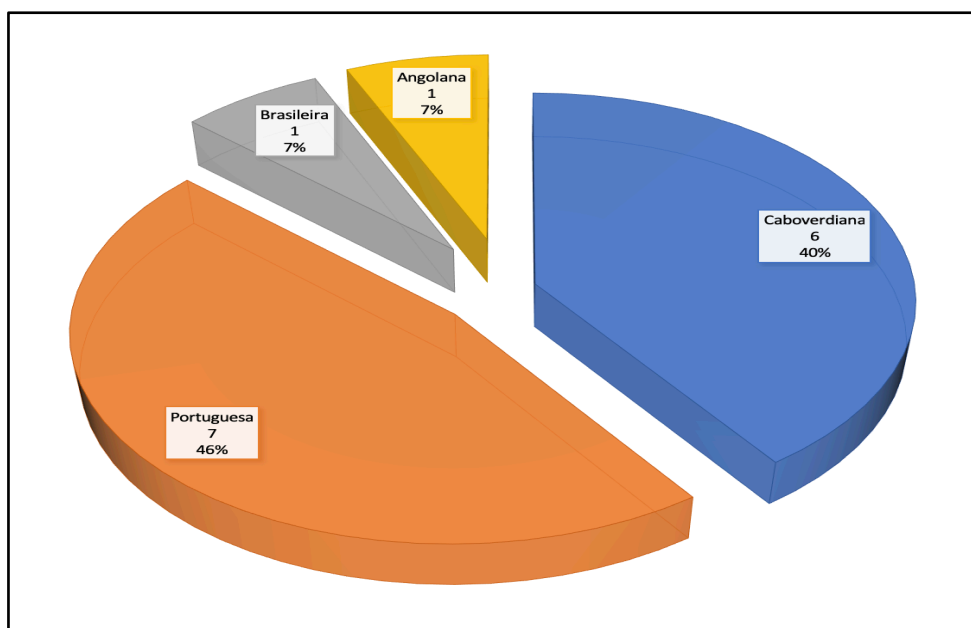


Gráfico 3 - Origem Étnica dos Companheiros

No Gráfico 4 podemos observar que todas as participantes falam português, mas oito delas falam também dialectos, sendo que duas ainda falam inglês e francês fluentemente.

### Expressão Oral das Participantes

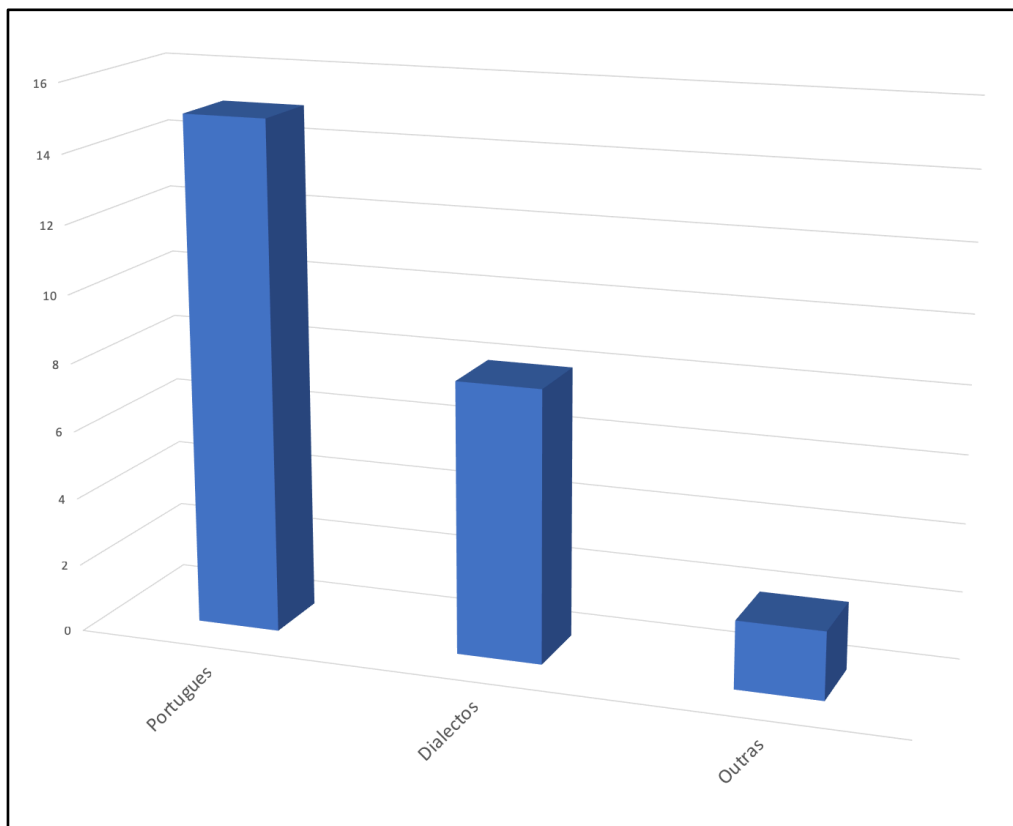


Gráfico 4 - Expressão Oral das Participantes

No que diz respeito ao nível de instrução das quinze participantes, uma concluiu o 1º ciclo, dez frequentaram, frequentam ou concluíram o 3º ciclo do ensino básico, uma encontra-se a terminar um curso técnico profissional, duas concluíram o 11º ano e apenas uma frequentou o 12º ano de escolaridade do ensino secundário.

No Gráfico 5 e em relação aos companheiros dois concluíram o 1º ciclo, três frequentaram o 2º ciclo, cinco o 3º ciclo e apenas dois concluíram o 11º ano do ensino secundário enquanto outro realizou um curso técnico-profissional de pastelaria. Duas das participantes desconhecem o nível de instrução dos companheiros.

## Idade das Adolescentes e Companheiros vs. Nível de Instrução de ambos

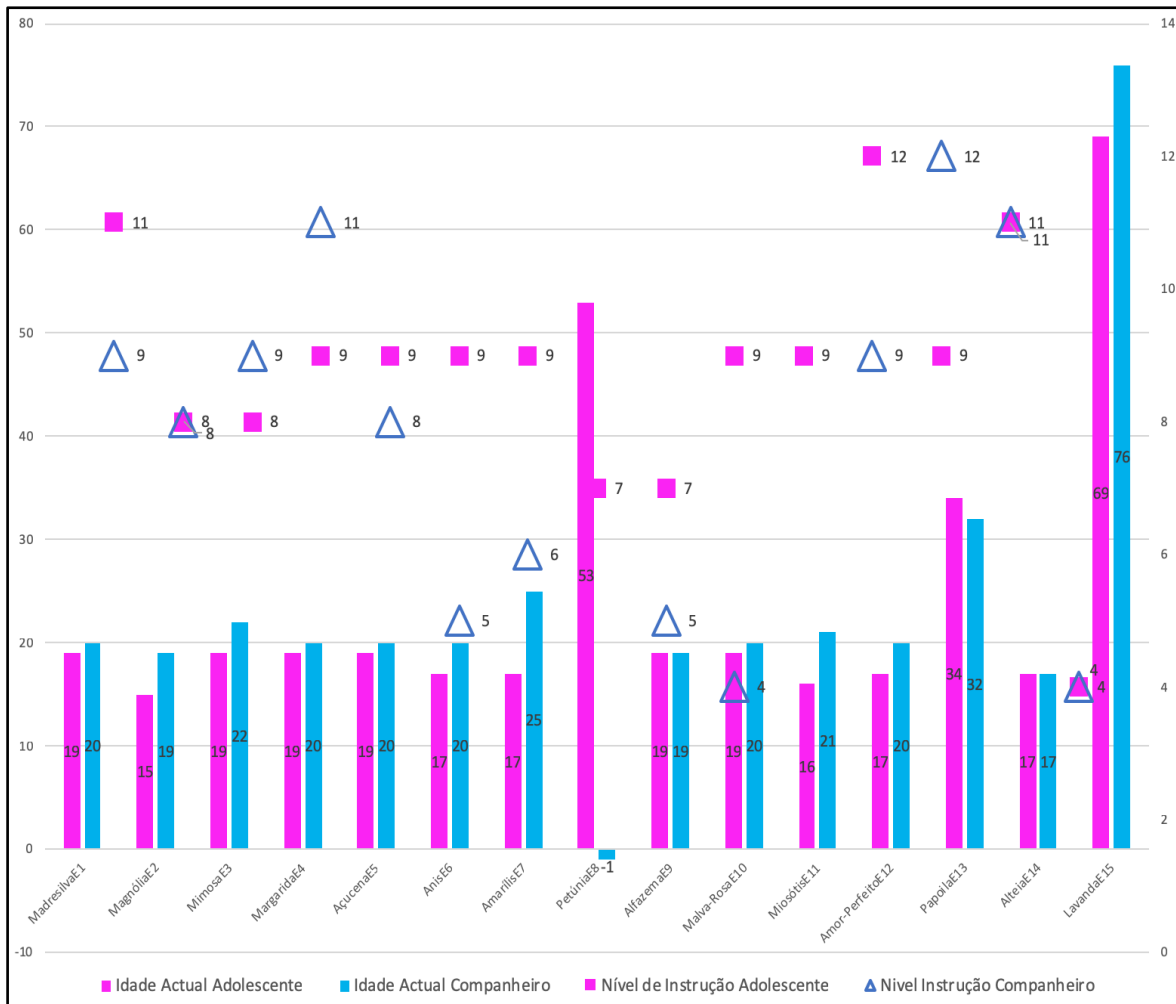


Gráfico 5 - Comparação entre a idade das Adolescentes e Companheiros em relação ao nível de instrução de ambos

Podemos ainda constatar que, na sua maioria, as grávidas adolescentes possuem habilitações literárias superiores às dos seus companheiros e de forma inversa elas são também mais novas.

Como podemos confirmar no Gráfico 6, das quinze participantes, seis ainda são estudantes, enquanto as outras exercem trabalhos de pouca qualificação tais como empregadas domésticas, de pastelaria ou de supermercado; e/ou trabalham por curtos períodos de tempo e em situações precárias.

### Ocupação das Participantes

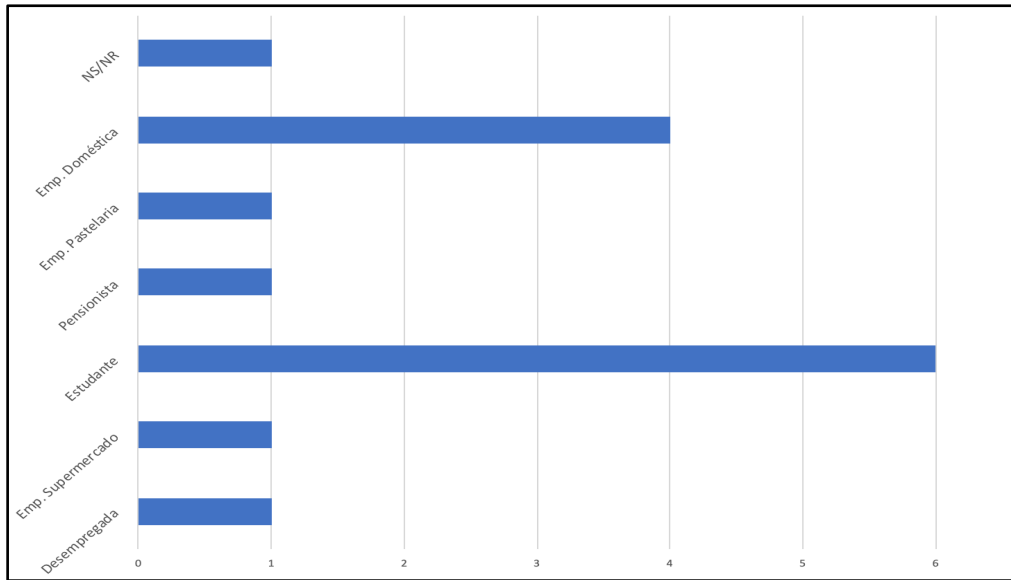


Gráfico 6 - Ocupação das Participantes

Em relação aos companheiros, apenas um ainda é estudante, outro trabalha com o irmão, por conta própria, sendo que os restantes têm emprego não qualificado, alguns com ordenado que lhes garante a independência económica da família, enquanto outros são traficantes de droga ou “biscateiros”, tal como podemos observar no Gráfico 7.

### Ocupação dos Companheiros

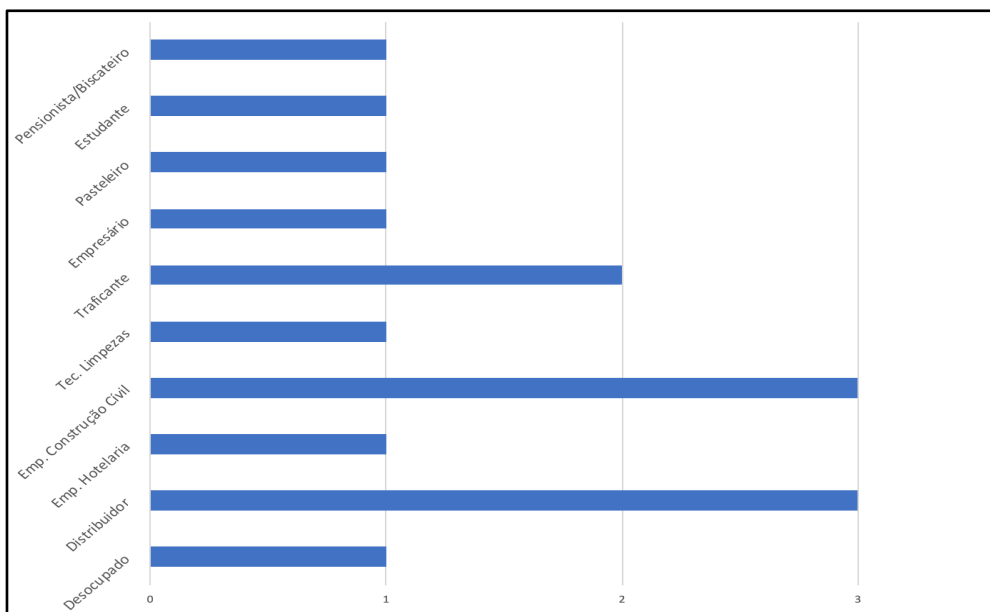


Gráfico 7 - Ocupação dos Companheiros

Habitam todas em meio urbano, há um ano ou mais, no Município da Amadora, como se pode observar no Gráfico 8.

### Anos de Residência na Amadora

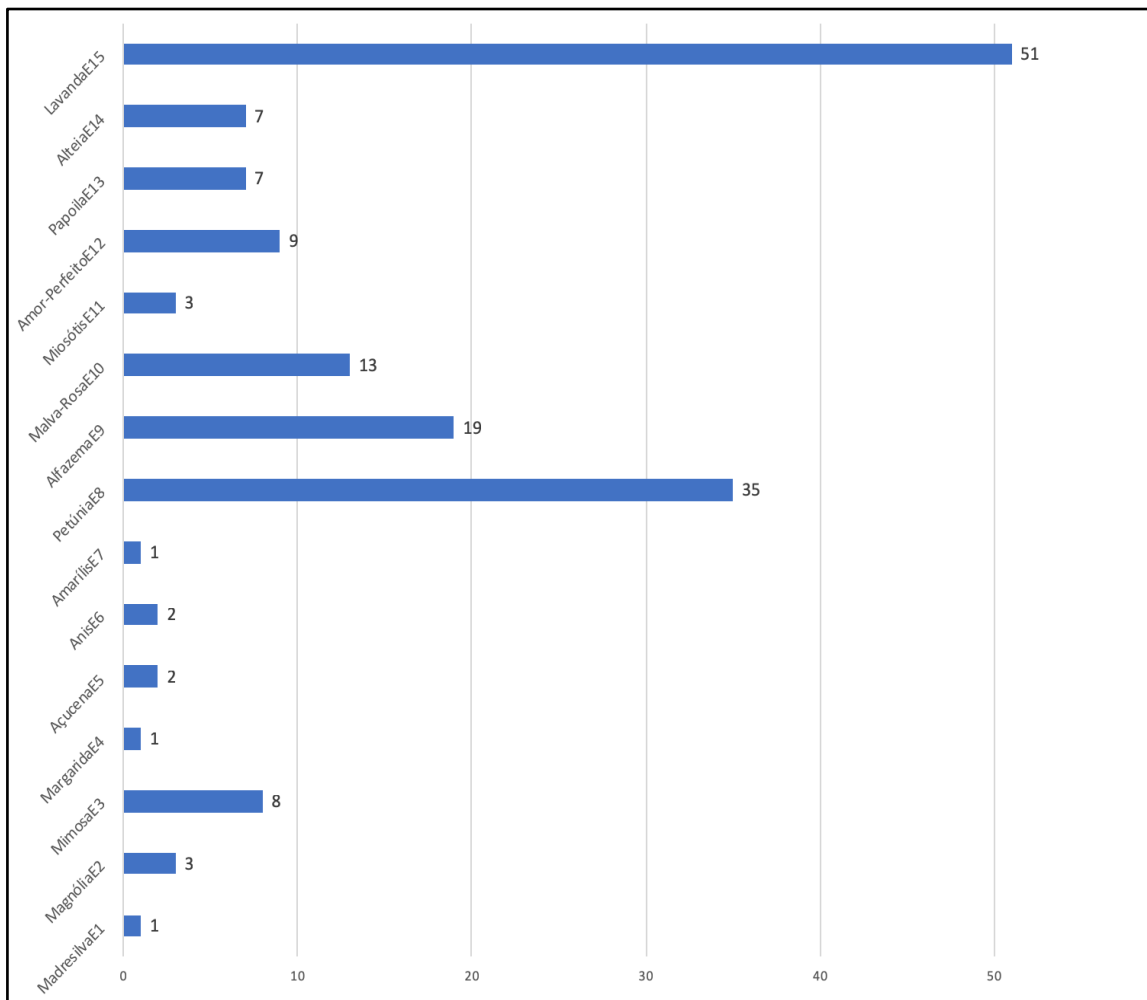


Gráfico 8 - Anos de residência na Amadora

No Gráfico 9 podemos verificar que das quinze participantes no estudo, oito vivem em apartamento, casa própria ou alugada; enquanto outras quatro habitam em bairros sociais: uma das participantes habita no bairro social da Cova da Moura em casa abarracada, e três no bairro de Casal da Mira em apartamento, após realojamento.

## Condições Habitacionais

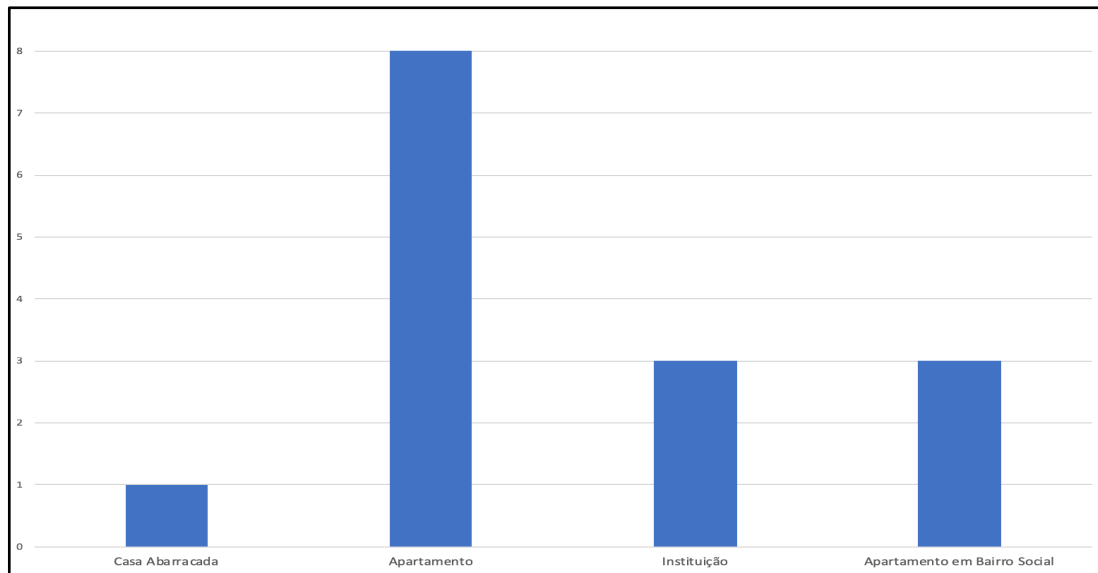


Gráfico 9 - Condições Habitacionais

Institucionalizadas através da CPCJ e do tribunal de menores, em apartamento, e a viver em conjunto com outras adolescentes na sua situação, encontram-se mais três das participantes neste estudo, sendo que todas elas são autóctones.

No Gráfico 10 podemos verificar que oito das quinze participantes mantêm relação afectiva com o companheiro e fazem planos em comum, sendo que, apenas três delas vivem com o companheiro, pai da primeira criança, sem depender da família e em família nuclear, em bairro social, sendo duas delas migrantes e uma autóctone.

## Participantes vs. Relação afectiva com Companheiro da Primeira Gravidez

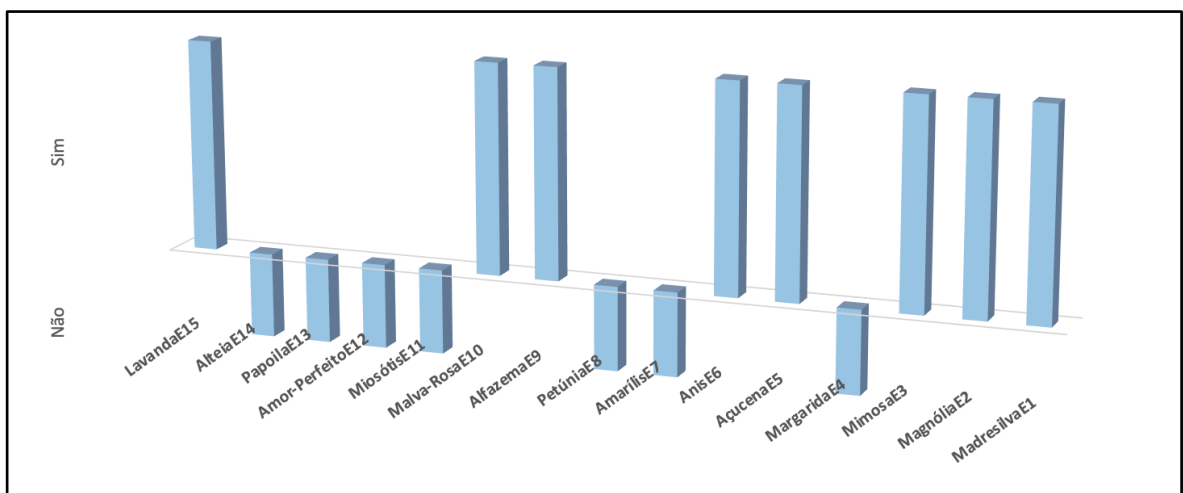


Gráfico 10 - Que Adolescentes ainda mantêm relação afectiva com o companheiro da primeira gravidez

Quanto ao estado civil, verifica-se que das quinze entrevistadas, nove são solteiras e três se encontram casadas, sendo que duas são mãe e avó autóctones. A mãe migrante ficou viúva recentemente. Apenas uma das grávidas adolescentes migrantes é casada, enquanto outras duas (uma migrante e uma autóctone) vivem em união de facto.

### Estado Civil

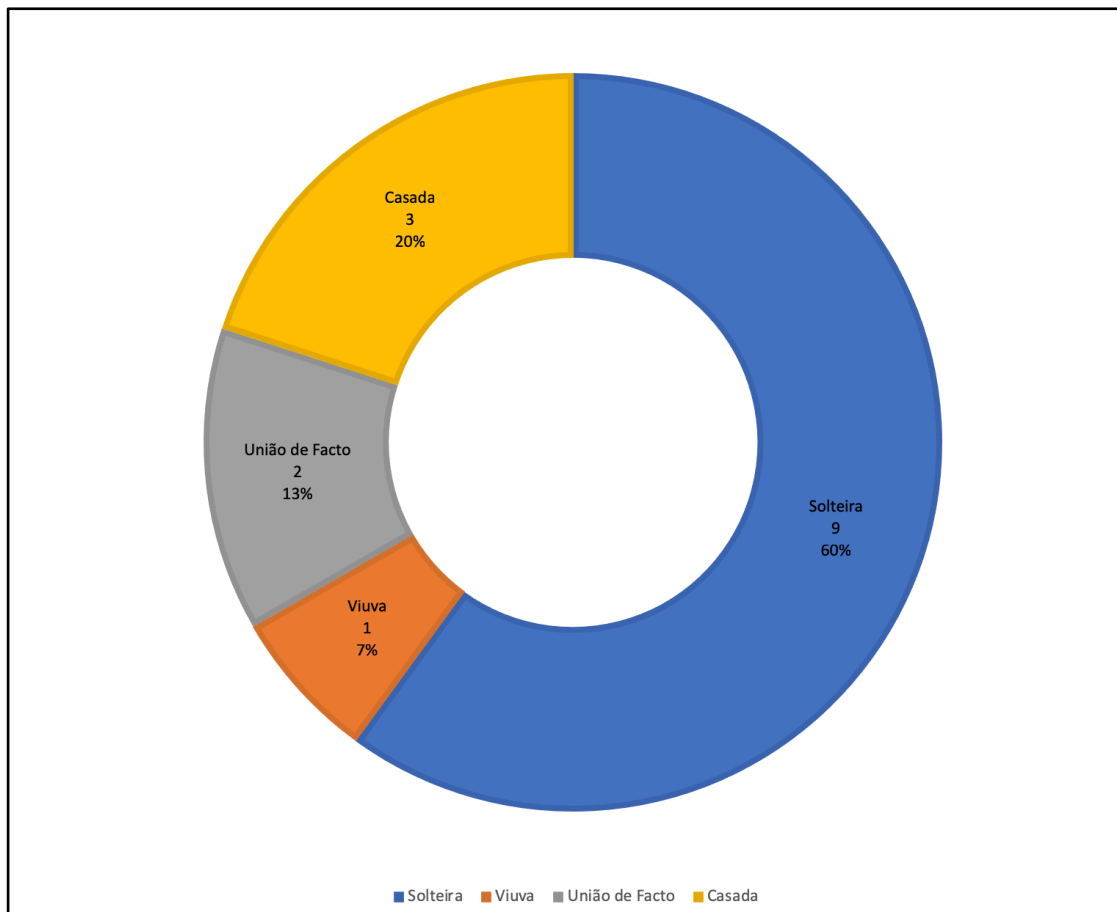


Gráfico 11 - Estado Civil

Das quinze participantes neste estudo oito têm histórias de conflitos familiares e divórcio por parte dos pais e/ou irmãos, famílias monoparentais ou reconstruídas. Três das adolescentes referem ainda traumas como a morte da mãe, de um tio significativo, ou ainda de a mãe sofrer de depressão grave.

### Estrutura Familiar de Origem

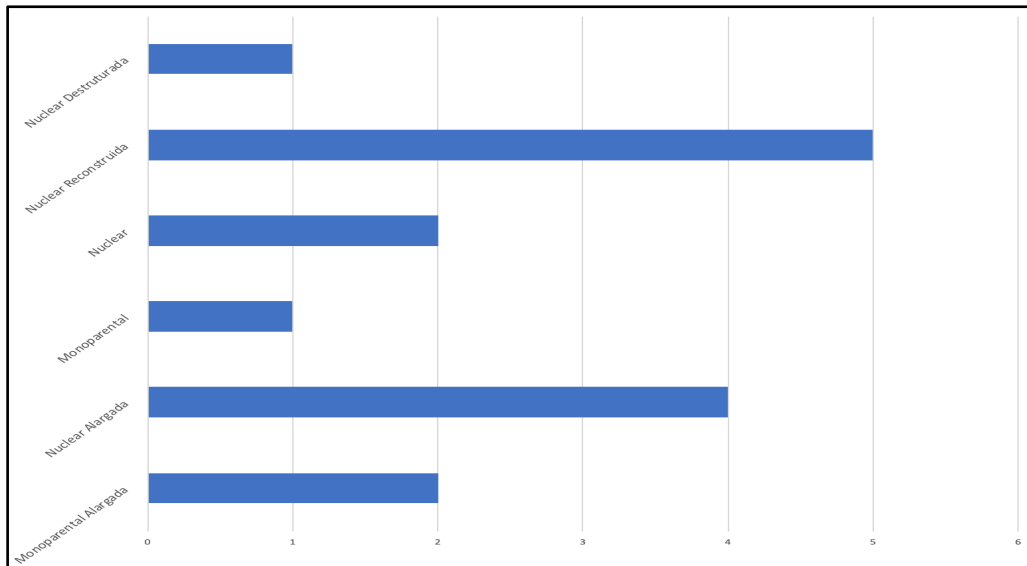


Gráfico 12 - Estrutura Familiar de Origem

Em relação à história obstétrica das quinze participantes, apenas quatro nunca tinham estado grávidas, nove já tiveram abortos anteriores, e cinco realizaram ou estão em processo de IVG tal como podemos observar no Gráfico 13.

### História Obstétrica das Participantes

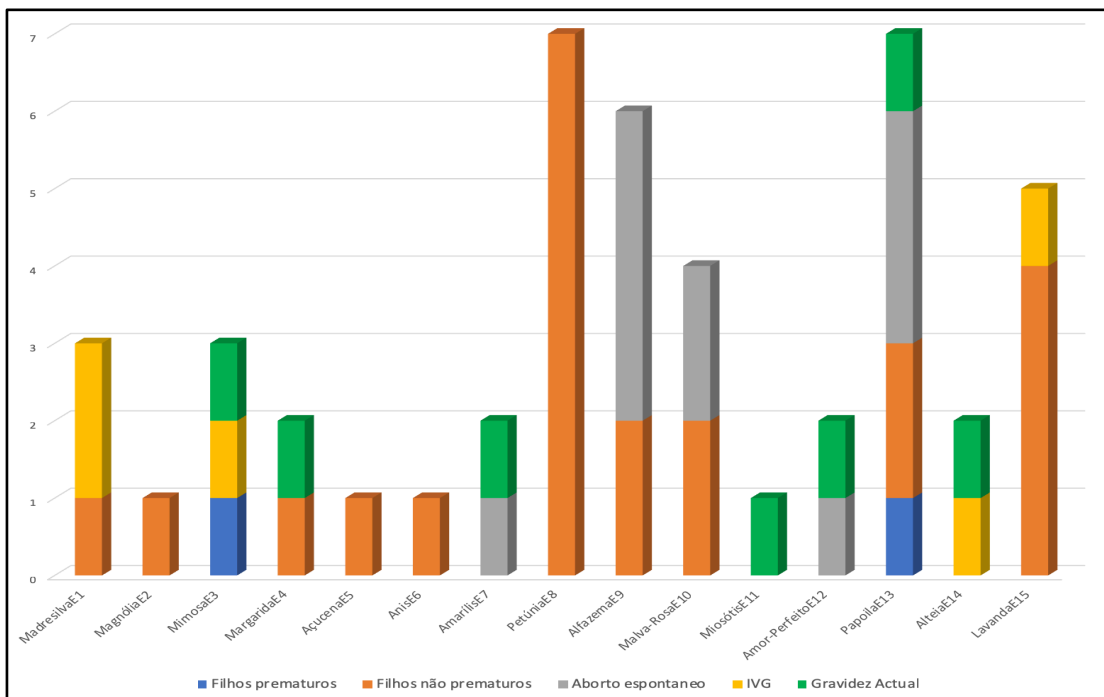


Gráfico 13 - História Obstétrica das Participantes

Também não são visíveis grandes diferenças no que diz respeito ao Índice Obstétrico de adolescentes autóctones e migrantes.

### Idade das Participantes vs. Número de Gravidezes

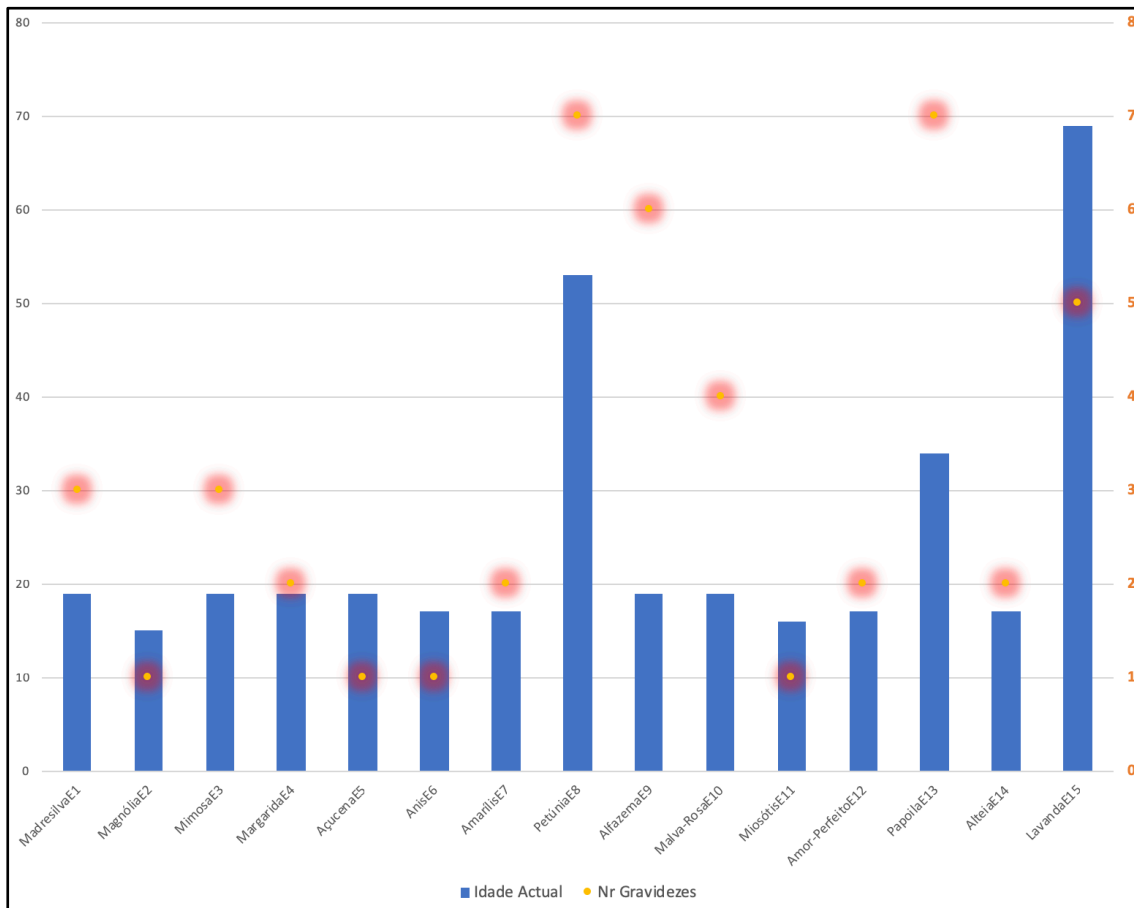


Gráfico 14 - Idade das Participantes em relação ao número de Gravidezes

No Gráfico 13 e no Gráfico 14 podemos visualizar que, com excepção das quatro participantes, as mais jovens, todas elas têm histórico de várias gravidezes.

Podemos ainda deduzir, ao observar o Gráfico 15, que todas as participantes engravidaram pela primeira vez precocemente e que não se vislumbram grandes discrepâncias intergeracionais, ou seja, as mães e a avó, engravidaram e foram mães igualmente em idades prematuras.

### Idade das Adolescentes na Primeira Gravidez vs. Idade Actual

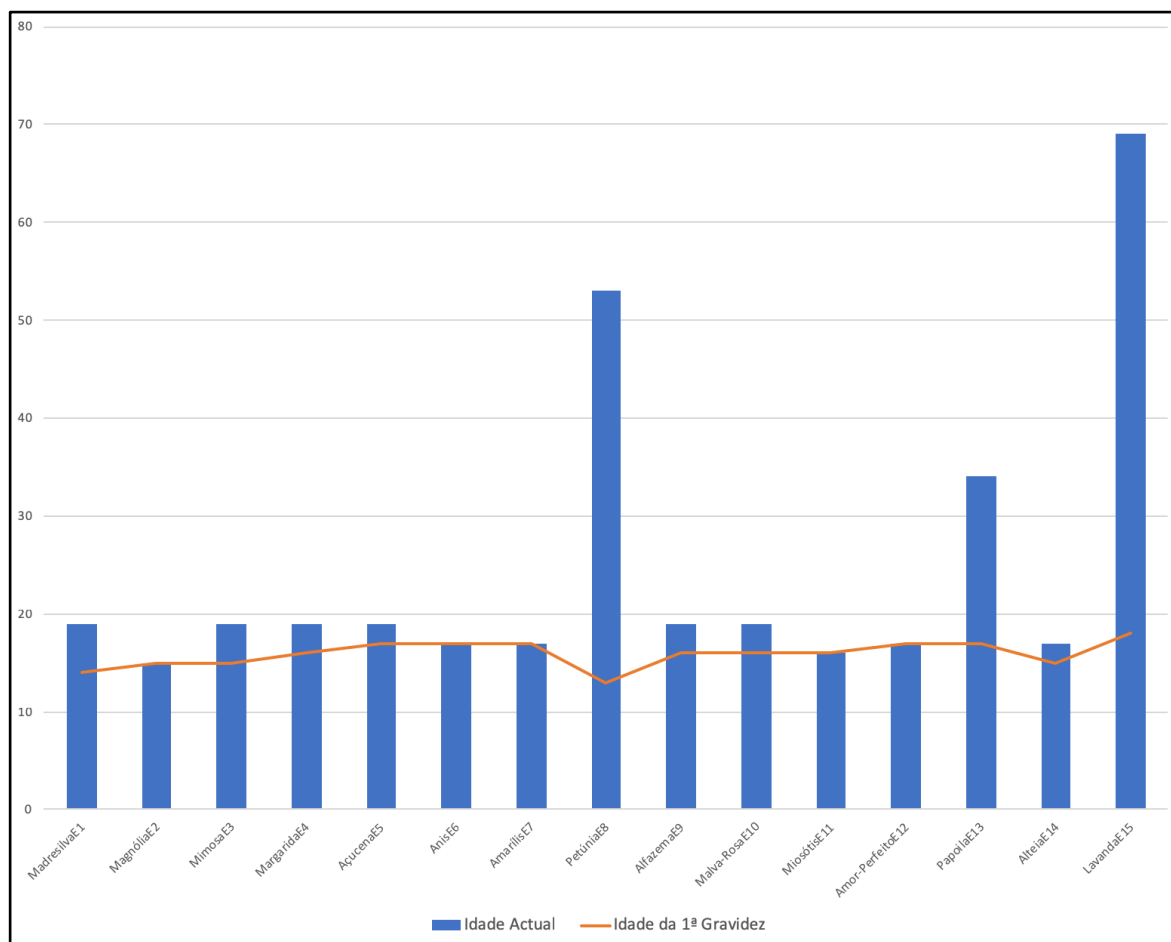


Gráfico 15 - Idade das participantes na sua primeira gravidez comparativamente à sua Idade Actual

Todas as participantes têm, na sua história familiar, mães ou outras familiares que foram grávidas adolescentes.

Uma das jovens participantes realizou a primeira IVG com 14 anos enquanto outra aos 15 anos.

Das quinze participantes, uma foi mãe do primeiro filho aos 13 anos; três aos 15 anos; quatro aos 16 anos e cinco aos 17 anos.

### Número de Gravidezes vs. Número de Filhos vs. Número Total de Abortos vs. IVG's

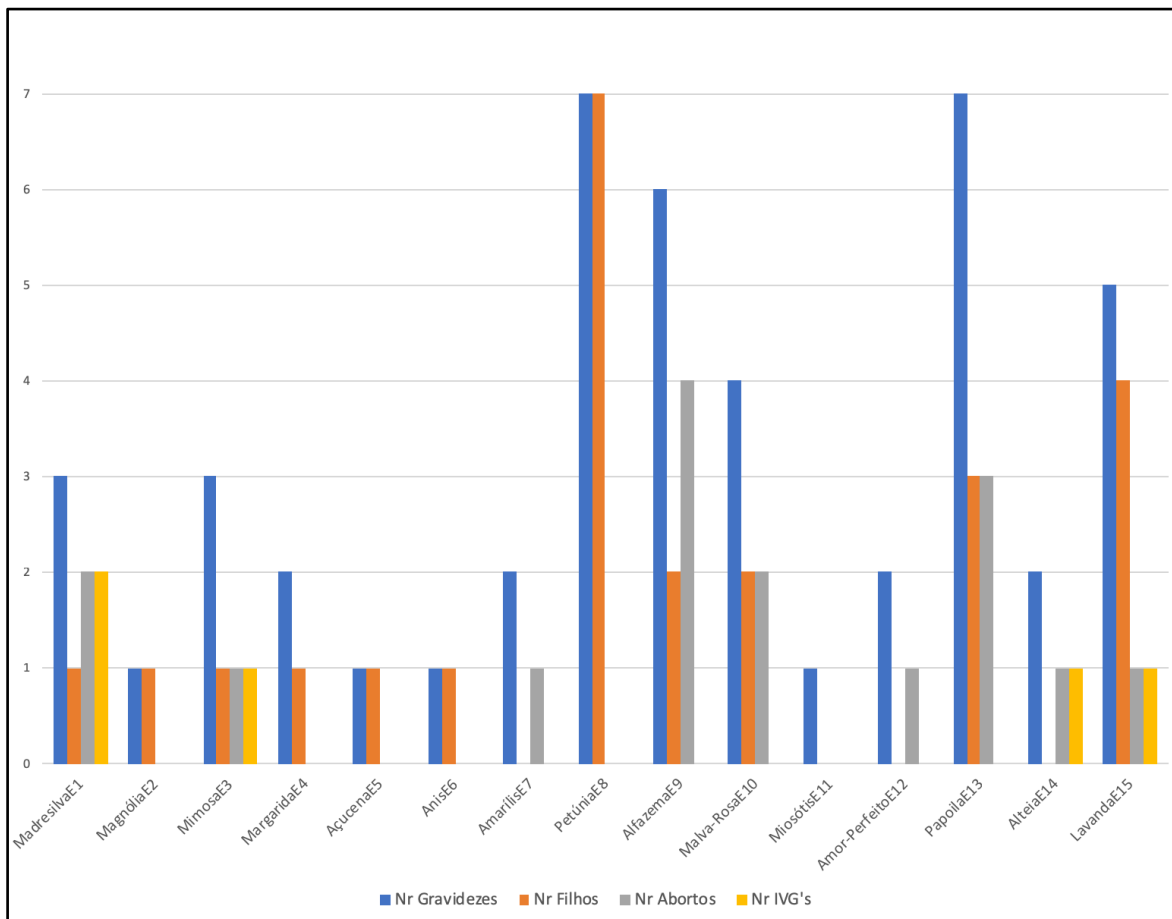


Gráfico 16 - Relação entre o número de gravidezes e o número de Filhos, número Total de abortos e número de IVG's

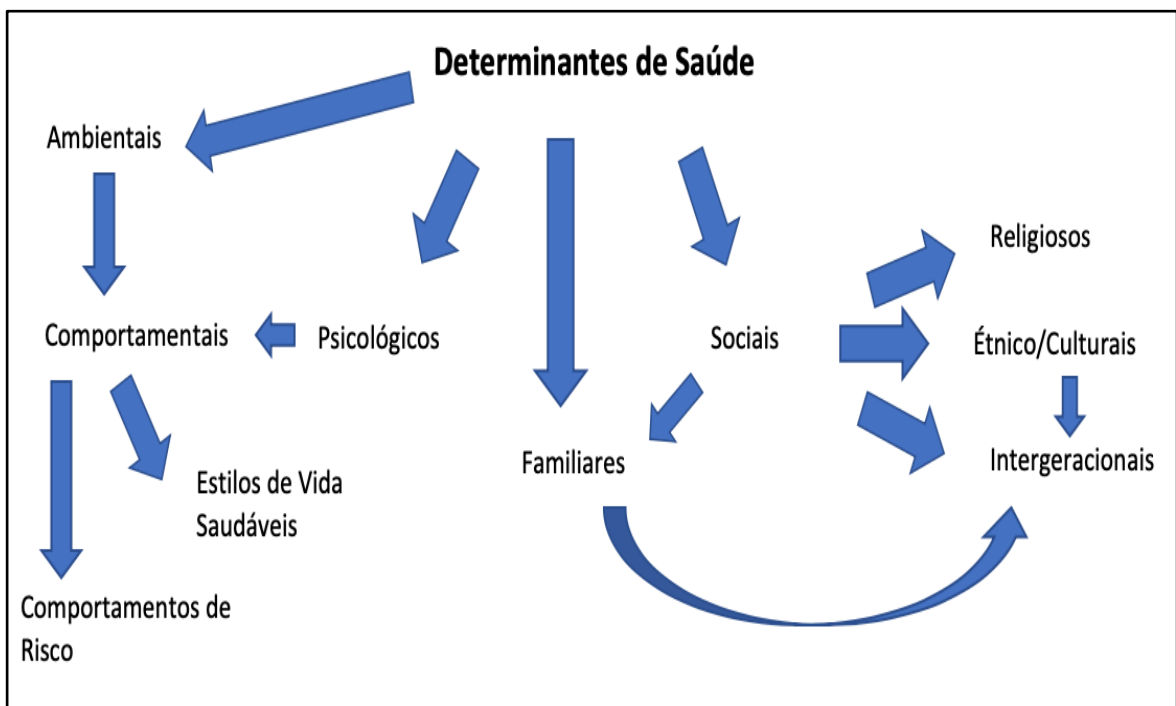
No Gráfico 16 podemos compreender que das quinze entrevistadas apenas quatro recorreram à IVG sendo que os restantes abortos sofridos pelas outras cinco entrevistadas foram espontâneos e resultantes de complicações obstétricas (Fonseca, 2011) enquanto que as outras sete participantes mantiveram (ou mantêm) a sua gravidez.

### 5.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS, CULTURAIS E DE SAÚDE

#### 5.3.1. REPRESENTAÇÕES ESQUEMÁTICAS DA CONCEPTUALIZAÇÃO

Da leitura flutuante dos dados e da análise e interligação dos dados colhidos, através dos vários instrumentos, surgiu-nos uma esquematização para os achados a qual nos orientou no processo de categorização:

#### Conceptualização da Influência dos Determinantes de Saúde

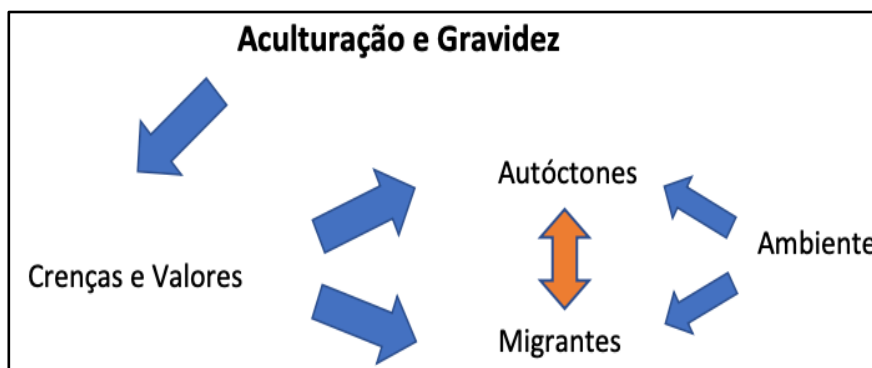


Esquema 1 - Determinantes de Saúde

Os determinantes de Saúde são influenciados de forma multifactorial e dinâmica, pelos determinantes psicológicos, sociais e familiares como explicam Nabais (2014) e Reis & Ramos (2012). Os factores psicológicos tanto podem conduzir as jovens adolescentes a praticar comportamentos de risco ou a adoptar estilos de vida saudáveis.

Os factores sociais estão interligados aos factores religiosos, aos culturais e étnicos, assim como aos familiares e intergeracionais, tal como referem Nabais (2014), Pires (2014; 2013) e Reis & Ramos (2012).

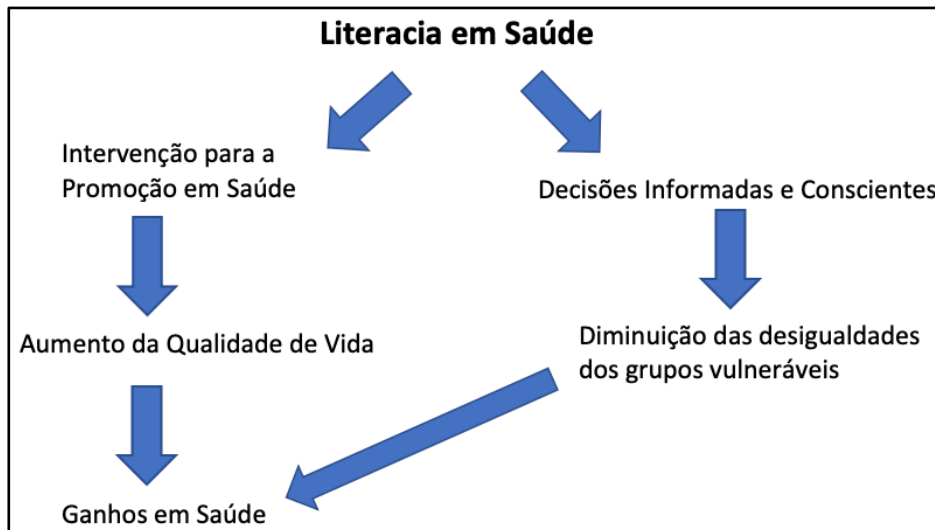
## Conceptualização da Influência do Fenómeno Cultural na Gravidez



Esquema 2 - Aculturação e Gravidez

O processo de aculturação tem influência na trajectória reprodutiva das jovens adolescentes: a convivência entre jovens adolescentes autóctones e migrantes fortalece a compreensão, a partilha e a comunhão de crenças e valores; as diferenças diluem-se e transformam-se, adaptando-se ao meio ambiente que as rodeia.

## Conceptualização da Relevância da Literacia em Saúde



Esquema 3 - Literacia em Saúde

A literacia em saúde das populações e das minorias desfavorecidas, deve ser considerada como um objectivo, e uma oportunidade de intervenção para a promoção em saúde, para o autocuidado, a mudança e a manutenção de comportamentos saudáveis, para ganhos em saúde individuais, familiares e da comunidade onde as adolescentes estão inseridas,

diminuindo desigualdades principalmente em grupos vulneráveis. Literacia em Saúde implica empoderamento e co-responsabilização dos adolescentes e dos profissionais, para que as jovens adolescentes tomem decisões individualizadas, informadas, conscientes e criteriosas.

### Categorias e Subcategorias temáticas e Codificação de unidades de contexto

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias ou Unidades de contexto</b>	<b>Código UC</b>
<b>Determinantes Psicológicos</b>	Necessidade de afecto	NA
	Baixa auto-estima	BAE
	Reorganização de vida	RV
	Objectivo de vida/prioridade	P
	Amor romântico	AR
	Imaturidade	I
	Tentativa libertação/autonomização	TA
<b>Determinantes Étnico/Culturais</b>	Ritual de passagem para vida adulta	RP
	Precocidade no relacionamento sexual	PRS
	Pressão grupo/aceitação	PG
	Sucesso/dificuldades escolares	S/DE
	Factores étnico/culturais	EC
	Preconceito cultural	PC
<b>Determinantes Sociais</b>	Nível socio-económico	NS
	Pobreza	PO
	Desemprego/ trabalho precário	D/TP
	Desinteresse/abandono escolar/baixa escolaridade	AE
	Literacia em saúde	LS
<b>Determinantes Religiosos</b>	Fertilidade como dádiva	FD
<b>Determinantes Familiares e Intergeracionais</b>	Violência doméstica	VD
	Famílias disfuncionais	FD
	Papel parental	PP
	Maternagem/responsável por Irmãos e primos mais novos	M
	Construir a sua própria família como projecto de vida	CPF/PV
	Procura de independência	PI
História familiar gravidez adolescente	HFGA	
<b>Determinantes Ambientais</b>	Contexto habitacional	CH
	Influência dos pares	IP
<b>Determinantes Comportamentais</b>	Estilos de vida	EV
	Comportamentos risco (Comportamentos aditivos, relações sexuais desprotegidas)	CR
	Uso da contraceção	UC
	Afirmação da fertilidade	AF
<b>Determinantes Éticos</b>	Autonomia	AU
	Problemas Familiares e de Justiça	JU
	Fidelidade	FD
<b>Determinantes de Promoção em Saúde</b>	Sexualidade e conjugalidade	SC
	Programa saúde reprodutiva/ consultas de saúde sexual e reprodutiva	PSR
	Educação para a sexualidade em comunidade escolar	CE

Quadro 1 - Categorias e Subcategorias temáticas e codificação de unidades de contexto

Respeitando os princípios da análise de conteúdo dos vários instrumentos de colheita de dados, que por se complementarem não são tratados isoladamente, as categorias e subcategorias temáticas que são apresentadas no Quadro 1 foram construídas de acordo com os vários autores consultados, com o enquadramento teórico efectuado e com os achados empíricos fornecidos pelas nossas participantes. Foram utilizadas duas cores alternadamente para facilitar a leitura das categorias temáticas e subcategorias associadas.

Foram então construídas tabelas com as unidades de significação/unidades de registo, e respectivas unidades de enumeração, relativamente a cada uma das categorias e subcategorias/unidades de contexto. Segue-se a análise dos resultados obtidos, através do estudo empírico, sobre a influência dos determinantes em saúde na gravidez adolescente das participantes entrevistadas:

### 5.3.2. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS

#### Subcategoria “Necessidade de Afecto”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Necessidade de afecto	<p><i>o meu pai não quis saber de nós (...) e alguns anos depois a minha mãe também (NA1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>...senti-me a pior pessoa... (NA2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Os meus pais vieram para Portugal e me deixaram e à minha irmã com os avós (NA1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>O homem que aceitar a minha filha é porque me ama (NA1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>...sempre me sento sozinha (...) os meus pais trabalham muito e não têm tempo para nós... (NA2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) os tugas são mais meigos!... (NA1-MimosaE3)</i></p> <p><i>...o meu primeiro namorado (...) protegia-me, ia levar-me a casa... (NA1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>A mãe maltratava-me, só queria era casar-me, quem me criou foi a minha madrastra que era muito boa senhora, foi mais que minha mãe. (NA1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Fui abandonada pela minha mãe... (NA2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>...perdi a virgindade com o pai da minha filha; é por isso que o amo tanto! (NA1-AçucenaE5)</i></p>	20

<p><i>Estou noiva, refere com ar feliz e envergonhado. (NA1-AnísE6)</i></p> <p><i>Sim; era muito chegada à mãe que faleceu, senti-me perdida e o meu mundo caiu (NA2-AnísE6)</i></p> <p><i>...o meu ex-namorado é muito meu amigo, gosta muito de mim... foi pena (...) (NA1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) acabei por me apaixonar perdidamente por ele (...) (NA1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, sempre fui muito carente (NA1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) sempre procurei o amor e recebia porrada na primeira vez e desprezo na segunda... (NA2-PapoilaE13)</i></p> <p><i>...só queria namorar com ele (NA1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>A mãe divorciou-se do meu pai...agora arranjou um marido e deu-me uma irmã...não tem tempo para mim pois eu já sou crescida! (NA1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>... a minha mãe fugiu atrás do meu pai (...) abandonou-me com a minha avó (NA1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>...o meu pai não quis saber de mim... (NA2-Amor-PerfeitoE12)</i></p>
--

Quadro 2 - Subcategoria "Necessidade de Afecto"

No Quadro 2 podemos verificar que treze das quinze entrevistadas mostraram diferentes tipos de necessidade de afecto, necessidade manifestada, tanto através da necessidade em dar, como em receber esse mesmo afecto; *"casei com 18 anos com o primeiro que se quis casar comigo..."* (NA1-PetúniaE8) demonstra bem essa necessidade. Expressões como *"o homem que aceitar a minha filha é porque me ama"* (NA1-MiosótisE11) são indicativas dessa necessidade materializada numa criança. As participantes transferiram para o filho a sua própria necessidade de afecto, transformando o bebé num prolongamento de si próprias. A necessidade desse afecto *"in extremis"* revela-se como medo da solidão proferido por duas das nossas entrevistadas através das frases *"(...) sempre procurei o amor e recebia 'porrada' na primeira vez e desprezo na segunda..."* (NA2-PapoilaE13) e *"...só queria namorar com ele"* (NA1-AlteiaE14).

Estes achados estão de acordo com Dadoorian (2003) quando defende que *"as adolescentes vivenciam uma grande solidão agravada pela carência de afeto do seu meio familiar, e, dessa forma, a carência afectiva as leva à maternidade."* *"...perdi a virgindade com o pai da minha filha; é por isso que o amo tanto!"* (NA1-AçucenaE5) explica uma das participantes...

A jovem transfere para o filho essa procura de amor como explicam vários autores (Canavarro, 2001; Carmen, 2001; Carmona, 2012; Medeiros, 2013b; Pires, 2014; Ramos, 2005, 2013a; Reis & Ramos, 2012). O filho é, assim, o depositário de muitas expectativas,

ele terá tudo o que elas não tiveram: estudo, carinho, protecção e até uma família como referem duas das jovens... *“o meu pai não quis saber de nós (...) e alguns anos depois a minha mãe também”* (NA1-MadressilvaE1); *“... a minha mãe fugiu atrás do meu pai (...) abandonou-me com a minha avó”* (NA1-Amor-PerfeitoE12). Outra delas ainda reforça *“Estou noiva”, refere com ar feliz e envergonhado* (NA1-AnísE6).

### Subcategoria “Baixa auto-estima”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Baixa auto-estima	<p><i>...gostaria de ter estudado mais... (BAE1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Eu era bonita, tanto que o meu namorado era branco... (BAE2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>...aconteceu... (BAE1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>O pai da filha trocava amor e carinho por sexo (BAE1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Falta da figura paterna... ele não gostava de mim... (BAE1-MimosaE3)</i></p> <p><i>...sempre fui pequenina e magrinha... (BAE2-MimosaE3)</i></p> <p><i>...agarrei-me ao vizinho, que se quis casar comigo, não gostava dele, mas ele gostava de mim! (BAE1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>... sou muito feliz com a minha filha e o meu namorado... (BAE1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Sempre fui rechunchudinha (BAE1-AnísE6)</i></p> <p><i>Sempre adorei piercings e tatuagens, tenho muitos... (BAE1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) eu até nem gostava dele mas ele até tinha namorada mas deixou-a por mim (...) (BAE1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, sempre fui gordinha (...) (BAE1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Sim, eu sou feia e ele é o rapaz mais giro da escola (BAE1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) sempre fui magrinha e escanzelada (BAE2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) Ele ainda não quer namorar porque está dividido entre mim e a outra... (BAE3-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Sim, sempre me senti sozinha (...) ainda hoje gosto de estar grávida, adoro sentir-me grávida... (BAE1-Amor-PerfeitoE12)</i></p>	16

Quadro 3 - Subcategoria “Baixa auto-estima”

No grupo de entrevistadas, doze delas demonstram sentimentos de auto desvalorização, que as acompanham durante a sua vida, reflectidos nas seguintes expressões: *“...gostaria de ter estudado mais...”* (BAE1-MadressilvaE1); *“o pai da filha trocava amor e carinho por*

sexo” (BAE1-MiosótisE11); “...agarrei-me ao vizinho, que se quis casar comigo, não gostava dele, mas ele gostava de mim!” (BAE1-PetúniaE8) e ainda... “Sim, eu sou feia e ele é o rapaz mais giro da escola” (BAE1-AlteiaE14) e “(...) sempre fui magrinha e escanzelada” (BAE2-AlteiaE14).

A insegurança e o medo de se expor está bem reflectido quando a entrevistada afirma “Sim, sempre me senti sozinha (...) ainda hoje gosto de estar grávida, adoro sentir-me grávida...”(BAE1-Amor-PerfeitoE12)” à questão porque desejou esta gravidez e que motivos a levaram a engravidar. A baixa auto-estima e falta de respeito próprio está bem demonstrada quando duas participantes referem “(...) eu até nem gostava dele mas ele até tinha namorada mas deixou-a por mim (...)” (BAE1-AlfazemaE9) e “(...) Ele ainda não quer namorar porque está dividido entre mim e a outra...” (BAE3-AlteiaE14). A segurança emocional é muitas das vezes procurada no relacionamento sexual com o namorado tal como afirmado por vários autores (Carmona, 2012; Cuesta Benjumea, 2001; Dadoorian, 2003; Opperman & Cassandra, 2001; Presado et al., 2015; Ramos, 2004, 2010b, 2013a).

A necessidade de aprovação está bem patente quando uma adolescente assegura “eu era bonita, tanto que o meu namorado era branco...” (BAE2-MadressilvaE1).

### Subcategorias “Objectivos de Vida, Prioridade e Reorganização de vida”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Reorganização de vida	<p><i>Depois da IVG não fiquei bem e acho que quando voltei a namorar com ele queria engravidar (RV1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) foi gravidez desejada inconscientemente (RV2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Depois da IVG não fiquei bem e acho que quando voltei a namorar com ele desejava engravidar (RV3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Esta gravidez... foi inconscientemente desejada, mas muito bem aceite por ambos (RV1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Eu sentia-me muito sozinha antes da minha filha... (RV1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>...não pensou nunca nisso (fazer IVG) quando soube estar grávida... (RV2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Gravidez (...) desejada inconscientemente (RV3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Desejadas sim todas as minhas gravidezes (RV1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>... não nem pensou nunca nisso (IVG) quando soube estar grávida; mesmo que ele não aceitasse... (RV1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Só soube que estava grávida com 4 meses (RV2-AçucenaE5)</i></p>	18

	<p><i>Gravidez desejada inconscientemente e muito bem aceite. (RV1-AnísE6)</i></p> <p><i>Ficou super feliz quando contou ao namorado (da gravidez) que ficou muito feliz também. (RV2-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) foi pena termos tentado (engravidar) e não termos conseguido... (RV1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) vou viver para a minha filha (...) (RV2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Gravidez Desejada Sim (...) (RV1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Relação - 9 meses, engravidou logo e na altura que queria engravidar (RV1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Juntaram-se 15 dias depois e engravidou logo. (RV2-Amor-PerfeitoE12))</i></p> <p><i>...logo na primeira vez (que tiveram relações sexuais) (...) também já estávamos quase a casar... (RV1-LavandaE15)</i></p>	
Objectivo de vida/Prioridade	<p><i>Só revelou a gravidez quando já tinha 24 semanas de gestação (P1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) foi bué bom ter a minha filha! (P2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Só disse da gravidez (...) já não podia tirar... (P3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) eu tive os filhos que queria! deixei-me engravidar (...) (P1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Agora só se engravida porque se quer... (P2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>...eu queria muito ficar grávida, já tinha tentado com outro ex-namorado (...) (P1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Eu queria engravidar e depois de ter tentado com o outro rapaz achava que não ia engravidar (...) (P2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) colocaram-me um implante, que eu tirei sozinha (...) eu queria ser mãe... (P3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Sim, queria ser mãe, o meu sobrinho é giro (P1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Sim, queria ser mãe (...) (P1-Amor-PerfeitoE12)</i></p>	10

Quadro 4 - Subcategorias "Objectivos de Vida, Prioridade e Reorganização de vida"

Apesar de serem jovens adolescentes, dez delas verbalizam a procura de um rumo para a sua vida através da gravidez, sendo que duas têm histórias de vida que passam por uma gravidez e/ou parto que não correram conforme o esperado e desejado, e sete adolescentes com história de abortos anteriores. É possível confirmar através das afirmações das participantes: *"Depois da IVG não fiquei bem e acho que quando voltei a namorar com ele queria engravidar"* (RV1-MadressilvaE1); *"... não nem pensou nunca nisso (IVG) quando soube estar grávida;" mesmo que ele não aceitasse..."* (RV1-AçucenaE5).

Dadoorian (2003) e outros autores (Pires, 2014; Pires et al., 2013; Ramos, 2005; Reis, 2007) explicam esta necessidade de transferência de afecto e de aumento de auto estima através do nascimento de um filho a quem dedicam o seu carinho e atenção, de forma a preencher um sentimento de solidão que se percebe na afirmação, *“eu sentia-me muito sozinha antes da minha filha (...)”* (RV1-MiosótisE11), sentimento muitas vezes provocado por uma difícil ou ausente comunicação entre adolescentes e seus progenitores, que por razões profissionais se encontram demasiado tempo ausentes de casa e da vida familiar, muitas vezes para ter melhores condições de vida, pois também eles foram precocemente pais (Ramos, 2004, 2005, 2012d; Reis & Ramos, 2012).

A nível relacional, as adolescentes têm a expectativa de ganhar afecto e atenção da família e dos pares, assim como amor incondicional e segurança desejada por parte do companheiro (Canavarro, 2001; Presado et al., 2015; Ramos, 2005; Reis, 2007).

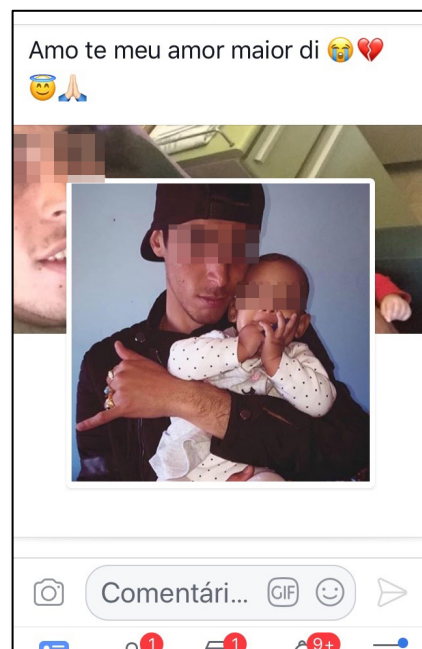
Uma participante intensifica a ideia ao assegurar que *“...eu queria muito ficar grávida, já tinha tentado com outro ex-namorado (...)”* (P1-AmarílisE7), *“(...) colocaram-me um implante, que eu tirei sozinha (...) eu queria ser mãe...”* (P3-AmarílisE7), enquanto outra afirma: *“sim, queria ser mãe, o meu sobrinho é giro”* (P1-MiosótisE11). Outra das participantes refere ainda com toda a certeza: *“sim, queria ser mãe (...)”* (P1-Amor-PerfeitoE12).

Para estas adolescentes a gravidez torna-se uma prioridade (Carmona, 2012; Dadoorian, 2000, 2003; Pires, 2014; Pires et al., 2013; Presado et al., 2014; Ramos, 2005, 2012e; Reis & Ramos, 2012).



Fotografia 4 - Exibindo a sua barriga já em fim de gestação (fotografia da adolescente na sua página de Facebook®)

Uma das participantes com 16 anos só revelou a gravidez quando já tinha 24 semanas de gestação (P1-MiosótisE11), “Só disse da gravidez (...) já não podia tirar...” (P3-MiosótisE11) Fotografia 4.



Fotografia 5 - Uma declaração de amor feita ao companheiro e pai da filha (colocada pela adolescente na sua página de Facebook®)

Na Fotografia 5 podemos compreender uma declaração de amor da adolescente ao pai da sua filha, pouco tempo após a reconciliação de ambos. Estiveram separados durante toda a gravidez por ele não acreditar ser o pai, situação que foi resolvida com a ajuda da família dele e um teste de paternidade.

### Subcategoria “Amor Romântico”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Amor Romântico	<p><i>Engravidou do rapaz que amava aos 14 anos. (AR1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) na altura não via mais nada à frente, só o via a ele (AR2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Sim, gostei logo muito dele e éramos colegas, faltávamos às aulas para estarmos juntos... (AR1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Sim, a minha irmã está feliz (...) está bem com o namorado de há muito tempo, embora se zanguem muitas vezes, eu gostava que também tivesse acontecido comigo (AR1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Se o pai da filha voltasse para ela aceitava-o, pela menina, pois os pais têm que estar juntos (AR2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) quero um casamento de princesa! (AR1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Sim (...) engravidou do rapaz com quem namorava aos 16 anos por acidente (AR1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Eu me apaixonei por ele, éramos namorados, na primeira relação sexual engravidei... (AR1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Sim, gostei logo muito dele, amo-o muito, ele é muito especial e vamos ficar sempre juntos (AR1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Sim, gostei logo muito dele; houve qualquer coisa...era e sempre foi muito carinhoso comigo (AR1-AnísE6)</i></p> <p><i>...ele ficou muito triste quando fizemos o teste e deu negativo...aí separámo-nos (AR1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Ele era meu namorado e sempre disse que nunca me iria pressionar, seria quando eu quisesse apenas... (referindo-se ao início do relacionamento sexual) (AR1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, gostei logo muito dele e éramos colegas... (AR1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Agora desta vez tinha relações sexuais com o rapaz por quem tenho paixão, quando soube que engravidei ele não quis mais saber de mim... (AR1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) amava e ainda amo o meu companheiro (...) (AR1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>sim, amei e amo muito o pai do A. (...) (AR1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Sim, gostei dele (...) depois ele foi para a guerra na Guiné e eu chorava todos os dias (...) Fui madrinha de guerra dele, quando voltou namorámos e depois casámos (...) (AR1-LavandaE15)</i></p>	17

Quadro 5 - Subcategoria "Amor Romântico"

A gravidez chega, a catorze das adolescentes participantes, como fruto de um amor romântico, por vezes ilusório: “(...) *na altura não via mais nada à frente, só o via a ele*” (AR2-MadressilvaE1); outras das vezes faz parte de uma prova de amor o início da actividade sexual... “*eu me apaixonei por ele, éramos namorados, na primeira relação sexual engravidei...*” (AR1-Malva-RosaE10); “*Sim, gostei logo muito dele, amo-o muito, ele é muito especial e vamos ficar sempre juntos*” (AR1-AçucenaE5); e ainda... “*(...) amava e ainda amo o meu companheiro (...)*” (AR1-Amor-PerfeitoE12). Tal como Carmen Benjumea (2001) defende, também outros autores (Carmen, 2001; Dadoorian, 2000; Presado et al., 2015; Ramos, 2004; Reis & Ramos, 2012) afirmam que a gravidez é um acontecimento para a vida destas jovens adolescentes, fazendo parte do namoro e do amor romântico que as envolve.

### Subcategoria “Imaturidade”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Imaturidade	<p><i>Já fez interrupção voluntária de gravidez (IVG-2), primeira com 14 anos após primeiros relacionamentos sexuais, decidida pelos pais de ambos (...)</i>  <i>segunda IVG (terceira gravidez) 1 mês após o nascimento da filha, por conselho da sogra (I1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Primeira relação sexual consentida... (I1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(referindo-se à educação para a sexualidade na escola) ... não ligávamos, só ríamos muito! (I2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Vou continuar a estudar assim que arranjar uma ama para tomar conta do bebé. (I3-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não (realizou IVG), nem pensou nunca nisso quando soube estar grávida, mas, quando o ex-namorado disse que não era o pai, andou com outros rapazes que se afastaram assim que souberam da sua gravidez!... (I1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Optou então por realizar IVG ainda antes de informar os pais pois a mãe queria que ela fizesse, mas já não era possível legalmente. Só revelou a gravidez já tinha 24 semanas de gestação. (I2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Ainda tentou desmanchar com receio de o pai dizer que não era dele a filha, através dos comprimidos que se compram na cabeleireira, lá na Cova..., mas tive medo (I3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Uso de métodos contraceptivos...às vezes tomava pílula... preservativo não usava pois ele dizia que tirava e não acontecia nada. (I4-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Gravidez não planeada; mas desejada inconscientemente (I5-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Aconteceu (...), A segunda também foi assim, quando tirei o implante... e agora aconteceu novamente... (I1-MimosaE3)</i></p>	31

<p><i>Primeira gravidez aconteceu, tal como a segunda... (I1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Aconteceu, eu gostava dele... (I1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>... só a primeira (gravidez) é que veio cedo de mais... (I1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Não houve relação, eu era uma miúda! (I1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>... era demasiada criança, só queria era brincar, e fiquei toda feliz quando fiquei grávida, achava que era a melhor; porque estava grávida já me sentia crescida! (I2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) o meu filho era como uma boneca para mim (...) (I3-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) eu só queria brincar... (I4-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) uma criança a cuidar de uma criança! (I5-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Super feliz, adorei estar grávida (I1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>(...) só depois de provar que ambos podem cuidar e sustentar a filha poderá sair da instituição- filha com 11 meses. (I2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Educação para a sexualidade falavam na escola? Não sei eu faltava muito (I1-AnísE6)</i></p> <p><i>Eu fugia sempre que podia para ir ter com a minha mãe (I1-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) aqui ajudam-me a crescer (I1-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Sim (I1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>... apesar de ser muito imatura (...) (I2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) com 17 anos queria viver a minha adolescência e a minha meninice... (I1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) só queria namorar com ele... (I1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Aconteceu, eles fogem quando lhes conto que estou grávida... (I2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Com 17 anos viveu a primeira paixão e fugiu da casa do pai e das tias (...) voltou e gostou logo do pai do A. que era vizinho deles. Juntaram-se 15 dias depois e engravidou logo. (I1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Sim, se fosse hoje não teria engravidado logo. (I2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Acho que sim (...) com 18 anos achava que era muito novinha... (I1-LavandaE15)</i></p>
---

Quadro 6 - Subcategoria "Imaturidade"

Nas suas afirmações denota-se a imaturidade das quinze participantes quando uma delas expressa o que sente em relação à primeira gravidez: “... era demasiado criança, só queria era brincar, e fiquei toda feliz quando fiquei grávida, achava que era a melhor; porque estava grávida já me sentia crescida!” (I2-PetúniaE8), “(...) o meu filho era como uma boneca para mim (...)” (I3-PetúniaE8), “(...) eu só queria brincar...” (I4-PetúniaE8), era “(...) uma criança a cuidar de uma criança!” (I5-PetúniaE8) enquanto outra adolescente,

referindo-se à educação para a sexualidade na escola, refere “... não ligávamos, só ríamos muito!” (I2-MagnóliaE2).

Outra das participantes explica que “Já fiz interrupção voluntária de gravidez” (IVG-2), primeira com 14 anos após primeiros relacionamentos sexuais, decidida pelos pais de ambos (...) segunda IVG (terceira gravidez) 1 mês após o nascimento da filha, por conselho da “sogra” (I2-MadressilvaE1); a primeira relação sexual foi “consentida...” (I1-MagnóliaE2). Outra ainda esclarece que não realizou IVG, nem pensou nunca nisso quando soube estar grávida, mas, quando o ex-namorado disse que não era o pai, andou com outros rapazes que se afastaram assim que souberam da sua gravidez!... (I1-MiosótisE11). Esta realidade confirma a opinião de alguns autores consultados sobre a maternidade precoce ser também resultado de imaturidade das adolescentes, de uma decisão irreflectida (Pires et al., 2013; Presado et al., 2014, 2015; Ramos, 2005, 2012c; Reis, 2007).

### Subcategoria “Tentativa de Libertação/Autonomização”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Tentativa de libertação/ Autonomização	<p><i>Aos 18 anos a adolescente voltou para Portugal, para viver com a avó e reencontrar o antigo namorado (TA1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Aos 16 anos viveu, ainda em França, por opção própria (...) em residência para jovens adolescentes (...) aí continuou a estudar e sente que se preparou para a vida (TA2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Projectos futuros terminar o 9º ano e fazer o curso de cabeleireira (TA1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Vou continuar a estudar assim que arranjar uma ama para o bebé (TA2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Estou a pensar eu e a minha irmã, metermos os meninos numa ama e ir tirar um curso de cozinha ou de cabeleireira (TA1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) teve relações com outros rapazes para arranjar um companheiro e também um pai para a filha (TA2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Trabalhou desde a primeira gravidez. (TA1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) ele disse que me abandonava se eu interrompesse agora, mas já lhe passou (TA2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Pretende engravidar de novo, mas não para já, quer continuar a estudar e por isso vai realizar IVG. (TA1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Terminei o 9º ano que estava a fazer depois de a filha nascer foi trabalhar (TA1-Malva-RosaE10)</i></p>	19

<p><i>Casei com 18 anos com o primeiro que se quis casar comigo... (TA1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Agora está a preparar-se para trabalhar e fazer vida com o seu namorado e a filha (TA1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Agora já sei fazer tudo e luto para estar com a filha e o namorado (...) (TA2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Perspectivas de futuro - trabalhar e ganhar dinheiro (TA1-AnísE6)</i></p> <p><i>Eu estou aqui pois estou a estudar pela minha filha (...), desde que vim para cá já terminei o 6º ano e agora quero terminar o 9º antes da Menina nascer (TA1-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Terminar o 9º ano pela Menina e trabalhar para ganhar dinheiro (TA2-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Deixei tudo quando engravidei (...) agora tenho de ir trabalhar (TA1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Não trabalho porque grávida ninguém me dá emprego (TA1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>...tenho o meu filho para criar... tenho que me fazer à vida (TA2-Amor-PerfeitoE12)</i></p>
---

Quadro 7 - Subcategoria "Tentativa de Libertação/Autonomização"

Para doze das entrevistadas, a gravidez surgiu como uma tentativa de autonomização tal como explicado por vários autores (Blayer, 2010; Medeiros, 2013a; Presado et al., 2014, 2015; Ramos, 2013a; Reis & Ramos, 2012), que se encontra bem patente nas frases: “Agora já sei fazer tudo e luto para estar com a filha e o namorado (...)” (TA2-AçucenaE5), “(...) teve relações com outros rapazes para arranjar um companheiro e também um pai para a filha” (TA2-MiosótisE11). Uma das jovens trabalhou desde a primeira gravidez (TA1-MimosaE3), enquanto outra apresenta como suas perspectivas de futuro “trabalhar e ganhar dinheiro” (TA1-AnísE6), outra ainda reforça: “...tenho o meu filho para criar... Tenho que me fazer à vida” (TA2-Amor-PerfeitoE12)

### 5.3.3. DETERMINANTES ÉTNICO/CULTURAIS

#### Subcategoria “Ritual de Passagem à Vida Adulta”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Ritual passagem à vida adulta	<p><i>Assim que fiz os 18 anos voltei para Portugal (...) desisti de estudar por agora, após a segunda gravidez (...) (RP1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) ao ser mãe era mais independente... (RP2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Gravidez (...) muito bem aceite por ambos (RP1-MagnóliaE2)</i></p>	18

*Agora tenho a minha filha (...) (RP1-MiosótisE11)*

*(...) a minha irmã está feliz com o filho (...) eu gostava que também tivesse acontecido comigo... (RP2-MiosótisE11)*

*Eu vou casar um dia, na Igreja, mas só conheço este homem (...) (RP1-MimosaE3)*

*(...) se a mulher casa torna-se propriedade do homem e ele manda, é bué ciumento, eu sou livre (RP2-MimosaE3)*

*(...) se ia ser mãe tinha que ter responsabilidade (...) (RP1-Malva-RosaE10)*

*A mãe queria arranjar casamento para mim e então mandava-me ir dormir na casa dele e dos pais dele, e então aconteceu... (RP1-PetúniaE8)*

*(...) o namorado começou a trabalhar quando ela engravidou. (RP1-AçucenaE5)*

*Fazem planos para viverem juntos (...) vai baptizar a filha e quando viverem os três juntos e tiverem a vida estabilizada vão casar. (RP2-AçucenaE5)*

*Actualmente só podem estar juntos ao fim-de-semana pois o namorado começou a trabalhar quando ela engravidou (RP1-AnísE6)*

*Fazem planos para casar e baptizar o bebé no mesmo dia. (RP2-AnísE6)*

*(...) vou assentar a trabalhar e a cuidar da minha filha (...) (RP1-AmarílisE7)*

*(...) eu queria muito ficar grávida (...) (RP2-AmarílisE7)*

*Engravidei sempre quando quis. (RP1-AlfazemaE9)*

*Já grávida (...) vivia no Brasil, com o pai do meu filho num barracão só nosso, ao lado da minha sogra (RP1-Amor-PerfeitoE12)*

*Fui madrinha de guerra dele, quando voltou namorámos e depois casámos... (RP1-LavandaE15)*

*Quadro 8 - Subcategoria "Ritual de Passagem à Vida Adulta"*

No que se refere aos determinantes étnicos/culturais verificamos que o casamento e o atingir da maioridade é identificado como importante para quatro das entrevistadas: *“assim que fiz os 18 anos voltei para Portugal (...) desisti de estudar por agora, após a segunda gravidez (...)”* (RP1-MadressilvaE1); *“Eu vou casar um dia, na Igreja, mas só conheço este homem (...)”* (RP1-MimosaE3); enquanto outra refere que *fazem planos para viverem juntos (...) vão baptizar a filha e quando viverem os três juntos e tiverem a vida estabilizada vão casar.*” (RP2-AçucenaE5), ainda outra afirma que *“fazem planos para casar e baptizar o bebé no mesmo dia.”* (RP2-AnísE6).

Algumas das jovens participantes referiram, por palavras suas, a importância que é para elas ser mãe, desejaram e planearam a gravidez actual, transformando-a na sua valorização como mulher. *“(...) eu queria muito ficar grávida (...)”* (RP2-AmarílisE7) afirma uma delas, enquanto outra reforça a ideia assegurando... *“Engravidei sempre quando*

*quis.*” (RP1-AlfazemaE9). Outra delas demonstra-o através de um desejo, “(...) *vou assentar a trabalhar e a cuidar da minha filha (...)*” (RP1-AmarílisE7).

Outra ainda demonstra a importância da aprovação de si própria como mãe, pois já se sente muito adulta “*Já grávida (...) vivia no Brasil, com o pai do meu filho num barracão só nosso, ao lado da minha sogra*” (RP1-Amor-PerfeitoE12).

Das quinze participantes doze consideram a gravidez e a maternidade como uma forma de mudar de estatuto para uma vida que esperam melhor, a vida adulta, o que está de acordo com vários autores.

Dadoorian (2003) constatou uma valorização da maternidade como um ritual de passagem para a vida adulta, em que a adolescente se transforma em mulher ao ser mãe, ao casar com o companheiro por quem se apaixonou. Ramos (2012d) entre outros autores (Medeiros, 2013a; Ramos, 2013a; Reis & Ramos, 2012) defende também que os adolescentes sentem necessidade de aceitação por parte da família, dos pais e até dos pares, sua identificação cultural, ao afirmar que estes detêm relevante importância na “socialização dos adolescentes”. Outros autores referem ainda uma tentativa de autonomia e fuga, por parte das adolescentes, a famílias disfuncionais, idealizando o papel de esposa e mãe, através de expectativas irrealistas (Canavarro, 2001; M. da G. Pereira, 2002; Pires, 2014).

### Subcategoria “Precocidade no Relacionamento Sexual”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Precocidade no relacionamento sexual	<i>Na minha cor é normal ser mãe aos 16 anos (...)</i> (PRS1-MadressilvaE1) <i>Início actividade sexual- 14 anos</i> (PRS2-MadressilvaE1) <i>Primeira relação sexual desejada e consentida</i> (PRS3-MadressilvaE1) <i>(...) veio da convivência no Bairro e da nossa forma de pensar...</i> (PRS4-MadressilvaE1) <i>Maternidade sim, mas mais tarde -16 ou 18 anos</i> (PRS1-MagnóliaE2) <i>Início actividade sexual- 15 anos</i> (PRS2-MagnóliaE2) <i>Já tinha tido como parceiro sexual, um namorado de 4 anos do colégio que frequentava.</i> (PRS1-MiosótisE11) <i>Início actividade sexual- 13 anos</i> (PRS2-MiosótisE11) <i>Primeira relação sexual desejada</i> (PRS3-MiosótisE11) <i>Início actividade sexual- 14 anos</i> (PRS1-MimosaE3)	35

*Engravidou do rapaz com quem namorava aos 15 anos por acidente (...)  
(PRS2-MimosaE3)*

*(...) a minha irmã vai ser mãe agora, na altura certa: Tem 19 anos (...)  
(PRS2-MimosaE3)*

*Início actividade sexual- 15 anos (PRS1-MargaridaE4)*

*Primeira gravidez aconteceu, tal como a segunda... (PRS2-MargaridaE4)*

*Início actividade sexual- 16 anos (PRS1-Malva-RosaE10)*

*Primeira relação sexual foi desejada, eu queria e ele também (...)  
(PRS2-Malva-RosaE10)*

*Início actividade sexual- 13 anos (PRS1-PetúniaE8)*

*Primeira relação sexual foi consentida, foi uma obrigação (...)  
(PRS2-PetúniaE8)*

*Início actividade sexual- 15 anos (PRS1-AçucenaE5)*

*Primeira relação sexual consentida, e desejada. (PRS2-AçucenaE5)*

*Início actividade sexual- 15 anos (PRS1-AnísE6)*

*Primeira relação sexual consentida e por curiosidade (PRS2-AnísE6)*

*Início actividade sexual- 12 anos (PRS1-AmarílisE7)*

*Primeira relação sexual aconteceu no calor do momento (PRS2-AmarílisE7)*

*Início actividade sexual- 14 anos (PRS1-AlfazemaE9)*

*Gravidez Desejada sim (PRS2-AlfazemaE9)*

*Primeira relação sexual foi desejada, ele era meu namorado (...)  
(PRS3-AlfazemaE9)*

*Início actividade sexual- 17 anos (PRS1-PapoilaE13)*

*Primeira relação sexual consentida (...), mas eu também quis... (PRS2-PapoilaE13)*

*Início actividade sexual- 15 anos (PRS1-AlteiaE14)*

*Primeira relação sexual foi desejada e consentida sim; ambas, ele queria e eu também (PRS2-AlteiaE14)*

*Início actividade sexual- 13 anos (PRS1-Amor-PerfeitoE12)*

*Primeira relação sexual desejada, sim, já namorávamos há 7 meses e éramos os dois virgens. (PRS2-Amor-PerfeitoE12)*

*Início actividade sexual- 18 anos (PRS1-LavandaE15)*

*Primeira relação sexual consentida, eu achava que era muito nova (...)  
(PRS2-LavandaE15)*

*Quadro 9 - Subcategoria "Precocidade no Relacionamento Sexual"*

Todas as quinze participantes explicaram a sua precocidade no relacionamento sexual, como algo natural e expectável, de influência cultural, tal como explicado pelos vários autores (Ramos, 2008c, 2009, 2013a; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012) e expressado por uma delas através da afirmação: “Na minha cor é normal ser mãe aos 16 anos (...)” (PRS1-MadressilvaE1), explicando que a sua primeira relação sexual foi desejada e consentida e

ainda que “(...) veio da convivência no bairro e da nossa forma de pensar...” (PRS4-MadressilvaE1). Outra reforça a ideia afirmando que a primeira relação sexual... “foi desejada, eu queria e ele também (...)” (PRS2-Malva-RosaE10).

Outras explicam ainda que a primeira relação sexual foi desejada: “sim, já namorávamos há 7 meses e éramos os dois virgens.” (PRS2-Amor-PerfeitoE12); “Foi desejada, ele era meu namorado (...)” (PRS3-AlfazemaE9); e a primeira relação sexual foi desejada e consentida “Sim, ambas, ele queria e eu também” (PRS2-AlteiaE14).

### Idade da Menarca vs. Idade da Coitarca

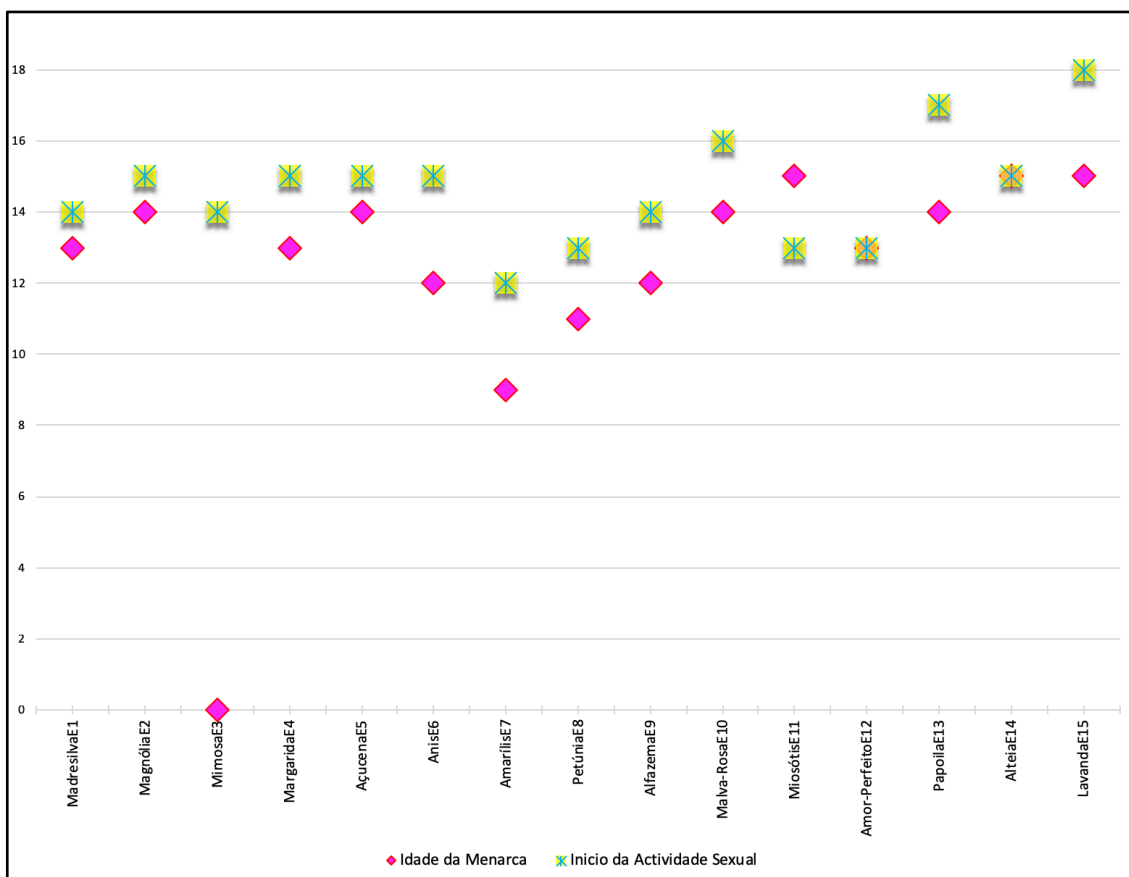
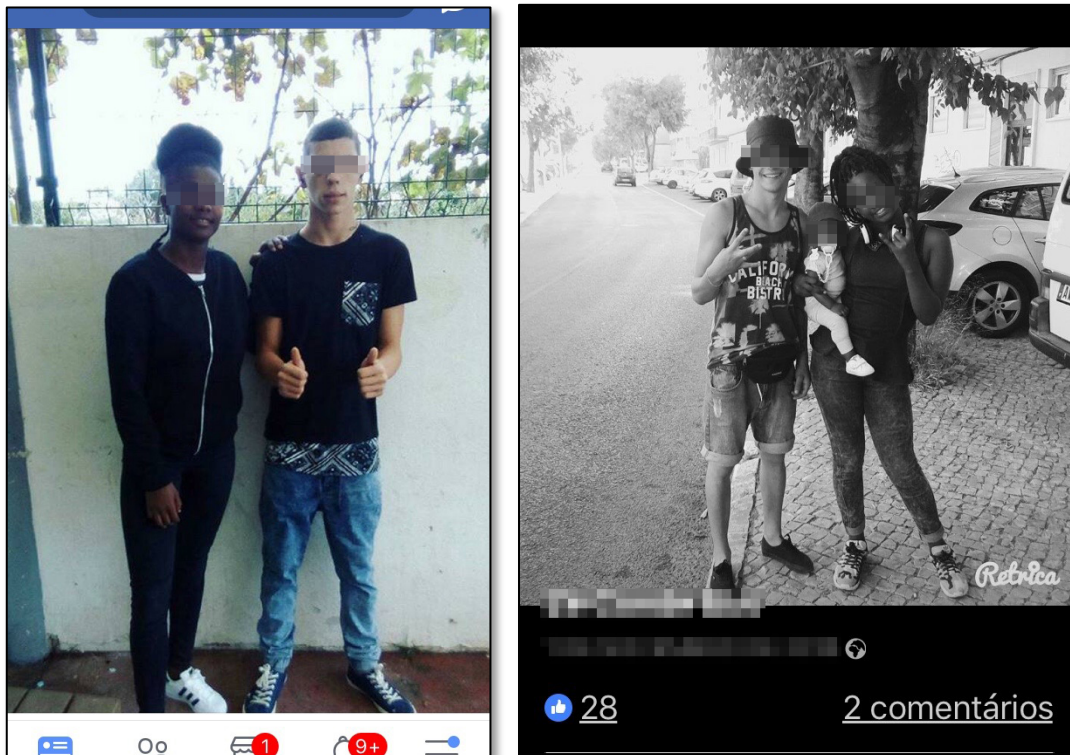


Gráfico 17 - Idade da Menarca em relação com a Idade de Início da Actividade Sexual (Coitarca)

No Gráfico 17 podemos constatar que todas as entrevistadas iniciaram actividade sexual em idade precoce. Duas começaram relacionamento sexual com a mesma idade da menarca, enquanto que outra iniciou actividade sexual dois anos antes de ser menstruada.

*Outra ainda explica que iniciou a sua actividade sexual aos 15 anos (PRS2-MagnóliaE2) e engravidou logo, algo que para ela não era expectável, mas apesar disso, sentia que ambos ficaram felizes e ainda mais unidos (Fotografia 6). Vários autores explicam a adolescência como a idade do risco, das novas experiências e da construção de si próprio (Medeiros, 2013b; Nabais, 2014; Ramos, 2013a, 2016; Reis, 2007; Sampaio, 2002).*



*Fotografia 6 - Estas duas Imagens foram colocadas na página de Facebook® pela adolescente e distam entre si sensivelmente um ano, segundo informação da própria.*

### Subcategoria “Pressão Grupo/Aceitação”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Pressão grupo/aceitação	<p><i>Gravidez (...) veio da convivência do bairro e da nossa forma de pensar... (PG1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) eu fumava cigarros e ganzas; era bué relaxante! Mas sentia-me mal com as ganzas dele (...) (PG1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) eu faltava muito às aulas para as parties, e para estar com as amigas, conheci assim o pai da minha filha... (PG2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) festas, drogas (ganzas) e álcool... (PG3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) amigas virtuais (Facebook®)... (PG1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Conheci cá um rapaz no Facebook®, ele é muito bom, trabalha... (PG2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Enquanto estive grávida não fui à escola, era uma vergonha... (PG3-</i></p>	23

	<p><i>MargaridaE4)</i></p> <p><i>(...) depois de eu engravidar apareceram várias raparigas grávidas também. (PG1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Mãe, tias e a filha mais velha. (PG1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Várias amigas do bairro onde nasceu e cresceu. (PG2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Uma prima foi grávida adolescente e também amigas. (PG1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>A irmã mais velha foi mãe adolescente e também amigas. (PG1-AnísE6)</i></p> <p><i>Sim, gostava muito de sair com as amigas. (PG1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>A mãe e várias amigas foram mães adolescentes. (PG2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Sim, vivi sempre num bairro social, apaixonei-me por quem eu convivia. (PG1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Gravidez adolescente (...) mãe, irmãs mais velhas, também imã mais novo (...) (PG2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Várias amigas do bairro onde cresceu (PG3-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Gravidez adolescente amiga- sim (PG1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Gravidez adolescente mãe e várias amigas (PG1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Sim, era o rapaz que todas queriam e eu estive com ele. (PG2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Gravidez adolescente sim, a mãe e a avó materna (PG1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Gravidez adolescente amigas sim, amigas no Brasil e também amigas inglesas; lá é vulgar! (PG2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Éramos colegas (...) as nossas colegas conseguiram pôr-nos a falar por carta (PG1-LavandaE15)</i></p>	
--	--	--

Quadro 10 - Subcategoria "Pressão Grupo/Aceitação"

Para todas as participantes é deveras importante a aceitação desta gravidez por parte do companheiro, do grupo em que se inserem e também por parte da família, embora nem todas o verbalizem, apenas treze das quinze explicaram esse sentimento de variadas formas.

Para duas delas a aceitação do companheiro é primordial, mesmo que isso implique terem comportamentos de risco, tal como explicam Nabais (2014) e Reis & Ramos (2012) e se encontra espelhado na afirmação de uma delas: *"A gravidez (...) veio da convivência (...) e da nossa forma de pensar..."* (PG1-MadressilvaE1); enquanto que outra afirma: *"(...) eu fumava cigarros e ganzas; era bué relaxante! Mas sentia-me mal com as ganzas dele (...)"* (PG1-MiosótisE11).

Outras demonstram a importância da integração no grupo referindo *"(...) depois de eu engravidar apareceram várias raparigas grávidas também."* (PG1-Malva-RosaE10); *várias amigas do bairro onde nasceu e cresceu* (PG2-PetúniaE8); e, também foram grávidas

adolescentes *várias amigas do bairro onde cresceu* (PG3-AlfazemaE9). Para uma das participantes está bem patente a pressão que o grupo exerce sobre ela quando afirma *“sim, era o rapaz que todas queriam e eu estive com ele.”* (PG2-AlteiaE14), como explicado por alguns autores (Carmona, 2012; Medeiros, 2013a; Pires, 2014; Pires et al., 2013; Presado et al., 2014; Ramos, 2012d, 2013a; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012)

Uma delas identifica descontraidamente que *“a irmã mais velha foi mãe adolescente e também amigas”* (PG1-AnísE6); outra *“uma prima foi grávida adolescente e também amigas”* (PG1-AçucenaE5); e ainda a gravidez adolescente da *“(…) mãe, irmãs mais velhas, também irmã mais nova (...)”* (PG2-AlfazemaE9). Outra adolescente fala na precocidade das relações sexuais e da gravidez como sendo uma herança familiar ao referir que *“sim, a mãe e a avó materna”* (PG1-Amor-PerfeitoE12), foram também elas grávidas adolescentes.

### Subcategoria “Sucesso/Dificuldades Escolares”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Sucesso/ Dificuldades escolares	<p><i>11º ano em França quando vivia numa residência para jovens adolescentes (S/DE1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Frequentava o 8º ano num colégio de educação especial (S/DE1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Frequenta o 9º ano num colégio de educação especial (...) a professora de Matemática teve muita pena pois eu era muito boa aluna...podia ter terminado o 9º ano (S/DE1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) gosto de estudar, mas agora não dá!... (S/DE2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) deixei de estudar, eu também não gostava... (S/DE1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) eu baldava-me muito à escola (S/DE2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Terminou o 9º ano ainda em Cabo Verde; veio para Portugal viver com os pais para ter melhores condições e estudar, ainda não conseguiu ingressar na escola. (S/DE1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Quero ser médica pediatra (S/DE2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Apenas deixei de estudar durante um ano, e agora também não recomecei desde que cheguei a Portugal pois ainda não tive vaga na escola...não posso continuar com esta gravidez pois assim já não posso estudar (S/DE3-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Queria ter continuado a estudar, mas a gravidez fez mudar tudo, a minha mãe queria que eu continuasse a estudar (...) (S/DE1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Estava na escola quando engravidei, estava no 7º ano, estudei até ao 9º ano. (S/DE2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Terminei o 9º ano que estava a fazer e depois da filha nascer fui trabalhar. (S/DE3-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Estava na escola quando fiquei grávida, estava no 7º ano, eu era boa aluna.</i></p>	23

<p><i>(S/DE1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) continuar a estudar para começar a trabalhar (...)</i> (S/DE1-AçucenaE5)</p> <p><i>Recomeçou há 1 mês (a estudar) está a terminar o 9º ano num programa de ensino especial.</i> (S/DE1-AnísE6)</p> <p><i>Desde os 13 anos que faltava muito à escola, não gosto de estudar(...)</i> (S/DE1-AmarílisE7)</p> <p><i>(...) terminar o 9º ano pela Menina e trabalhar para ganhar dinheiro</i> (S/DE2-AmarílisE7)</p> <p><i>Eu fartava-me de faltar à escola, não gosto de estudar...</i> (S/DE3-AmarílisE7)</p> <p><i>(...) quando engravidei deixei de ir à escola; não tinha que viver às custas de ninguém (...)</i> (S/DE1-AlfazemaE9)</p> <p><i>Começou logo a trabalhar após engravidar</i> (S/DE1-PapoilaE13)</p> <p><i>Chumbei um ano, agora este também não tem estado a correr muito bem...</i> (S/DE1-AlteiaE14)</p> <p><i>O pai é que a tirou da escola (...) pôs-me a trabalhar e estragou-me a vida pois estava no último ano (...)</i> (S/DE1-Amor-PerfeitoE12)</p> <p><i>Fez a 4ª classe, era assim e começou logo a trabalhar (...)</i> (S/DE1-LavandaE15)</p>
---

Quadro 11 - Subcategoria "Sucesso/Dificuldades Escolares"

Todas as quinze participantes demonstraram, de alguma forma, ter dificuldades em completar o seu percurso escolar, umas por dificuldades financeiras: *"fiz a 4ª classe, era assim e comecei logo a trabalhar (...)"* (S/DE1-LavandaE15), *"(...) quando engravidei deixei de ir à escola; não tinha que viver às custas de ninguém (...)"* (S/DE1-AlfazemaE9).

Outras porque: *"(...) deixei de estudar, eu também não gostava..."* (S/DE1-MimosaE3); *"desde os 13 anos que faltava muito à escola, não gosto de estudar"(...)* (S/DE1-AmarílisE7); *"(...) eu baldava-me muito à escola"* (S/DE2-MimosaE3); e outra ainda *"eu fartava-me de faltar à escola, não gosto de estudar..."* (S/DE3-AmarílisE7).

Para outras, a gravidez e a maternidade tornaram-se uma dificuldade para a continuidade dos estudos: *"queria ter continuado a estudar, mas a gravidez fez mudar tudo, a minha mãe queria que eu continuasse a estudar (...)"* (S/DE1-Malva-RosaE10); *"terminei o 9º ano que estava a fazer e depois de a filha nascer fui trabalhar."* (S/DE3-Malva-RosaE10); e *"estava na escola quando fiquei grávida, estava no 7º ano, eu era boa aluna."* (S/DE1-PetúniaE8).

Uma das adolescentes grávidas, terminou o 9º ano ainda em Cabo-verde; veio para Portugal viver com os pais para ter melhores condições e estudar, mas ainda não

conseguiu ingressar na escola (S/DE1-MargaridaE4), “...quero ser médica pediatra” (S/DE2-MargaridaE4) “apenas deixei de estudar durante um ano, e agora também não recomecei desde que cheguei a Portugal pois ainda não tive vaga na escola... não posso continuar com esta gravidez pois assim já não posso estudar” (S/DE3-MargaridaE4) reforça.

Esta realidade é explicada pelos vários autores consultados ao longo do estudo (Canavarro, 2001; Carmona, 2012; Dadoorian, 2000, 2003; Pires, 2014; Pires et al., 2013; Presado et al., 2014; Ramos, 2013a; Reis & Ramos, 2012).

### Subcategoria “Factores Ético/Culturais”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Factores Ético/Culturais	<p><i>meu pai queria que eu fosse circuncisada (...) (EC1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Pai muçulmano que inclusivamente desejava mutilá-la. (EC2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) o homem quer mandar no corpo da mulher, se o meu namorado soubesse não me deixava tirar. (EC1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>(...) a minha mãe mandava-me dormir na casa dele e para viver com eles (...) se eu não aceitasse (...) ela batia-me. (EC1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>As meninas têm que servir e os rapazes estudar... (EC2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Na escola (...) lá não se aceitava uma menina que já tinha sido mãe... (EC3-PetúniaE8)</i></p>	6

Quadro 12 - Subcategoria "Factores Ético/Culturais"

Em três das participantes ainda estão enraizadas as convicções e crenças características da etnia de pertença: “*meu pai queria que eu fosse circuncisada (...)*” (EC1-MadressilvaE1) como explica Carmona (Carmona & Fontes, 2015); “*(...) o homem quer mandar no corpo da mulher, se o meu namorado soubesse não me deixava tirar.*” (EC1-MargaridaE4). Outra verbaliza ainda que na sua cultura “*as meninas têm que servir e os rapazes estudar...*” (EC2-PetúniaE8) afirmação que confirma afirmações de alguns autores (Ramos, 2008a, 2012d, 2013a, 2016; Reis & Ramos, 2012).

**Subcategoria “Preconceito Cultural”**

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Preconceito Cultural	<p><i>O meu pai... cortou relações comigo quando engravidei de um branco (PC1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Eu devia ter sido mutilada e casar com quem ele escolhesse, assim era pura para ter filhos! (PC2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Na minha cor é normal ser mãe aos 16 anos (...), mas não de um branco (PC3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Má reacção dos familiares (...) a preta e o branco! Nós também somos racistas, não são só os brancos... (PC4-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) confiei nele e ele diz que a filha não é dele, não confia em mim. (PC1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) é igual ao pai; “branquela” e a cara chapada (...) (PC2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>O pai da bebé fugiu na altura, depois quando eu lhe disse acabou por dizer que lhe dava o nome, mas agora como tem uma dama branca que manda nele, já disse que não é dele outra vez (PC3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) para o meu pai foi uma vergonha, expulsou-me logo da casa dele, se fosse rapaz seria diferente! (PC1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) os tugas são mais meigos!... (PC2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Não foi à escola durante a gravidez não parecia bem (PC1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>um pai que não aceitou o companheiro da filha por ser preto (...) (PC1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) talvez também porque o meu pai me proibiu de namorar com um preto (...) (PC2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Aconteceu darmos netos pretos aos meus pais (...) (PC3-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>...o meu pai é racista... (PC4-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) grávida daquele preto, vamos ter um preto na família, ela já estragou a raça, não quero netos pretos... - mas todos os filhos lhe demos netos pretos! (PC5-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) aquele filho de um preto? ainda não morreu? o meu filho só soube que ele era avô com 2 anos (PC6-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Como se sente com o bebé? – Fiz uma depressão grave por causa dele. Ele não me deixava sair à rua pois acreditava que o menino pegava olho gordo, dizia-me vai sem ele, mas eu não ia pois estava a amamentá-lo; era uma tortura ele não me deixava levar o menino e eu não ia sem o menino, até que a minha mãe se apercebeu e fez queixa à CPCJ e participou; ele prendia-me e torturava-me psicologicamente... (PC7-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Os Africanos são mais homens que os brancos, mas também são mais infiéis! (PC8-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) pai manda, obrigou-a a viver com o namorado após o filho nascer (...) (PC1-PapoilaE13)</i></p>	19

Quadro 13 - Subcategoria “Preconceito Cultural”

O preconceito cultural como explica Ramos (Ramos, 2008a, 2009, 2013a), está bem patente no discurso de 6 das jovens adolescentes: Para a jovem Guineense a reacção dos

familiares foi desfavorável: “o meu pai... cortou relações comigo quando engravidei de um branco” (PC1-MadressilvaE1); “na minha cor é normal ser mãe aos 16 anos (...) mas não de um branco” (PC3-MadressilvaE1); e “(...) a preta e o branco! Nós também somos racistas, não são só os brancos...” (PC4-MadressilvaE1).

Para a adolescente cabo-verdiana também não foi fácil: “(...) é igual ao pai; ‘branquela’ e a cara chapada (...)” (PC2-MiosótisE11) afirma, mas o pai da bebé “Fugiu na altura, depois quando eu lhe disse acabou por dizer que lhe dava o nome, mas agora como tem uma dama branca que manda nele, já disse que não é dele outra vez” (PC3-MiosótisE11).

Na Fotografia 7 podemos observar o sorriso da bebé e a promessa da jovem mãe de que a faria feliz. Quinze dias após esta publicação no Facebook®, colocou uma foto no dia do seu aniversário, junto do companheiro e da filha, após a reconciliação de ambos quando a bebé esteve hospitalizada.



Fotografia 7 - A adolescente reconciliou-se com o pai da filha no dia do seu aniversário, passando os três a viver em casa dos pais dele, juntamente com os pais e a irmã (colocadas pela própria na sua página de Facebook®)

A família de uma das adolescentes autóctones também não aceitou, com facilidade, a gravidez e a maternidade; o preconceito está bem vincado nas suas palavras: “(...) talvez

também porque o meu pai me proibiu de namorar com um preto (...)” (PC2-AlfazemaE9), “aconteceu darmos netos pretos aos meus pais (...)” (PC3-AlfazemaE9), “...o meu pai é racista...” (PC4-AlfazemaE9) e dizia...“(...) grávida daquele preto, vamos ter um preto na família, ela já estragou a raça, não quero netos pretos...”, “mas todos os filhos lhe demos netos pretos!” (PC5-AlfazemaE9) e anos depois ainda afirmava: “(...) aquele filho de um preto? ainda não morreu?”, “o meu filho só soube que ele era avô com 2 anos” (PC6-AlfazemaE9).

A adolescente explica ainda o seu próprio preconceito: “os africanos são mais homens que os brancos, mas também são mais infiéis!” (PC8-AlfazemaE9).

#### 5.3.4. DETERMINANTES SOCIAIS

##### Subcategoria “Nível Socioeconómico”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Nível socio-económico	<p>Viveu no bairro da cova da Moura até aos 14 anos e depois dos 18 anos. Viveu em bairro social em França dos 14 aos 16 anos, altura em que, por opção própria, foi viver em residência para jovens adolescentes, propriedade da Segurança Social Francesa. (NS1-MadressilvaE1)</p> <p>Agora vivo com a filha, o companheiro e a sogra, na casa dela! Ela é viúva e o filho ainda vive com ela... (NS2-MadressilvaE1)</p> <p>Viveram sempre com os pais em bairros sociais (6 de Maio e Cova da Moura) e foram desalojados, têm ajuda da Segurança Social para pagar o arrendamento do apartamento que habitam (NS1-MagnóliaE2)</p> <p>Vive em apartamento arrendado pelos pais com ajuda da segurança social, mas com poucas condições de habitabilidade (NS1-MiosótisE11)</p> <p>Vive em casa abarracada, no bairro da Cova da Moura, com o companheiro e a filha de 4 anos desde os 15 anos. (NS1-MimosaE3)</p> <p>Trabalha como empregada doméstica em casas particulares. (NS2-MimosaE3)</p> <p>Vive com os pais e a sua filha de 3 anos, ajuda a mãe a tomar conta de crianças (a mãe trabalha como ama em casa) (NS1-MargaridaE4)</p> <p>Viveram em casa abarracada e agora em bairro social (NS1-Malva-RosaE10)</p> <p>Sempre vivi em bairro social, primeiro em bairro degradado e sem saneamento básico e depois fui realojada em bairro da câmara (NS1-PetúniaE8)</p> <p>(...) os pais (...) não têm capacidade monetária para ajudar a criar a bebé; os sogros também têm pouco mas estão a ajudar. (NS1-AçucenaE5)</p> <p>O companheiro é trabalhador na construção civil (NS2-AçucenaE5)</p> <p>Viviam em bairro social (...) (NS3-AçucenaE5)</p> <p>Ele já trabalha e eu vou terminar o 9º ano e trabalhar também (...) (NS1-</p>	16

<p><i>AnísE6)</i></p> <p><i>Ele já arranhou trabalho fixo, quando o dinheiro chegar vamos ter a nossa casinha (NS2-AnísE6)</i></p> <p><i>Sim, viviam em bairro social (a adolescente e os pais) (NS1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Vou trabalhar e ganhar a vida para as duas (...) (NS2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>O ex-namorado fugiu da adolescente quando soube da gravidez e nega a paternidade (NS3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Sempre viveu em Bairro social, primeiro em bairro degradado numa barraca e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara. (NS1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Vive em apartamento com 3 assoalhadas com saneamento básico, condições que também tinha no Alentejo (NS1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) os meus pais sempre trabalharam muito, fomos emigrantes na Suíça (NS2-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Vive em apartamento com a mãe, o padrasto e a irmã com meses (NS1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>o pai vive em favela no Brasil e a mãe e o padrasto vivem em bairro social em Inglaterra (NS1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Vivia no Brasil, com o pai do meu filho num barracão só nosso, ao lado da minha sogra. (NS2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Tínhamos o nosso barracão como chamam lá às casas do bairro(favela), tinha um quarto, uma sala, uma cozinha e uma casa de banho. (NS3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Vive na Damaia há 3 meses (com avós maternos) desde que voltou para Portugal. Vive em apartamento, de 3 assoalhadas, arrendado pelos avós; tem um quarto para si. (NS3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Os pais trabalhavam muito e eu comecei logo a trabalhar assim que acabei a escolaridade obrigatória (NS1-LavandaE15)</i></p>
--

Quadro 14 - Subcategoria "Nível Socioeconómico"

Na análise do Quadro 14 podemos observar que, ao nível dos determinantes socioeconómicos, todas as adolescentes entrevistadas são oriundas de uma classe socioeconómica mais desfavorecida, o que reforça os estudos realizados por Dadoorian (2003) e Effting (2011) entre outros autores (Carmona, 2012; Pires, 2014; Presado et al., 2015; Ramos, 2013b, 2015; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012). Todas elas viveram em bairros sociais, tanto em Portugal como no estrangeiro. Apenas quatro das participantes vivem em casa própria ou da família, sendo que as restantes vivem em bairros sociais, tanto em casas abarracadas, como em apartamentos onde foram realojadas, como afirmam três delas; “*sim, vivíamos em bairro social*” (a adolescente e os pais) (NS1-AmarílisE7) e “*tínhamos o nosso ‘barracão’ como chamam lá às casas do bairro (favela), tinha um quarto, uma sala, uma cozinha e uma casa de banho.*” (NS3-Amor-PerfeitoE12);

*outra sempre viveu em bairro social, primeiro em bairro degradado “numa barraca” e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara. (NS1-AlfazemaE9).*

Sete delas dependem do ordenado do companheiro pois não trabalham, ou têm trabalhos precários, o que está espelhado nas afirmações: *“ele já trabalha e eu vou terminar o 9º ano e trabalhar também (...)” (NS1-AnísE6)*, pois *“ele já arranjou trabalho fixo, quando o dinheiro chegar vamos ter a nossa casinha” (NS2-AnísE6)*; e ainda na vontade de trabalhar: *“vou trabalhar e ganhar a vida para as duas (...)” (NS2-AmarílisE7)*. Enquanto outra trabalha como empregada doméstica em casas particulares. (NS2-MimosaE3) e vive em casa abarracada, no bairro da Cova da Moura, com o companheiro e a filha de 4 anos desde os 15 anos. (NS1-MimosaE3).

Os companheiros que trabalham têm, também eles, trabalhos precários ou desempenham funções com pouca qualificação, como explica uma das jovens: *“o companheiro é trabalhador na construção civil” (NS2-AçucenaE5)* e outra afirma que... *“o companheiro já trabalhava quando se conheceram, é lavador de janelas.” (D/PT3-AnísE6)*. Ou ainda se encontram desempregados *“(...) Eu queria que o meu namorado trabalhasse e ganhasse dinheiro como eu...” (D/TP2-MadressilvaE1)* *“(...) os pais (...) não têm capacidade monetária para ajudar a criar a bebé; os ‘sogros’ também têm pouco mas estão a ajudar.” (NS1-AçucenaE5)*. Outra das participantes demonstra também a dependência da ajuda familiar através das afirmações: *“agora vivo com a filha, o companheiro e a sogra, na casa dela! Ela é viúva e o filho ainda vive com ela...” (NS2-MadressilvaE1)*

Duas adolescentes gémeas *“viveram sempre com os pais em bairros sociais (6 de Maio e Cova da Moura) e foram desalojados, têm ajuda da Segurança Social para pagar o arrendamento do apartamento que habitam” (NS1-MagnóliaE2)* como explica uma das irmãs grávidas. Esta ideia fica reforçada por Dadoorian (2000) e Ramos (2016), tal como outros autores (Pires et al., 2013; Reis & Ramos, 2012) que nos dizem que estas adolescentes ambicionam uma casa e residir com o companheiro e com o filho, o que geralmente não acontece devido à sua situação económica de dependência da família.

## Subcategoria “Pobreza”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Pobreza	<p>Fonte de subsistência são os pais e subsídios (PO1-MagnóliaE2)</p> <p>(...) os pais recebem subsídio da Segurança Social (PO2-MagnóliaE2)</p> <p>(...) o pai recebe subsídio de rendimento mínimo da segurança Social. (PO1-MiosótisE11)</p> <p>Dorme com a irmã gémea numa cama de casal. No mesmo quarto dorme o sobrinho, filho gémea. (PO2-MiosótisE11)</p> <p>(...) a morada de família do casal e sua filha que tem agora 4 anos, é também uma casa Abarracada (...) (PO1-MimosaE3)</p> <p>(...) vivo no bairro do casal da Mira desde que fomos desalojados. (PO1-PetúniaE8)</p> <p>Os meus pais acolhem-me até eu encontrar uma casa para mim e para a filha (PO1-AmarilisE7)</p> <p>A minha irmã é diferente, agora está desempregada outra vez e quem a sustenta mais ao filho é a minha mãe (PO1-AlfazemaE9)</p> <p>Passei dificuldades, passei fome, mesmo durante esta gravidez e o meu filho não merece isto. Os meus avós pagaram a minha passagem, voltei para a minha terra (...) (PO1-Amor-PerfeitoE12)</p> <p>Vivi com ele no brasil e lá passei dificuldades, não estava legal e não trabalhava; ele só trabalhava de pedreiro e era só às vezes... (PO2-Amor-PerfeitoE12)</p> <p>Vive em casa dos avós maternos, eles sustentam-na, a mãe envia ajuda monetária (PO3-Amor-PerfeitoE12)</p>	11

Quadro 15 - Subcategoria “Pobreza”

A pobreza de sete das jovens adolescentes grávidas está bem descrita em algumas situações: Uma delas dorme com a irmã gémea numa cama de casal. No mesmo quarto dorme o sobrinho, filho da gémea. (PO2-MiosótisE11); para outra (...) a morada de família do “casal” e sua filha que tem agora 4 anos, é também uma casa abarracada (...) (PO1-MimosaE3), outra ainda afirma que a sua fonte de subsistência são os pais e subsídios (PO1-MagnóliaE2,) enquanto outra explica “*passei dificuldades, passei fome, mesmo durante esta gravidez e o meu filho não merece isto. Os meus avós pagaram a minha passagem, voltei para a minha terra (...)*” (PO1-Amor-PerfeitoE12). Esta realidade está bem explicada pelos vários autores consultados (Dadoorian, 2000; Ramos, 2012d, 2016; Reis, 2007).

**Subcategoria “Desemprego/Trabalho Precário”**

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Desemprego/ trabalho precário	<p><i>Trabalha no IPO (tem contrato precário na empresa de limpezas) e trabalha ainda como empregada doméstica de uma Sr.ª idosa (atriz de 89 anos) em Lisboa. (D/TP1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) eu queria que o meu namorado trabalhasse e ganhasse dinheiro como eu... (D/TP2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Estudante (D/TP1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Estudante (D/TP1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Trabalha como empregada doméstica/empregada de limpeza. (D/TP1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Como não frequento a escola estou em casa com a mãe, a tomar conta de crianças (...) D/TP1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Sim, ela e o marido trabalham; ela como empregada doméstica ele como distribuidor numa empresa de alimentação. (D/TP1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Trabalha como empregada doméstica e/ou de limpezas, agora trabalha na limpeza de um centro comercial da região de Lisboa. (D/TP1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) o meu marido trabalhava na construção civil, era pedreiro. (D/TP2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Estudante a terminar o curso de talentos que está a realizar e começar a trabalhar (D/TP1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>(...) deixou de estudar e trabalha nas obras (D/PT2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Estudante a terminar o 9º ano num programa de ensino especial (D/PT1-AnísE6)</i></p> <p><i>A sogra trabalha nas limpezas nas piscinas do campo grande e arranja-me lá emprego quando sair da residência. (D/PT2-AnísE6)</i></p> <p><i>O companheiro já trabalhava quando se conheceram, é lavador de janelas. (D/PT3-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) estou a estudar pela minha filha, desde que vim para cá já terminei o 6º ano e agora quero terminar o 9º ano antes da minha filha nascer (D/PT1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Gosto de trabalhar na restauração, era onde trabalhava enquanto vivi com ele (...) (D/PT2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) terminar o 9º ano e voltar a trabalhar (...) (D/PT3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Trafica e consome drogas (D/PT4-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Trabalho na pastelaria (...), tenho contracto definitivo! (D/PT1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, é empresário, tem uma empresa com o irmão de lavagem de carros, mas não tira muito (...) (D/PT2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Estuda, frequenta o 11º ano (D/PT1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Desempregada (D/PT1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>O companheiro Biscateiro; trabalha nas obras (...) (D/PT2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) agora não dá com este barrigão! Também ninguém me dá emprego assim... (D/PT3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Pensionista e o marido faz biscates e também recebe pensão (D/PT1-LavandaE15)</i></p>	25

Quadro 16 - Subcategoria “Desemprego/Trabalho Precário”

O desemprego e trabalho precário também são uma realidade para catorze das participantes.

Quatro das grávidas adolescentes trabalham nas limpezas, uma refere que trabalha como empregada doméstica e/ou de limpezas e agora trabalha na limpeza de um centro comercial da região de Lisboa (D/TP1-PetúniaE8), outra trabalha como empregada doméstica e o marido como distribuidor numa empresa de alimentação (D/TP1-Malva-RosaE10), inclusivamente uma delas tem contracto precário numa empresa de limpezas e trabalha ainda como empregada doméstica de uma pessoa idosa (atriz de 89 anos) em Lisboa. (D/TP1-MadressilvaE1).

Effting (2011) explica que as adolescentes de um nível socio-económico mais baixo sentem a “gravidez como uma oportunidade de ascensão social”, ideia que Dadoorian (2003) reforça ao declarar que a afirmação social para estas jovens adolescentes se expressa na maternidade, a que ela chama “social”, uma vez que é através do filho que se sentem mães e mulheres, (Carmona, 2012; Presado et al., 2014, 2015; Ramos, 2016; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012).

Oito das adolescentes entrevistadas ainda são estudantes, ou estão desempregadas, sendo que três das grávidas adolescentes entrevistadas se encontram a viver numa instituição de acolhimento, indicada pela CPCJ e pelo tribunal de menores. Essa instituição permite-lhes estudar para ingressar no mercado de trabalho e, em simultâneo, a realização de uma aprendizagem acompanhada para a maternidade e parentalidade. Uma refere estar *“a terminar o curso de talentos que está a realizar e começar a trabalhar”* (DTP1-AçucenaE5); enquanto outra afirma ser estudante a terminar o 9º ano num programa de ensino especial (D/PT1-AnísE6). Uma delas explica ainda estar a *“(…) terminar o 9º ano e voltar a trabalhar (...)”* (D/PT3-AmarílisE7) pois *“(…) estou a estudar pela minha filha, desde que vim para cá já terminei o 6º ano e agora quero terminar o 9º ano antes da minha filha nascer”* (D/PT1-AmarílisE7); reforça ainda... *“gosto de trabalhar na restauração, era onde trabalhava enquanto vivi com ele (...)”* (D/PT2-AmarílisE7).

### **Subcategoria “Desinteresse/Abandono Escolar/Baixa Escolaridade”**

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Desinteresse /abandono escolar/baixa escolaridade	<p><i>Fez 11º ano em França (AE1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Assim que fiz os 18 anos voltei para Portugal, depois cá perdi-me um pouco e desisti de estudar por agora (...) (AE2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Frequento o 8º ano num colégio de educação especial na Margem Sul, depois de engravidar deixei de ir às aulas (AE1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) faltávamos às aulas para estarmos juntos... (AE2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Deixei de ir à escola quando fiquei grávida (AE3-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Frequenta o 9º ano num colégio de educação especial na Margem Sul, continua a ir às aulas, às vezes... a professora de Matemática teve muita pena pois eu era muito boa aluna... podia ter terminado o 9º ano (AE1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Deixei de ir ao colégio quando a barriga cresceu e se notava a gravidez (AE2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Frequentou o 8º ano e começou a trabalhar quando engravidou; não gostava de estudar (AE1-MimosaE3)</i></p> <p><i>...eu baldava-me muito à escola (AE2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Terminou o 9º ano ainda em Cabo Verde; veio para Portugal para viver com os pais e para ter melhores condições e estudar, ainda não conseguiu ingressar na escola. Porquê?... ainda não tive vaga... (AE1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Gostava de ter estudado mais, agora quero voltar a estudar para ser médica pediatra (AE2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>(...) com a primeira gravidez atrasei um ano de estudo e é mais difícil estudar pois tenho outra responsabilidade... (AE3-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Estava na escola quando engravidei, estava no 7º ano, estudei até ao 9º ano (AE1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Queria ter continuado a estudar, mas a gravidez fez mudar tudo (AE2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>(...) depois de a filha nascer fui trabalhar (AE3-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Estava na escola quando fiquei grávida, estava no 7º ano; eu era boa aluna (AE1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Abandonou a escola após engravidar, a minha vida parou aí, mesmo que quisesse não me deixavam voltar à escola (AE2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Veio para Portugal para estudar, veio viver com a mãe; com 18 anos, deixou em cabo verde o seu filho mais velho entregue à irmã, para poder vir estudar. (AE3-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Frequentava o 8º ano quando engravidou, depois de engravidar deixou de ir às aulas, agora já fez o 9º ano e está a realizar um curso de 3 meses numa escola de talentos em Lisboa para no fim ter emprego. (AE1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Faltava muito à escola (...) sempre que podia fugia do colégio (AE1-AnísE6)</i></p> <p><i>Recomeçou o estudo há 1 mês, está a terminar o 9º ano num programa de ensino especial. Antes de engravidar estava em colégios de ensino especial de onde era expulsa, pois fugia e faltava muito às aulas; fugia para estar com o namorado que conheci no penúltimo colégio onde estive (...) (AE2-AnísE6)</i></p> <p><i>Recomeçou há 5 meses, está a terminar o 9º ano num programa de ensino especial. Antes de engravidar passou por 5 instituições (desde os 13 anos quando foi retirada aos pais) de onde era expulsa, pois fugia e faltava muito às aulas; fugia para estar com as amigas e ir aos bares não gosto de escola,</i></p>	31

*estou a estudar pela minha filha (AE1-AmarílisE7)*

*Frequentou o 7º ano já grávida e ainda o terminou. (AE1-AlfazemaE9)*

*Gostava de ter voltado a estudar, mas tinha que ganhar dinheiro para sustentar o meu filho (...) (AE2-AlfazemaE9)*

*Começou logo a trabalhar quando engravidou, tem o 9º ano completo. (AE1-PapoilaE13)*

*Estuda, frequenta o 11º ano (AE1-AlteiaE14)*

*Chumbei um ano, agora este também não tem estado a correr muito bem... (AE2-AlteiaE14)*

*Frequentou no Brasil, até meio do ano lectivo, o equivalente ao 12º ano Português (não terminou). O meu pai tirou-me da escola a meio do ano e pôs-me a trabalhar como ama e como doméstica, lá no bairro, só porque eu era rebelde e no dia antes faltei à escola; tal como todos lá faziam montes de vezes!... eu só fiz disparate naquele dia... (AE1-Amor-PerfeitoE12)*

*O seu percurso escolar foi iniciado em Portugal, continuado no Reino Unido com alguns anos lectivos em Portugal (quando voltava para ao pé dos avós) e dos 14 anos aos 17 anos no Brasil. (AE2-Amor-PerfeitoE12)*

*O pai é que me tirou da escola muito antes de namorar até (...) só porque eu faltei às aulas pôs-me a trabalhar e estragou-me a vida pois estava no último ano; depois fugi, fui viver com o namorado e engravidei logo. (AE3-Amor-PerfeitoE12)*

*Fez a 4ª classe, era assim e começou logo a trabalhar numa fábrica (...) (AE1-LavandaE15)*

Quadro 17 - Subcategoria "Desinteresse/Abandono Escolar/Baixa Escolaridade"

Para todas as quinze jovens adolescentes, é bem patente o desinteresse pela actividade escolar verbalizado por uma delas; "...eu baldava-me muito à escola" (AE2-MimosaE3), enquanto outra faltava muito à escola; "(...) sempre que podia fugia do colégio" (AE1-AnísE6); outra ainda "(...) fugia e faltava muito às aulas; fugia para estar com as amigas e ir aos bares, não gosto de escola, estou a estudar pela minha filha" (AE1-AmarílisE7) explica. Este abandono escolar por vezes é consequência da gravidez tal como explicam algumas participantes: "deixei de ir à escola quando fiquei grávida" (AE3-MagnóliaE2); "deixei de ir ao colégio quando a barriga cresceu e se notava a gravidez" (AE2-MiosótisE11); e "queria ter continuado a estudar, mas a gravidez fez mudar tudo" (AE2-Malva-RosaE10). Estas unidades de significação espelham na perfeição aquilo que foi referido no enquadramento teórico. O facto de as adolescentes não terem aproveitamento escolar e não possuírem qualquer motivação para continuarem os seus estudos pode levá-las a encarar a maternidade como uma passagem mais rápida para a idade adulta, transformando a relação amorosa, a gravidez e o bebé no objetivo da sua vida.

## Subcategoria “Literacia em Saúde”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Literacia em saúde	<p><i>Engravidou do rapaz que amava aos 14 anos – tive relações com ele e ainda não sabia bem o que era isso... (LS1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Ele disse-acho que já fiz asneira! (LS2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) ao ser mãe era mais independente... (LS3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>A gravidez (...) aconteceu (...) (LS1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não, a mãe só teve o primeiro filho com 18 anos (LS2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) já se descobriu tarde, tinha 4 meses (LS3-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Referindo-se ao parto: Não sei, logo se vê (LS4-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) todos lhe diziam que continuava muito gorda desde que o bebé tinha nascido motivo pelo qual não queria colocar implante nem tomar ACO (...) (LS5-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Fiquei grávida poucos meses depois de ser menstruada... (LS1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Sobre o desejo da gravidez: Não sei, nunca tinha falado sobre isso e aconteceu... (LS2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>...já se descobriu tarde, tinha 4 meses (...) quando quis tirar já era tarde (LS3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Referindo-se ao parto: Não sei! Nem quero pensar, só que seja rápido (LS4-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Faz aleitamento materno desde o nascimento, mas a introdução de novos alimentos não está a ser adequada. (LS5-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Referindo-se ao uso de métodos contraceptivos também usei o implante, mas tirei e não coloquei outro para deixar descansar o corpo...logo a seguir engravidei tal como dizia a doutora que queria que eu pusesse logo outro no mesmo dia (LS1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Abortou-Sim, e agora deseja IVG novamente (LS2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Primeira Gravidez: aconteceu (olhar indirecto e sorriso envergonhado), ele disse que sabia e que tirava, que não havia problema, a segunda também foi assim, quando tirei o implante... e agora aconteceu novamente... (LS3-MimosaE3)</i></p> <p><i>A gravidez foi desconhecimento e ele dizia que era seguro e eu confiei... (LS4-MimosaE3)</i></p> <p><i>Não pensei muito nisso... referindo-se ao parto (LS5-MimosaE3)</i></p> <p><i>Primeira gravidez aconteceu, tal como a segunda... (LS1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Como pensava ser o trabalho de Parto? Não pensei nisso (LS2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Desejadas sim todas as minhas gravidezes, eu gostava dele e engravidava, só a primeira é que veio cedo de mais... (LS1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>A primeira relação sexual foi desejada, eu queria e ele também, foi muito bom, engravidei porque foi tão bom que não tomámos cuidado... eu não estava a tomar pílula!... (LS2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Nunca usou métodos contraceptivos, só soube que existiam em Portugal, mas o marido não queria... (LS1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Desejadas? Talvez... todas as minhas gravidezes, nenhuma planeada, mas aceites todas, amo os meus filhos, mesmo na primeira gravidez que não</i></p>	50

*entendia muito bem o que ela significava, não percebia nada! (LS1-PetúniaE8)*

*Eu estava contente, contava a toda a gente, achava que era uma grande coisa... (LS3-PetúniaE8)*

*Como pensava ser o parto?: A minha irmã que era enfermeira... filha da senhora que me criou é que disse; assim que sente dor pega numa pedra agarras bem forte; porque aquilo vai acender lume e não é preciso fazer disparate; e eu agarrei numa pedra, e fiquei com a pedra na mão e não valeu pedra nenhuma, foi só fazer disparate... Agora é que fiquei com vergonha das coisas que eu fiz... (LS4-PetúniaE8)*

*Depois de ter o meu filho fiquei 2 dias no hospital porque era criança e depois mandaram-me para casa. Quando cheguei a casa chovia muito e eu queria tomar banho na chuva que eu gostava! Eu nunca cuidei mesmo do meu filho porque quando ele chorava eu dava banho nele, eu achava que ele estava a chorar por banho, até que a minha irmã, que também tinha uma criança perguntou então porque é que estás só a dar banho? E eu dizia ele quer banho, mas já estou farta de dar-lhe banho... (LS5-PetúniaE8)*

*(...) lembro-me que quando fui menstruada pela primeira vez apanhei um grande susto pois pensei que me tinha magoado andava a nadar no lago que tinha uns bichinhos e pensava que tinham sido os bichinhos... (LS6-PetúniaE8)*

*Só soube que estava grávida com 4 meses (LS1-AçucenaE5)*

*Não pensámos que engravidasse; às vezes usávamos preservativos, mas naquela vez não estava à mão... e foi tão bom! para os dois! (LS2-AçucenaE5)*

*Quanto ao parto refere: não pensei muito nisso nem fiz preparação para o nascimento (LS3-AçucenaE5)*

*A gravidez... aconteceu na única vez que não usámos preservativo (...) (LS1-AnísE6)*

*(...) já se descobriu tarde, tinha 3 meses (LS2-AnísE6)*

*Em relação ao parto: não sei, logo se vê, era o sentimento! Não me preocupei muito com isso (LS3-AnísE6)*

*(...) fiz 2 abortos com comprimidos (...) na segunda vez ia morrendo, perdi demasiado sangue. Perdi 2 filhos porque andei à porrada com uma rapariga e do segundo perdi só por causa de um bate boca no bairro; fiquei tão enervada... (LS1-AlfazemaE9)*

*(IVG2) Abortou?: Não (...) (LS2-AlfazemaE9)*

*Em relação ao parto nunca me preocupei (LS3-AlfazemaE9)*

*Fiz uma depressão por causa dele (companheiro) (LS4-AlfazemaE9)*

*A primeira gravidez (...) aconteceu (...) (LS1-PapoilaE13)*

*Em relação ao parto não sabia nada... (LS2-PapoilaE13)*

*(...) quando fui à consulta para começar a tomar a pílula (pois tinha tido aquela relação sexual desprotegida) já estava grávida. (LS3-PapoilaE13)*

*(...) nunca me entendi muito bem com os métodos contraceptivos (ACO) e os companheiros não queriam preservativo (LS4-PapoilaE13)*

*Aconteceu, esta segunda também foi assim, esquecia-me de tomar a pílula... (LS1-AlteiaE14)*

*(...) IVG não é difícil (LS2-AlteiaE14)*

*(...) fui viver com o namorado e engravidei logo (LS1-Amor-PerfeitoE12)*

*(...) se fosse hoje não teria engravidado logo (LS2-Amor-PerfeitoE12)*

*O parto Não sabe! nem me preocupa. O que me preocupa é depois de ele nascer... (...) (LS3-Amor-PerfeitoE12)*

*Métodos contraceptivos Na altura não havia, mais tarde ainda usei uns supositórios... (LS1-LavandaE15)*

*Quanto ao parto Não sabia nada, mas correu tudo bem... (LS2-LavandaE15)*

*...aconteceu... logo na primeira vez... (LS3-LavandaE15)*

Quadro 18 - Subcategoria "Literacia em Saúde"

Uma insuficiente literacia em saúde é perceptível nas afirmações de catorze das quinze participantes no estudo; sendo também um factor determinante na vida destas adolescentes, evidente quando uma das jovens narra: *"(...) lembro-me que quando fui menstruada pela primeira vez apanhei um grande susto pois pensei que me tinha magoado andava a nadar no lago que tinha uns bichinhos e pensava que tinham sido os bichinhos..."* (LS6-PetúniaE8). Também se encontra patente nas decisões tomadas pelas jovens adolescentes, no que diz respeito à sua própria saúde. Uma das jovens participantes explica que engravidou do rapaz que "amava" aos 14 anos; "tive relações com ele e ainda não sabia bem o que era isso..." (LS1-MadressilvaE1); mas reforça um sentimento... *"(...) ao ser mãe era mais independente..."* (LS3-MadressilvaE1); enquanto que outra justifica *"fiquei grávida poucos meses depois de ser menstruada..."* (LS1-MiosótisE11) e sobre o desejo da gravidez refere *"não sei, nunca tinha falado sobre isso e aconteceu..."* (LS2-MiosótisE11). Para duas jovens, o desconhecimento sobre métodos contraceptivos ou o seu uso incorrecto é manifesto: *"também usei o implante mas tirei e não coloquei outro para deixar descansar o corpo... logo a seguir engravidei tal como dizia a doutora que queria que eu pusesse logo outro no mesmo dia"* (LS1-MimosaE3), explica ainda que a primeira gravidez *"aconteceu (olhar indirecto e sorriso envergonhado), ele disse que sabia e que tirava, que não havia problema", "a segunda também foi assim, quando tirei o implante...e agora aconteceu novamente..."* (LS3-MimosaE3). Para outra a gravidez *"...aconteceu na única vez que não usámos preservativo (...)"* (LS1-AnísE6), ou noutro caso, *"(...) nunca me entendi muito bem com os métodos contraceptivos (ACO) e os companheiros não queriam preservativo"* (LS4-PapoilaE13).

Para outras, o aborto é considerado método contraceptivo; cinco das participantes já realizaram uma ou mais IVG, desconhecendo as consequências que daí podem advir: *"(...) fiz 2 abortos com comprimidos (...) na segunda vez ia morrendo, perdi demasiado sangue."*

*Perdi 2 filhos porque andei à ‘porrada’ com uma rapariga e do segundo perdi só por causa de um bate boca no bairro; fiquei tão enervada...”* (LS1-AlfazemaE9). Mas à pergunta sobre se tinha realizado alguma IVG ou abortado respondeu pronta e inequivocamente, *“não! (...)”* (LS2-AlfazemaE9). Uma grávida adolescente ainda afirma *“(...) IVG não é difícil”* (LS2-AlteiaE14) explicando que para ela é uma opção tão viável como usar ACO ou Preservativo. Outra das adolescentes refere que *“abortou, sim”,* e agora deseja IVG novamente” (LS2-MimosaE3).

Assim, fica demonstrada a necessidade da promoção em saúde junto dos adolescentes e suas famílias por parte dos profissionais de saúde para uma escolha consciente, livre e esclarecida e projectos de vida sustentáveis socialmente, como explicado pelos vários autores (A. I. de Carvalho, 2013; Ramos, 2016).

### 5.3.5. DETERMINANTES RELIGIOSOS

#### Subcategoria “Fertilidade como Dádiva”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Fertilidade como Dádiva	<p><i>(...) davam-se mal pois o meu pai é muçulmano e a minha mãe católica, ele queria ter mais mulheres para ter muitos filhos e ela tinha ciúmes (FD1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>A mãe obrigou-a a tirar com 14 anos. (FD2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Não pensou em abortar?: Fiquei feliz por estar grávida (FD1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Agora tenho a minha filha, eu amo ela (...) (FD1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Nha Vida (escrito em Facebook® na foto dela com a filha) (FD2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Desejadas sim, todas as minhas gravidezes (...) (FD1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Foi uma surpresa, mas foi aceite e até hoje graças a Deus não me arrependo (FD2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>(...) amo os meus filhos, mesmo na primeira gravidez que não entendia muito bem o que ela significava (...) (FD1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Quando souberam da gravidez: Ficámos super felizes (...) (FD1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>(...) a minha mãe, quando soube, começou logo a chorar emocionada e disse: vou ser avó (FD2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Gravidez não planeada, mas desejada inconscientemente e muito bem aceite por todos (FD1-AnísE6)</i></p> <p><i>Tenho uma grande tristeza de a minha mãe não conhecer o neto (...) (FD2-AnísE6)</i></p>	20

	<p><i>(...) eu queria ser mãe... (FD1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Com a gravidez sente-se feliz e desejosa que ela nasça! (FD2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Gravidez desejada sim (...) (FD1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) ele ficou muito feliz e por ele tínhamos mais... (FD2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(Gravidezes) As seguintes desejadas, todas, e agora novamente a tentar engravidar. (FD1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Foi muito desejada e foi logo à primeira tentativa! (FD1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Não, Aborto é crime! (FD2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) já casou grávida; era pequenino e ia escondido! (FD1-LavandaE15)</i></p>	
--	---	--

Quadro 19 - Subcategoria "Fertilidade como Dádiva"

Para Carmen de la Cuesta Benjumea (2001), assim como para outros autores consultados, a gravidez na adolescência é um fenómeno complexo (Pires, 2014; Pires et al., 2013; Ramos, 2004, 2016; Reis & Ramos, 2012), é um facto na vida das jovens adolescentes, fazendo a gravidez parte integrante do namoro e do amor romântico que as envolve. Para elas, as relações sexuais têm a função de aprofundar intimidade e construir confiança entre os namorados, decorrendo, por vezes, desse envolvimento gestações inesperadas, mas bem aceites pela adolescente; contudo também gravidezes planeadas, sentidas como uma dádiva reforçando a afectividade e a identidade feminina, dentro do relacionamento amoroso; o que está bem patente no discurso de doze das quinze participantes.

Uma das adolescentes espelha bem esse sentimento ao afirmar que *não pensou em abortar: "Fiquei feliz por estar grávida"* (FD1-MagnóliaE2); enquanto outra explica a *"gravidez não planeada, mas desejada inconscientemente e muito bem aceite por todos"* (FD1-AnísE6); para outra *"foi uma surpresa, mas foi aceite e até hoje, graças a Deus, não me arrependo"* (FD2-Malva-RosaE10).

Outras jovens participantes dizem abertamente *"(...) eu queria ser mãe..."* (FD1-AmarílisE7); Gravidez? *"desejada sim (...)"* (FD1-AlfazemaE9); para outra jovem a gravidez *"foi muito desejada e foi logo à primeira tentativa!"* (FD1-Amor-PerfeitoE12); outra ainda explica que após a primeira gravidez (acidental), *todas "as seguintes desejadas, todas, e agora novamente a tentar engravidar."* (FD1-PapoilaE13).

Como podemos confirmar no Gráfico 18, com exceção de uma das nossas participantes, as restantes catorze estão ligadas a alguma religião: dez consideram-se católicas enquanto uma se diz protestante, outra evangélica e duas agnósticas (teístas).

### Religião das Participantes

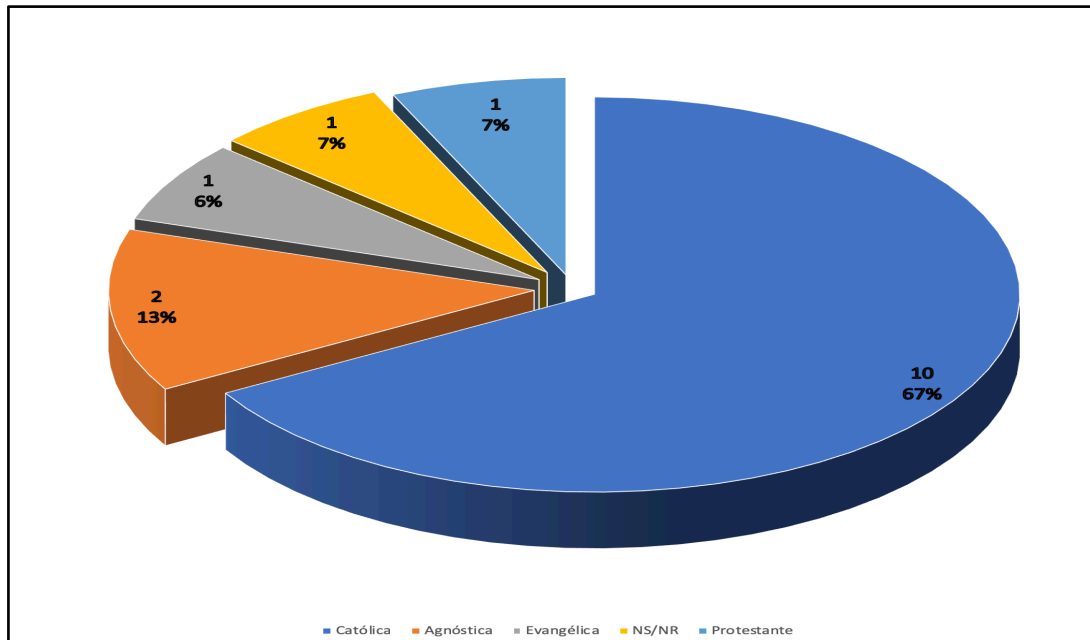


Gráfico 18 - Religião das Participantes

“Agora tenho a minha filha, eu amo ela (...)” (FD1-MiosótisE11) afirma uma das participantes com uma filha de dias no colo e “Nha Vida” escrito em Facebook® na foto dela juntamente com a filha (FD2-MiosótisE11) (Fotografia 8).



Fotografia 8 - Declaração de amor da puérpera adolescente à filha recém-nascida (página de Facebook® da própria)

Amor-Perfeito afirma que a sua gravidez “foi muito desejada e foi logo à primeira tentativa!” (FD1-Amor-PerfeitoE12). Apesar de “postar” uma foto sua com o recente companheiro, de uma relação de dois meses, escreve uma declaração de amor para o filho de 7 meses (Fotografia 9).



Fotografia 9 - Declaração de amor da adolescente ao filho de meses, com foto na companhia do actual companheiro (Facebook® da própria)

### 5.3.6. DETERMINANTES FAMILIARES E INTERGERACIONAIS

#### Subcategorias “Violência Doméstica; Famílias Disfuncionais”

Subcategorias	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Violência doméstica	<p><i>Sim, o pai (Muçulmano) batia-lhes. (VD1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Violência doméstica por parte do pai e mais tarde também do padrasto. (VD2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>O pai quando soube da gravidez... expulsou-me logo da casa dele (VD1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) agarrou-se ao primeiro que se quis casar com ela para fugir à mãe que lhe batia. (VD1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>A mãe maltratava-me, só queria era casar-me... (VD2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) não quis casar quando engravidei e a mãe abandonou-me, o pai não queria saber... (VD3-PetúniaE8)</i></p> <p><i>O pai exaltava-se facilmente... (VD1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Foi difícil dizer da gravidez ao meu pai, nós estávamos com receio (...) (VD2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Violência doméstica por parte do pai que batia na mãe e nos três irmãos. A mãe era alcoólica e extremamente doente, motivo pelo qual eles foram retirados e todos separados por colégios diferentes. (VD1-AnísE6)</i></p> <p><i>O meu pai... batia-me!... (VD1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>A Adolescente viveu com os pais e com a primeira filha após ter fugido do companheiro que lhe batia!... (VD1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Aguentei maus-tratos durante 2 anos, ele dava-me porrada... (VD1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) os meus pais sempre se deram mal, ele batia-lhe e arranhou outras mulheres (VD1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Só o meu marido, depois de velho, com o álcool é que deu em nos levantar a mão!... (VD1-LavandaE15)</i></p>	14
Famílias Disfuncionais	<p><i>Destruturada e reconstruída por ambos os pais (FD1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Tenho irmãos por parte da mãe e de pai com outras companheiras (FD2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Do meu pai nada sei (FD3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Aos 16 anos preferiu viver em residência da segurança social Francesa para jovens adolescentes em vez de viver com a mãe, o padrasto e os irmãos. Aí continuei a estudar e sinto que me preparei para a vida! (FD4-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) os meus pais sempre se deram mal e ele arranhou outras mulheres; tenho muitos irmãos de outras (FD1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Falta da figura paterna: (...) ficaram só com a minha mãe (FD2-MimosaE3)</i></p> <p><i>O pai é alcoólico, mas não fala; quem decide é a mãe e está tudo bem assim (...) (FD1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Um pai adúltero que não ligava aos filhos; apesar de casado com a minha madrasta de quem teve 2 filhos, tinha várias outras mulheres e outros filhos, éramos 35 ao todo. As meninas têm que servir e os rapazes estudar... Fui</i></p>	17

<p><i>criada numa família desestruturada... (FD1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>As tias paternas tinham muitos conflitos com os meus pais motivo pelo qual já estava referenciada por elas para a CPCJ. (FD1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Mãe alcoólica falecida; o pai exercia violência doméstica sobre toda a família... (FD1-AnísE6)</i></p> <p><i>Antes dos 13 anos vivia num bairro social, com os pais, o padrasto e a madrasta e os irmãos, depois e até ir viver com o companheiro passou por várias instituições de onde fugia (...) (FD1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) o pai só fazia era proibir (...) (FD1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Mãe faz depressões e tem que ser medicada... passa muito tempo deitada quando tem as crises... (FD1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>O Pai (...) batia-me e impediu-nos de ir à escola pois entrou em conflito com uns cabo-verdianos do bairro estava eu no 5º ano e acabei por perder esse ano. (FD1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Meu pai bebe muito e fuma muito... (FD1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Agora tenho um padrasto e uma irmã com meses, para além do meio-irmão. (FD1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Viveu com os avós maternos até aos 8 anos altura em que foi viver com a mãe e o padrasto para o Reino Unido a minha mãe foi atrás do meu pai para o Reino Unido, ele fugiu-lhe para o Brasil para ao pé da família dele que estava lá e ela ficou até se casar com o meu padrasto. (FD1-Amor-PerfeitoE12)</i></p>
--

Quadro 20 - Subcategorias "Violência Doméstica; Famílias Disfuncionais"

Nove participantes referem ter sofrido de alguma forma de violência enquanto que das quinze, onze afirmam ser originárias de famílias disfuncionais o que vem ao encontro do defendido pelos autores (Carmona, 2012; Dadoorian, 2000, 2003; Presado et al., 2015; Ramos, 2012d; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012)

Sete das participantes referiram ter sofrido violência no seio familiar de origem, como está bem patente nas afirmações: *"sim, o pai (muçulmano) batia-nos."* (VD1-MadressilvaE1) a ela e à mãe e (...) mais tarde também o padrasto. (VD2-MadressilvaE1); uma delas explica *"(...) agarrou-se ao primeiro que se quis casar com ela para fugir à mãe que lhe batia."* (VD1-PetúniaE8); enquanto outra resume a sua história ao comentar ter sofrido de *"violência doméstica por parte do pai que batia na mãe e nos três irmãos. A mãe era alcoólica e extremamente doente, motivo pelo qual eles foram retirados e todos separados por "colégios diferentes"* (VD1-AnísE6).

Outra das jovens entrevistadas referiu ainda ter sofrido maus-tratos por parte do companheiro, pai da sua primeira filha *"(...) viveu com os pais e com a primeira filha após ter fugido do companheiro que lhe batia!..."* (VD1-PapoilaE13), esclarece ainda a sua

história de vida com a afirmação *“aguentei maus-tratos durante 2 anos, ele dava-me porrada...”* (VD1-PapoilaE13) reforça.

A maioria das jovens entrevistadas narra na sua história de vida, famílias de origem disfuncionais: Uma explica que teve... *“um pai adúltero que não ligava aos filhos; apesar de casado com a minha madrasta de quem teve 2 filhos, tinha várias outras mulheres e outros filhos, éramos 35 ao todo. “As meninas têm que servir e os rapazes estudar...”, “fui criada numa família desestruturada...”* (FD1-PetúniaE8); enquanto outra afirma: *“tenho irmãos por parte da mãe e de pai com outras companheiras”* (FD2-MadressilvaE1). Outra participante assegura que *“(...) os meus pais sempre se deram mal e ele arranjou outras mulheres; tenho muitos irmãos de outras”* (FD1-MimosaE3). Uma das adolescentes justifica a sua estadia na instituição pela disfunção familiar: *“as tias paternas tinham muitos conflitos com os meus pais motivo pelo qual já estava referenciada por elas para a CPCJ”*. (FD1-AçucenaE5)

Uma das participantes explica o ter vivido com os avós maternos quando resume a sua história: Viveu com os avós maternos até aos 8 anos altura em que foi viver com a mãe e o padrasto para o Reino Unido; *“a minha mãe foi atrás do meu pai para o Reino Unido, ele fugiu-lhe para o Brasil para ao pé da família dele que estava lá e ela ficou até se casar com o meu padrasto.”* (FD1-Amor-PerfeitoE12)

Outra das adolescentes participantes assegura ainda ter sentido falta da figura paterna: *“(...) ficámos só com a minha mãe”* (FD2-MimosaE3), (afirma com ar pesaroso); enquanto outra das jovens tenta explicar a nova reestruturação familiar *“agora tenho um padrasto e uma irmã com meses, para além do meio-irmão.”* (FD1-AlteiaE14)

### Subcategoria “Papel Parental”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Papel Parental	<i>Relação conflituosa com a mãe, sim (PP1-MadressilvaE1)</i> <i>No que diz respeito ao auxílio na educação da criança- A mãe dele sim, mas a minha diz que sou maior e responsável... (PP2-MadressilvaE1)</i> <i>(...) a mãe ficou espantada (...) com a gravidez (PP1-MagnóliaE2)</i> <i>(...) a mãe ficou espantada e triste (...) referindo-se à gravidez. (PP1-MiosótisE11)</i>	9

<p><i>(...) também não existe proximidade... (PP1-MimosaE3)</i></p> <p><i>A mãe queria arranjar casamento para mim e então mandava-me ir dormir na casa dele e dos pais dele, e então aconteceu... Quando eu dizia que não achava bem ir dormir à casa dos rapazes ela ralhava comigo, e dizia que eu era parva. (PP1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) a minha mãe fugiu atrás do meu pai para o Reino Unido e ficou por lá (abandonou-me com a minha avó). (PP1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) eu não me calo e a minha mãe está sempre a ralar comigo, até por causa da minha irmã; que segundo a minha mãe nasceu porque eu queria!... fazemos fásca as duas o meu padrasto é que tenta pôr água na fervera. (PP2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Apesar de eu e a mãe estarmos sempre a faiscar, arrependi-me muito de ir para ao pé do meu pai, estragou a minha vida; ainda hoje está ilegal no Brasil e mentiu à minha mãe, se ela soubesse não me tinha deixado ir! (OFD2-Amor-PerfeitoE12)</i></p>
--

Quadro 21 - Subcategoria "Papel Parental"

No diálogo com seis das participantes percebe-se a dificuldade no desempenho do papel parental e a incapacidade de algumas das mães de dar afecto, tal como na afirmação: *“a mãe queria arranjar casamento para mim e então mandava-me ir dormir na casa dele e dos pais dele, e então aconteceu (...) quando eu dizia que não achava bem ir dormir à casa dos rapazes ela ralhava comigo, e dizia que eu era parva.”* (PP1-PetúniaE8).

Uma das adolescentes participantes confirma ter uma *“relação conflituosa com a mãe, sim”* (PP1-MadressilvaE1); enquanto outra reforça a ideia de não partilhar as suas preocupações e problemas com a mãe ao explicar que *“(...) também não existe proximidade...”* (PP1-MimosaE3) referindo-se à relação entre ela e a mãe.

Também se pode depreender a falta de cumplicidade das adolescentes com a sua mãe, nas afirmações das irmãs gémeas, sobre a reacção da mãe após ambas terem engravidado, em *“timings”* diferentes: *“(...) a mãe ficou espantada (...)”* com a gravidez (PP1-MagnóliaE2) e *“(...) a mãe ficou espantada e triste (...)”* (PP1-MiosótisE11).

### Subcategoria **“Maternage/Responsável por Irmãos e Primos mais novos”**

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Maternagem/ Responsável por Irmãos e primos mais novos	<i>Estudava e tomava conta dos irmãos mais novos (dos 14 aos 16 anos) (M1-MadressilvaE1)</i> <i>(...) tomava conta dos meus sobrinhos. (M1-MagnóliaE2)</i> <i>(...) muitas vezes tomava conta dos sobrinhos (...) (M1-MiosótisE11)</i> <i>Agora está a tomar conta do sobrinho (a irmã gémea trabalha) e da filha.</i>	7

	<p>(M2-MiosótisE11)</p> <p><i>(...) estou em casa com a mãe a cuidar de crianças (...) a mãe trabalha como ama em casa (M1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Ela toma conta da filha e ajuda a mãe no seu trabalho (M2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>(...) já vivíamos juntos e eu cuidava da outra filha dele que vivia connosco (...) (M1-AmarílisE7)</i></p>	
--	---	--

Quadro 22 - Subcategoria "Maternage/Responsável por Irmãos e Primos mais novos"

Cinco das jovens grávidas contam que para além da escola e da colaboração em casa com as mães, ainda eram responsáveis por cuidar dos irmãos mais novos ou dos sobrinhos: "estudava e tomava conta dos irmãos mais novos" dos 14 aos 16 anos (M1-MadressilvaE1) afirma uma delas. Uma das irmãs explica que, apesar de se encontrar em puerpério, agora está a tomar conta do sobrinho e da filha porque a irmã gémea trabalha (M2-MiosótisE11).

Outra das participantes explicou que desde cedo realizou a sua vontade de "maternagem" e reforçou ao explicar que "(...) já vivíamos juntos e eu cuidava da outra filha dele que vivia connosco (...) " (M1-AmarílisE7).

### Subcategoria "Construir a própria Família como Projecto de Vida"

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Construir a sua própria família como Projecto de vida	<p><i>Voltou para Portugal quando fez 18 anos (maioridade) e reatou novamente o seu namoro com o actual companheiro. (PV/CPF1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) vamos viver juntos e trabalhar para criar a filha (PV/CPF2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) nós gostávamos de ter mais, mas ele também tem que trabalhar primeiro! (PV/CPF3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) ele quer ter mais, mas mais para a frente! (PV/CPF1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não estamos juntos ainda..., mas vamos ficar... (PV/CPF2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) a minha irmã está feliz com o filho... está bem com o namorado de há muito tempo (...) (PV/CPF1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) a minha irmã (...) estava a construir a família dela... (PV/CPF2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) fiquei feliz por estar grávida (...) achei que ia ter a minha família (PV/CPF3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) até hoje estou com o meu namorado; actual marido (PV/CPF1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>(...) sempre tive os filhos que quisemos..., mas por agora ainda não que a vida não está fácil. (PV/CPF2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Foi muito difícil dizer-lhe que estava grávida (ao pai) e ele levou-me logo à médica para abortar, mas já não podia, felizmente! (PV/CPF1-AçucenaE5)</i></p>	28

	<p><i>(...) sei fazer tudo e luto para estar com a filha e o namorado. (PV/CPF2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>...daqui a 3 anos queremos o menino. (PV/CPF3-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Fazem planos para casar e baptizar o bebé no mesmo dia, quando ambos (mãe e filho) saírem da residência (PV/CPF1-AnísE6)</i></p> <p><i>Embora me apeteça fugir, pelo filho fico sossegada, agora só tenho que terminar de estudar para poder ter a minha família junta! (PV/CPF2-AnísE6)</i></p> <p><i>Não estamos juntos ainda pois estou aqui com o filho..., mas vamos ficar, assim que sairmos daqui vamos casar e ser uma família... (PV/CPF3-AnísE6)</i></p> <p><i>Já tinha tentado engravidar com outro companheiro, vivemos durante 6 meses, mas não aconteceu e ficámos tristes, ele até chorou... separámo-nos por causa disso! (PV/CPF1-AmarilisE7)</i></p> <p><i>...estou a estudar pela minha filha (...) (PV/CPF2-AmarilisE7)</i></p> <p><i>...quero ficar com a minha filha, ele ameaça que ma vai tirar, mas não vai conseguir pois eu vou voltar a trabalhar depois de terminar os estudos! (PV/CPF3-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Agora vou trabalhar, sou eu e a minha filha, ele não ma pode tirar! (PV/CPF4-AmarilisE7)</i></p> <p><i>(...) deixei-me engravidar (...) (PV/CPF1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>...eu ia ser mãe, o meu pai já não me podia bater e eu construía a minha família... (PV/CPF2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) eu tive os filhos que queria! (PV/CPF3-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) tentou constituir família com ele e com a filha, mas recebia maus tratos. (PV/CPF4-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Sim, queria ser mãe (...) íamos construir uma família. (PV/CPF1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>A gravidez era o projecto de futuro, com o meu amor íamos construir uma família (...) (PV/CPF2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Desejei muito e ele ainda mais, tive medo de não ser capaz de engravidar e até falei isso com ele (...) (PV/CPF3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) casámos... ele tinha pressa pois não queria estar sozinho! (PV/CPF1-LavandaE15)</i></p>	
--	---	--

Quadro 23 - Subcategoria "Construir a própria Família como Projecto de Vida"

Das quinze participantes no estudo, onze verbalizam a intenção de engravidar e construir a sua própria família com o namorado, que sentem e desejam como companheiro. Uma explica que voltou para Portugal quando fez 18 anos (maioridade) e reatou novamente o seu namoro com o actual companheiro (PV/CPF1MadressilvaE1). Outra das entrevistadas explica que, para além do filho recém-nascido, “(...) ele (namorado) quer ter mais, mas mais para a frente!” (PV/CPF1-MagnóliaE2). Enquanto que a irmã gémea demonstra o seu desejo ao afirmar... “(...) a minha irmã (...) estava a construir a família dela...” (PV/CPF2-MiosótisE11), “(...) está feliz com o filho... está bem com o namorado de há muito tempo

(...)” (PV/CPF1-MiosótisE11) e quando descobriu estar grávida; “(...) *fiquei feliz por estar grávida (...) achei que ia ter a minha família*” (PV/CPF3-MiosótisE11).

“(...) *até hoje estou com o meu namorado; actual marido*” (PV/CPF1-Malva-RosaE10) e “(...) *sempre tive os filhos que quis...*” (PV/CPF2-Malva-RosaE10) confirma outra delas.

Outra das entrevistadas também refere “(...) *deixei-me engravidar (...)*” (PV/CPF1-AlfazemaE9); “...*eu ia ser mãe, o meu pai já não me podia bater e eu construía a minha família...*” (PV/CPF2-AlfazemaE9) e reforça ainda a ideia: “(...) *eu tive os filhos que queria!*” (PV/CPF3-AlfazemaE9). Ainda outra das jovens grávidas declara “*a gravidez era o projecto de futuro, com o meu amor íamos construir uma família (...)*” (PV/CPF2-Amor-PerfeitoE12), “*desejei muito e ele ainda mais, tive medo de não ser capaz de engravidar e até falei isso com ele (...)*” (PV/CPF3-Amor-PerfeitoE12).

### Subcategoria “Procura de Independência”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Procura de Independência	<p><i>Voltei assim que fiz 18 anos pois tinha cá a minha avó que me acolheu e o rapaz que eu adorava. Gosto mais de estar em Portugal (PI1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) pretendo continuar a estudar e arranjar emprego para não perder o filho! (PI1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Arranjei trabalho e a sogra toma conta da bebé. (PI1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) começou a trabalhar quando engravidou (PI1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) tinha que acabar o 9º ano e preocupar-me em trabalhar e dar à filha o que ela precisava... (PI1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Vai viver com o namorado e a filha na casa dos sogros, até terem casa. (PI1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>A sogra trabalha nas limpezas nas piscinas do campo grande e arranja-me lá emprego quando sair da residência. (PI1-AnísE6)</i></p> <p><i>Ele já arranjou trabalho fixo, quando o dinheiro chegar vamos ter a nossa casinha; agora vamos casar e baptizar o filho no mesmo dia. (PI2-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) terminar o 9º ano e voltar a trabalhar. (PI1-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Fui viver para França quando tivemos uma zanga grande, ele andava embeijado por outra e eu não estava para isso... levei os meus meninos e estive lá quase um ano a trabalhar (PI1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Não tinha que viver às custas de ninguém... tinha que ir trabalhar para sustentar o meu filho. (PI2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) depois viveu com o segundo filho (fruto de uma relação extraconjugal do companheiro) durante um período de cerca de 10 anos, em que se sentia bem assim (...). (PI1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>O namorado acabou comigo quando soube da gravidez, quer que eu tire!</i></p>	15

	<p>(PI1-AlteiaE14)</p> <p>(...) para eu voltar a estudar e a trabalhar, para orientar a vida e criar o meu filho. (PI2-Amor-PerfeitoE12)</p> <p>(...) tenho o meu filho para criar... tenho que me fazer à vida! (PV/CPF3-Amor-PerfeitoE12)</p>	
--	---	--

Quadro 24 - Subcategoria "Procura de Independência"

Doze das quinze adolescentes participantes procuraram obter a sua independência através da relação com o namorado e da gravidez, como duas delas referem: *"arranjei trabalho e a sogra toma conta da bebé."* (PI1-MiosótisE11) e *a outra vai viver com o namorado e a filha na casa dos sogros, até terem casa.* (PI1-AçucenaE5).

Uma outra adolescente *"(...) começou a trabalhar quando engravidou"* (PI1-MimosaE3) e outra defende ainda *"não tinha que viver às custas de ninguém... tinha que ir trabalhar para sustentar o meu filho"* (PI2-AlfazemaE9).

As três adolescentes que se encontram institucionalizadas aceitaram ajuda exterior à família para desenvolver o seu "projecto" tão desejado. Encontram-se a estudar, como explica uma delas ao verbalizar: *"(...) vou terminar o 9º ano e voltar a trabalhar."* (PI1-AmarílisE7). Outra expõe com toda a satisfação: *"ele já arranjou trabalho fixo, quando o dinheiro chegar vamos ter a nossa casinha; agora vamos casar e baptizar o filho no mesmo dia."* (PI2-AnísE6), referindo-se ao companheiro e ao projecto de ambos para quando sair da instituição.

### Subcategoria "História Familiar de Gravidez Adolescente"

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
História familiar de gravidez adolescente	<p><i>Mãe foi mãe adolescente tal como as tias e primas</i> (HFGA1-MadressilvaE1)</p> <p><i>Não, mãe teve o primeiro filho com 18 anos</i> (HFGA1-MagnóliaE2)</p> <p><i>Sim, a irmã gémea foi mãe com 15 anos. O meu sobrinho é lindo.</i> (HFGA1-MiosótisE11)</p> <p><i>(...) a minha irmã vai ser mãe agora, na altura certa: Tem 19 anos</i> (HFGA1-MimosaE3)</p> <p><i>Irmã e primas</i> (HFGA1-MargaridaE4)</p> <p><i>Sim, a mãe</i> (HFGA1-Malva-RosaE10)</p> <p><i>Sim, a mãe, as tias e a filha mais velha com 16 anos, não falei com ela para se proteger, pois, achei que era muito cedo (...)</i> (HFGA1-PetúniaE8)</p> <p><i>Sim, uma prima</i> (HFGA1-AçucenaE5)</p> <p><i>Sim, a irmã mais velha</i> (HFGA1-AnísE6)</p>	14

	<p><i>Sim, a mãe (HFGA1-AmarilisE7)</i></p> <p><i>Sim, mãe, irmã mais velha, irmã mais nova que tem vergonha de dar a entrevista (HFGA1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, a mãe (HFGA1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Sim, a mãe (com 17 anos) e a avó materna (com 18 anos) (HFGA1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Sim, a mãe, a filha e a neta... as 3 gerações!... (HFGA1-LavandaE15)</i></p>	
--	---	--

Quadro 25 - Subcategoria "História Familiar de Gravidez Adolescente"

Catorze das participantes neste estudo têm mães ou irmãs que tiveram filhos quando também elas eram adolescentes, inclusivamente uma refere com orgulho: “*sim, a mãe, a filha e a neta... as 3 gerações!...*” (HFGA1-LavandaE15). As restantes têm tias ou primas que também foram grávidas adolescentes. Entre as participantes e suas familiares as idades para a primeira gravidez distribuíram-se entre os 13 anos e os 19 anos. Estes factos vêm ao encontro ao referido por Dadoorian, pois ela diz-nos que as colegas das jovens por ela entrevistadas, as suas irmãs e até, por vezes, as próprias mães, foram também elas mães adolescentes, numa clara valorização da maternidade na obtenção de um novo “*status*” social, o de mulher adulta (Dadoorian, 2003). Estes achados estão também de acordo com vários autores que explicam o factor intergeracionalidade como influenciador para a gravidez precoce (Canavarro, 2001; Medeiros, 2013a; Pires, 2014; Ramos, 2004, 2005, 2013a, 2016; Reis, 2007; Reis & Ramos, 2012).

### 5.3.7. DETERMINANTES AMBIENTAIS

#### Subcategoria “Contexto Habitacional”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Contexto Habitacional	<p><i>Vivia num Bairro Social nos arredores da cidade (Bairro da Cova da Moura) em casa abarracada (CH1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Sim, viveram sempre com os pais em bairros sociais (6 de Maio e Cova da Moura) e foram desalojados, têm ajuda da Segurança Social para pagar arrendamento do apartamento que habitam (CH1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Vive em apartamento, mas com poucas condições de higiene e habitabilidade (CH2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Viveram em bairro social e foram desalojados, têm ajuda da Segurança Social para pagar arrendamento do apartamento que habitam (CH1-MiosótiE11)</i></p> <p><i>A morada de família do casal e sua filha que tem agora 4 anos, é também uma casa Abarracada, no bairro da Cova da Moura, em que foram habitar</i></p>	17

<p><i>após a primeira gravidez. (CH1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Vivia em casa abarracada em Cabo verde, agora vive em Apartamento em Zona Urbanizada (CH1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Vivi na Pontinha, Azinhaga, ele vivia na Estrada militar, na Reboleira; agora vivemos no bairro do casal da mira em apartamento com saneamento básico (CH1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Sempre viveu em bairro social, primeiro em bairro degradado e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara. (CH2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Vivi na Pontinha, na Azinhaga dos Besouros, e vim para a Amadora pouco depois, agora vivo no bairro do casal da mira desde que fomos desalojados. (CH1-PetúniaE8) Sempre viveu em bairro social, primeiro em bairro degradado e sem saneamento básico (...). (CH2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Tenho cá a minha casa (...) (CH3-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Vivia num bairro social de Oeiras. (CH1-AnísE6)</i></p> <p><i>Antes dos 13 anos vivia num bairro social, num apartamento. (CH1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Vive em Apartamento com saneamento básico em bairro social. (CH1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sempre viveu em bairro social, primeiro em bairro degradado, numa barraca e sem saneamento básico e depois foi realojada em bairro da Câmara. (CH2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Foi para o Reino Unido com 8 anos com algumas voltas a Portugal, sempre no concelho da Amadora. Ainda viveu no Brasil dos 14 aos 17 anos. No Brasil viveu em favela; no Reino Unido em bairro social. (CH1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Sim, o pai vive em Favela no Brasil e a mãe e o padrasto vivem em bairro social em Inglaterra (...) (CH2-Amor-PerfeitoE12)</i></p>
---

Quadro 26 - Subcategoria "Contexto Habitacional"

Os determinantes ambientais também são factor importante para a saúde dos indivíduos e comunidades; o contexto habitacional, tal como os pares que convivem com as nossas participantes exercem nelas uma inegável influência (Ramos, 2004, 2008a, 2009, 2013a; Reis & Ramos, 2012).

Todas as quinze participantes desta investigação conhecem a realidade do ambiente existente nos bairros mais desfavorecidos, embora actualmente apenas onze residem em bairros sociais, tal como está patente nas afirmações: *“vivia num bairro social nos arredores da cidade (bairro da Cova da Moura) em casa abarracada”* (CH1-MadressilvaE1); *vivia em casa abarracada em Cabo-verde, agora vive em apartamento em zona urbanizada (CH1-MargaridaE4); “sempre vivi em bairro social, primeiro em bairro degradado e sem saneamento básico e depois fui realojada em bairro da Câmara.”* (CH2-Malva-RosaE10).

As duas irmãs gémeas viveram em bairro social e foram desalojadas; têm ajuda da Segurança Social para pagar arrendamento do apartamento que habitam (CH1-MiosótisE11). Uma delas explica que o apartamento onde vivem tem poucas condições de higiene e habitabilidade (CH2-MagnóliaE2), pois vivem num apartamento pequeno para todos (pais, irmãos e cunhadas, sobrinhos e agora um recém-nascido e outro bebé a caminho (o da irmã gémea).

Outra das adolescentes entrevistadas resume o seu percurso de vida: *“fui para o Reino Unido com 8 anos com algumas voltas a Portugal, sempre no concelho da Amadora. Ainda vivi no Brasil dos 14 aos 17 anos. No Brasil vivi em ‘favela’; no Reino Unido em bairro social. (CH1-Amor-PerfeitoE12); (...) o pai vive em ‘favela’ no Brasil e a mãe e o padrasto vivem em bairro social em Inglaterra (...)”* (CH2-Amor-PerfeitoE12).

### Subcategoria “Influência dos Pares”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Influência dos Pares	<p><i>Gravidez na adolescência – várias amigas do bairro onde cresceu (Cova da Moura) (IP1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Não desde que fui para o colégio deixei as amigas que faltavam às aulas (IP1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Sim, amigas e amigos, festas, drogas (ganzas) e álcool...IP1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) eu faltava muito às aulas para as parties e para estar com as amigas, conheci assim o pai da minha filha... (IP2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Gostava de ser cabeleireira, tenho jeito, as meninas lá no Bairro todas vão ter comigo para eu as arranjar! Eu passo cor, seco com secador e aliso; também sei maquilhar elas muito bem... (IP1-MimosaEE3)</i></p> <p><i>História de gravidez adolescente de uma prima e de várias amigas e colegas de escola (IP1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>História de gravidez adolescente da irmã mais velha e de várias amigas e colegas de escola (IP1-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) até ir viver com o companheiro passou por várias instituições de onde fugia para ir sair com as amigas. (IP1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Várias amigas foram grávidas adolescentes. (IP2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) fugia da escola e de casa para me divertir com as amigas (...) (IP3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Sim, vivi sempre num bairro social, apaixonei-me por que eu convivia. (IP1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>História de gravidez adolescente das irmãs mais velhas, irmã mais nova e várias amigas do bairro onde cresceu. (IP2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Sim, tive colegas de escola grávidas (IP1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Tem várias amigas que foram grávidas adolescentes. (IP1-AlteiaE14)</i></p>	17

	<p><i>(...) era o rapaz de que todas as raparigas gostavam lá na escola (IP2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Era o rapaz que todas queriam e eu estive com ele. (IP3-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Tem várias amigas adolescentes grávidas?: Sim, amigas no Brasil e também amigas Inglesas; lá é vulgar! (IP1-Amor-PerfeitoE12)</i></p>	
--	--	--

Quadro 27 - Subcategoria "Influência dos Pares"

Onze das quinze entrevistadas explicam a influência do grupo de pares nas suas decisões, tal como a sua necessidade de se sentirem incluídas, como é compreensível nas afirmações de várias das adolescentes participantes no estudo: *"(...) eu faltava muito às aulas para as 'parties' e para estar com as amigas, conheci assim o pai da minha filha..."* (IP2-MiosótisE11); gostava de ser cabeleireira, *"tenho jeito, as meninas lá no Bairro todas vão ter comigo para eu as arranjar! Eu passo cor, seco com secador e aliso; também sei maquilhar elas muito bem..."* (IP1-MimosaE3); *"(...) era o rapaz de que todas as raparigas gostavam lá na escola"* (IP2-AlteiaE14) e reforça com orgulho... *"era o rapaz que todas queriam e eu estive com ele"*. (IP3-AlteiaE14) Outra participante refere ainda que tem várias amigas adolescentes grávidas *"sim, amigas no Brasil e também amigas Inglesas; lá é vulgar!"* (IP1-Amor-PerfeitoE12). Vários autores (Carmona, 2012; A. Carvalho & Carvalho, 2006; Leininger, 2001; Presado et al., 2015; Ramos, 2004, 2013a, 2016; Reis & Ramos, 2012) consideram os seres humanos inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da influência dos pares com quem se relacionam, assim como da estrutura ambiental que os rodeia.

### 5.3.8. DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

#### Subcategoria "Estilos de Vida"

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Estilos de vida	<p><i>Aos 16 anos viveu, ainda em França, por opção própria; preferiu essa realidade a viver com a mãe, o padrasto e os irmãos, em residência para jovens adolescentes, propriedade da Segurança Social Francesa. Aí continuei a estudar e senti que me preparou para a vida. Eram acompanhadas por psicólogas e assistentes nas suas actividades de vida diária, tinham responsabilidades como se da sua casa se tratasse. (EV1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Eu vou casar um dia, na igreja, mas só conheço este homem (...). (EV1-MimosaEE3)</i></p>	15

*Sempre viveu só com a mãe que sempre trabalhou muito e a ajudou a criar a primeira filha. (EV1-Malva-RosaE10)*

*Vive com o marido e com os filhos (EV2-Malva-RosaE10)*

*A adolescente dorme num quarto sozinha com a sua filha de 1 ano. (...) As Assistentes Sociais estabeleceram regras de residência e vida em comunidade, educando para a maturidade e no sentido da independência individual e como cuidadoras dos seus filhos, educando para a parentalidade. (EV1-AçucenaE5)*

*A adolescente dorme num quarto duplo com o seu filho de 2 meses e outra residente que se encontra grávida. Espaço limpo e confortável que os residentes mantêm com a ajuda de ajudantes de residência. (EV1-AnísE6)*

*A adolescente dorme num quarto duplo com outra residente e com o filho desta de 2 meses (...) As Assistentes Sociais estabeleceram regras de residência e vida em comunidade, educando para a maturidade e no sentido da independência individual e como cuidadoras dos seus filhos. (EV1-AmarílisE7)*

*A habitação em que a Adolescente reside é a residência de acolhimento indicada pela CPCJ, aceitou o projecto de vida que lhe foi delineado; eu estou aqui pois estou a estudar pela minha filha (...). (EV2-AmarílisE7)*

*Veio viver para o concelho da Amadora pelo projecto de vida que a instituição lhe apresentou... tinha que continuar a viver numa instituição por causa da CPCJ e aqui ajudam-me a crescer, a estudar e a arranjar emprego. (EV3-AmarílisE7)*

*(...) do segundo (filho) tive quando quis, numa fase mais estável da vida (EV1-AlfazemaE9)*

*(...) estou a seguir a gravidez no centro de saúde. (EV1-Amor-PerfeitoE12)*

*Em Inglaterra sim, explicavam tudo e não há desculpas de não saber: mandavam ir buscar métodos contraceptivos gratuitos. (EV2-Amor-PerfeitoE12)*

*No Brasil também davam preservativos nos centros da saúde, de graça (...). (EV3-Amor-PerfeitoE12)*

*Eu deixei de fumar. (EV4-Amor-PerfeitoE12)*

*(...) nem por mim nem pelo filho ele melhora. Eu mudei... (EV5-Amor-PerfeitoE12)*

*Quadro 28 - Subcategoria "Estilos de Vida"*

Oito das grávidas adolescentes participantes demonstram alguma maturidade quanto à aprendizagem e adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis, verbalizando a sua modificação de conduta, pensando no futuro que escolheram ou assumiram seguir.

Uma explica a sua escolha de sair da casa da família e ir viver para uma instituição: Aos 16 anos viveu, ainda em França, por opção própria; preferiu essa realidade a viver com a mãe, o padrasto e os irmãos, em residência para jovens adolescentes, propriedade da Segurança Social Francesa: *“aí continuei a estudar e senti que me preparou para a vida.”* Eram acompanhadas por psicólogas e assistentes nas suas actividades de vida diária, tinham responsabilidades como se da sua casa se tratasse. (EV1-MadressilvaE1). Outras

três vivem numa instituição indicada pelo tribunal de menores (fora do ambiente familiar) no sentido de trabalharem objectivos de vida exequíveis e de se prepararem para a parentalidade como explica uma das jovens: Vive na residência de acolhimento indicada pela CPCJ, aceitou o projecto de vida que lhe foi delineado; *“eu estou aqui pois estou a estudar pela minha filha (...)”* (EV2-AmarílisE7). Explica ainda que veio viver para o concelho da Amadora pelo projecto de vida que a instituição lhe apresentou: *“tinha que continuar a viver numa instituição por causa da CPCJ e aqui ajudam-me a crescer, a estudar e a arranjar emprego”*. (EV3-AmarílisE7) Outra das jovens explica a sua mudança de comportamento depois de engravidar ao afirmar que desde que soube estar grávida *“(...) estou a seguir a gravidez no centro de saúde.”* (EV1-Amor-PerfeitoE12) e reforça inclusivamente *“eu deixei de fumar.”* (EV4-Amor-PerfeitoE12) explica ainda que estão acessíveis informações e métodos contraceptivos, para uma saúde sexual e reprodutiva; *“em Inglaterra sim explicavam tudo e não há desculpas de não saber: mandavam ir buscar métodos contraceptivos gratuitos.”* (EV2-Amor-PerfeitoE12) e ainda *“no Brasil também davam preservativos nos centros da saúde, de graça (...)”* (EV3-Amor-PerfeitoE12) o que confirma o defendido por Ramos (2013a, 2016)

### Subcategoria “Comportamentos de Risco (comportamentos aditivos/relações sexuais desprotegidas)”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Comportamentos de risco (Comportamentos Aditivos, relações sexuais desprotegidas)	<p><i>Tive relações com ele a ainda não sabia bem o que era isso... ele disse - acho que já fiz asneira! (...) (CR1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Alcoolismo, toxicoddependência, violência- No bairro existia um pouco disso tudo... (CR2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Uso de contraceptivos Não, não era preciso (...) (CR1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) o namorado fuma (CR2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Só voltei a dormir com o novo namorado já tinha feito um teste que deu positivo e só depois fiz sexo. (CR1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Teve relações com outros rapazes para arranjar um companheiro e também um pai para a filha. (CR2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Ainda tentou desmanchar com receio de o pai dizer que não era dele a filha, através dos comprimidos que se compram na cabeleireira, lá na Cova..., mas tive medo (CR3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) Companheiro? já não estudava, com 18 anos estive preso... não sei porquê... ele fumava ganzas... (CR4-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Meu pai bebe muito e fuma muito... eu fumava cigarros e ganzas; era bué</i></p>	39

*relaxante! Mas sentia-me mal com as ganzas dele, acho que por causa da epilepsia (...)* (CR5-MiosótisE11)

*Fumo umas ganzas só para acalmar, é muito pouquinho e não faz mal...* (CR6-MiosótisE11)

*(...) eu faltava muito às aulas para as parties (...)* (CR7-MiosótisE11)

*Aconteceu (olhar indirecto e sorriso envergonhado), ele disse que sabia e que tirava, que não havia problema, a segunda também foi assim, quando tirei o implante...e agora aconteceu, novamente...* (CR1-MimosaEE3)

*Abortou?: Sim, agora deseja IVG novamente...* (CR2-MimosaEE3)

*(...) conheceram-se na Internet - Facebook®; estiveram juntos poucas vezes quando ele veio a Lisboa e acabou por engravidar.* (CR1-MargaridaE4)

*Foi tão bom que não tomámos cuidado... eu não estava a tomar pílula!...* (CR1-Malva-RosaE10)

*Foi consentida, foi uma obrigação, eu não sabia o que era, não tinha ideia (...)* (CR1-PetúniaE8)

*(...) o marido era trabalhador, mas bebia muito e gostava muito de amigos. (...)* (CR2-PetúniaE8)

*Outros parceiros sexuais antes? – Sim, mas não foi a sério (...)* (CR1-AçucenaE5)

*Meu pai fuma muito (...)* o meu namorado fuma (...)

 (CR2-AçucenaE5)

*Antes de engravidar estava em colégios de ensino especial de onde era expulsa, pois fugia e faltava muito às aulas; fugia para estar com o namorado que conheci no penúltimo colégio onde estive (...)* (CR1-AnísE6)

*Aconteceu na única vez que não usámos preservativo, numa das vezes que fugi do colégio...* (CR1-AnísE6)

*A mãe era alcoólica e extremamente doente (...)* (CR2-AnísE6)

*Mãe faleceu há 3 anos no seguimento de complicações do álcool(...)* (CR3-AnísE6)

*Eu fartava-me de faltar à escola, estava sempre a fugir (...)* (CR4-AnísE6)

*Depois e até ir viver com o companheiro passou por várias instituições de onde fugia para ir sair com as amigas(...)* (CR1-AmarílisE7)

*Companheiro-Trafica e consome drogas* (CR2-AmarílisE7)

*Álcool só em festas...* (CR1-AlfazemaE9)

*As redes sociais incentivam muito às festas e facilitam a comunicação, encontra-se lá tudo. Eu retirei o meu implante, sozinha, pois vi como se fazia, lá ensinava!* (CR1-AlfazemaE9)

*Sempre adorei piercings e tatuagens, tenho muitos... (tem piercings também entre os dois dentes incisivos além do nariz, da língua, do maxilar...só os visíveis)* (CR1-AlfazemaE9)

*Os companheiros não queriam preservativo!* (CR1-PapoilaE13)

*(...) foi só curte* (CR1-AlteiaE14)

*Primeira Gravidez - aconteceu, esta segunda também foi assim, esquecia-me de tomar a pílula...* (CR2-AlteiaE14)

*Relações sexuais desprotegidas, toxicodependência do namorado desejado* (CR3-AlteiaE14)

*Eu é que não tive cuidado, esqueço-me da pílula e não usei preservativo*

	<p><i>porque não gostamos. (CR4-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Maconha só experimentei uma vez; álcool em festas; relações sexuais desprotegidas, sim! (CR1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) no Brasil sempre estive ilegal. (CR2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Já não acredito nele, continua sem trabalho, a fumar (ele fumava maconha) (...)</i> (CR3-Amor-PerfeitoE12)</p> <p><i>Sim, abortei com uma parceira (...)</i> (CR1-LavandaE15)</p> <p><i>Alcoolismo; o meu marido agora depois de velho, e também fuma imenso...!</i> (CR2-LavandaE15)</p>	
--	--	--

Quadro 29 - Subcategoria "Comportamentos de Risco (comportamentos aditivos/relações sexuais desprotegidas)"

Indo ao encontro do explicado por Nabais (2014), no que diz respeito aos comportamentos de risco, todas as quinze entrevistadas admitem terem tido ou ainda apresentarem vários desses comportamentos, desde relações sexuais desprotegidas com um ou vários parceiros, a tentativas de abortamento ou aborto em condições inadequadas acrescentando ainda o consumo de estupefacientes e bebidas alcoólicas. Uma explica que, depois de saber estar grávida, e de o namorado se negar a assumir a paternidade, *teve relações com outros rapazes para arranjar um companheiro e também um "pai" para a filha.* (CR2-MiosótisE11) e ainda explica: *"fumo umas ganzas só para acalmar, é muito pouquinho e não faz mal..."* (CR6-MiosótisE11). Outra, agora com 19 anos, vai realizar a segunda IVG, pois *"aconteceu (olhar indirecto e sorriso envergonhado), ele disse que sabia e que tirava, que não havia problema"; "a segunda também foi assim, quando tirei o implante... e agora aconteceu, novamente..."* (CR1-Mimosa3).

Outra ainda refere um relacionamento amoroso iniciado através das redes sociais (...) *conheceram-se na Internet Facebook®; estiveram juntos poucas vezes quando ele veio a Lisboa e acabou por engravidar.* (CR1-MargaridaE4). Outra das adolescentes reforça esta ideia quando explica que *"as redes sociais incentivam muito às festas e facilitam a comunicação, encontra-se lá tudo. Eu retirei o meu implante, sozinha, pois vi como se fazia, lá ensinava!"* (CR1-AlfazemaE9).

### Subcategoria "Uso da Contracepção"

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Uso da	<i>Uso de contracepção Só depois da primeira IVG e já em França na escola (UC1-MadressilvaE1)</i>	18

<p>Contraceção</p>	<p>(...) às vezes ACO (esquecia-se), agora colocou Implante (UC2-MadressilvaE1)</p> <p>Não quis tomar ACO e só colocaria o Implanon™ quando o bebé tivesse 1 ano. O bebé tem 11 meses e ela tem receio de estar grávida novamente pois está com um atraso menstrual de cerca de 3 semanas, afirma que sempre usaram preservativo... (UC1-MagnóliaE2)</p> <p>(...) às vezes...às vezes tomava pílula...(UC1-MiosótisE11)</p> <p>(...) às vezes os Preservativo - não gostam da camisinha, e ele tira!, também usei o implante mas tirei e não coloquei outro para deixar descansar o corpo...logo a seguir engravidei tal como dizia a doutora que queria que eu pusesse logo outro no mesmo dia (UC1-Mimosa3)</p> <p>Primeira Gravidez aconteceu, tal como a segunda... (UC2-Mimosa3)</p> <p>(...) depois da primeira gravidez comecei a usar pílula (...) (UC1-Malva-RosaE10)</p> <p>Métodos contraceptivos – Nunca usou, só soube que existiam em Portugal, mas o marido não queria... (UC1-PetúniaE8)</p> <p>Não, não pensámos que engravidasse; às vezes usávamos preservativos, mas naquela vez não estava à mão... (UC1-AçucenaE5)</p> <p>Sim, sempre usei preservativo; a única vez que não usámos engravidei. (UC1-AnísE6)</p> <p>Sim, usei pílula, implante e preservativo. Desde os 9 anos (...) depois com 13 anos quando me tiraram aos meus pais para uma instituição colocaram-me um Implante, que eu tirei sozinha (fui ver à net como se fazia, é fácil). Às vezes também usava preservativo (...) (UC1-AmarílisE7)</p> <p>(...) agora só se engravida porque se quer (UC1-AlfazemaE9)</p> <p>Nunca me entendi muito bem com os métodos contraceptivos (ACO) (...) (UC1-PapoilaE13)</p> <p>Sim, a pílula, a mãe obrigava-me, mas eu esquecia-me... (UC1-AlteiaE14)</p> <p>Abortou – Sim, agora iniciou novamente processo de IVG. (UC2-AlteiaE14)</p> <p>(...) IVG não é difícil (...) (UC3-AlteiaE14)</p> <p>(...) davam preservativos nos centros da saúde (...) toda a gente dizia que estavam furados por brincadeira... (UC1-Amor-PerfeitoE12)</p> <p>Na altura não havia, mais tarde ainda usei uns supositórios... (UC1-LavandaE15)</p>	
--------------------	--	--

Quadro 30 - Subcategoria "Uso da Contraceção"

Quanto ao uso de métodos contraceptivos, catorze participantes assumem que não usam, ou usam de forma incorrecta, como se pode confirmar no Gráfico19; umas porque estão a tomar anticoncepcional oral (ACO) e tomam-no incorrectamente por desconhecimento, ou por esquecimento, como explicam duas delas: "(...) às vezes... às vezes tomava pílula... preservativo não usava pois ele dizia que tirava e não acontecia nada" (UC1-MiosótisE11). acrescentando ainda "também usei o implante mas tirei e não coloquei outro para deixar descansar o corpo... logo a seguir engravidei tal como dizia a doutora que queria que eu pusesse logo outro no mesmo dia" (UC1-MimosaE3). Outras

ainda utilizam o coito interrompido como método para evitar uma gravidez, acreditando na sua eficácia e desculpando-se com o não gostarem (ela e o companheiro) de utilizar o preservativo como é evidente na afirmação “(...) às vezes o preservativo - não gostamos da camisinha, e ele tira! (...)” (UC1-MimosaE3).

### Uso de Métodos Contraceptivos

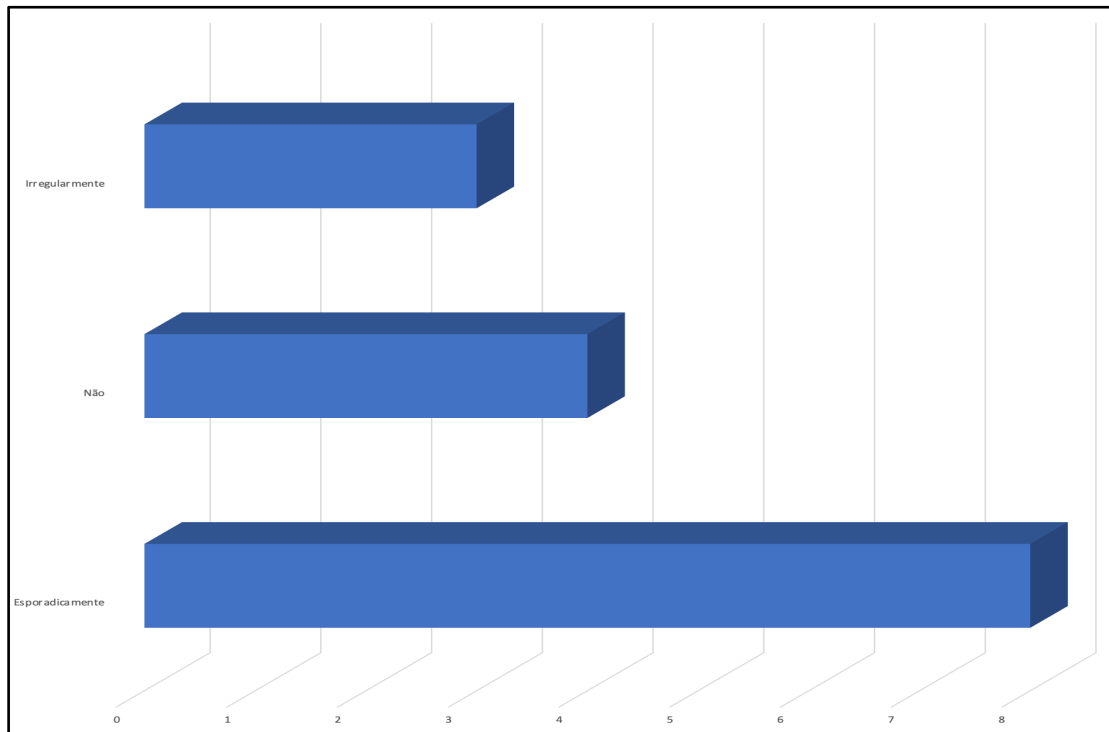


Gráfico 19 - Uso de Métodos Contraceptivos por parte das Participantes

Outra das adolescentes resume assim o seu percurso de contraceção: “sim, usei pílula, implante e preservativo. Desde os 9 anos (...) depois com 13 anos quando me tiraram aos meus pais para uma instituição colocaram-me um implante, que eu tirei sozinha (fui ver à net como se fazia, é fácil). Às vezes também usava preservativo (...)” (UC1-AmarílisE7).

Outra ainda expressa que, erradamente, acreditou “não vir a engravidar...”; “sim, sempre usei preservativo; a única vez que não usámos engravidei.” (UC1-AnísE6).

## Subcategoria “Afirmação da Fertilidade”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Afirmação da fertilidade	<p><i>Segunda gravidez aos 18 anos, não planeada, mas inconscientemente desejada após IVG imposta pelos pais (AF1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Depois da IVG não fiquei bem e acho que quando voltei a namorar com ele queria engravidar (AF2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Tirar? não, nem pensei nunca nisso quando soube que estava grávida (AF1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Esta gravidez foi inconscientemente desejada, mas muito bem aceite pelos dois! (AF2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Aborto – não, nem pensei nunca nisso quando soube estar grávida, mas, quando o ex-namorado disse que não era o pai, andei com outros rapazes que se afastaram assim que souberam da gravidez! (AF1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Desejadas sim todas as minhas gravidezes, eu gostava dele e engravidava, só a primeira é que veio cedo de mais... (AF1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Na primeira relação sexual engravidei... se ia ser mãe tinha que ter responsabilidade e sustentar a minha filha. (AF2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Abortar?: não, nem pensei nunca nisso quando soube estar grávida; mesmo que ele não aceitasse... (AF1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Abortar?: não, fiquei feliz por estar grávida e também já se descobriu tarde, tinha 3 meses (AF1-AnísE6)</i></p> <p><i>Abortou?: não, mesmo na altura em que disse a ele que estava grávida, que ele disse que não era dele e me pressionou para abortar disse que não. (AF1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Gravidez não planeada; mas muito desejada. (AF2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Vou assentar a trabalhar e a cuidar da minha filha, estou desejosa que ela nasça... (AF3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Eu queria engravidar e depois de ter tentado com o outro rapaz achava que não ia engravidar e então aconteceu... nós vivíamos juntos (AF4-AmarílisE7)</i></p> <p><i>A minha mãe teve outra depressão e o meu pai queria que eu tirasse pois não gosta dele, agora estão os dois felizes e quando eu sair daqui eles vão ajudar-me agora no início; os meus irmãos e irmãs estão do meu lado também... a mãe dele diz que não é a avó e que a Menina não é filha do filho. (AF5-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Engravidei sempre quando quis (AF1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Abortou?: Não, não quis tirar! (AF2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Eu tive os filhos que queria! Deixei-me engravidar, acho que também para desafiar o meu pai... (AF3-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Gravidez aceite/desejada eu não quis tirar... (AF4-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Deseja ter mais um filho com o marido (está com 34 anos) (AF1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Aconteceu, eles fogem quando lhes conto que estou grávida... (AF1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) juntaram-se 15 dias depois e engravidou logo. (AF1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Gravidez muito desejada, mais ainda pelo pai do A. (AF2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Desejei muito e ele ainda mais, tive medo de não ser capaz de engravidar e</i></p>	24

*até falei isso com ele, pelo que passei anteriormente (referia-se ao aborto do qual não consegue falar). (AF3-Amor-PerfeitoE12)*

*...engravidai logo e na altura em que queria engravidar! (AF54-Amor-PerfeitoE12)*

Quadro 31 - Subcategoria "Afirmação da Fertilidade"

Onze das jovens participantes assumem a sua gravidez como desejada ou "inconscientemente desejada", utilizando essa gravidez e maternidade como afirmação perante os pais, enquanto outras até perante os namorados como é evidente nas frases de duas delas: *Abortar? "Não, nem pensei nunca nisso quando soube estar grávida; mesmo que ele não aceitasse..." (AF1-AçucenaE5). E abortar? "não, mesmo na altura em que disse a ele que estava grávida, que ele disse que não era dele e me pressionou para abortar disse que não" (AF1-AmarílisE7).*

Outra delas explica que a segunda gravidez aos 18 anos, não foi planeada, mas inconscientemente desejada após IVG imposta pelos pais (AF1-MadressilvaE1) e que *"depois da IVG não fiquei bem e acho que quando voltei a namorar com ele queria engravidar" (AF2-MadressilvaE1).*

Uma ainda enfatiza: *"engravidai sempre quando quis" (AF1-AlfazemaE9); Aborto? "Não, não quis tirar!" (AF2-AlfazemaE9); "eu tive os filhos que queria! Deixei-me engravidar, acho que também para desafiar o meu pai..." (AF3-AlfazemaE9).*

Outra adolescente não deixa margem para dúvidas ao afirmar sobre a sua gravidez: *"...engravidai logo e na altura em que queria engravidar" (AF4-Amor-PerfeitoE12)* reforçando assim a ideia de Dadoorian (2003) e de outros autores (Carmona, 2012; Cuesta Benjumea, 2001; Presado et al., 2015; Reis & Ramos, 2012).

## Desejo da Primeira Gravidez vs. Desejo da Última Gravidez

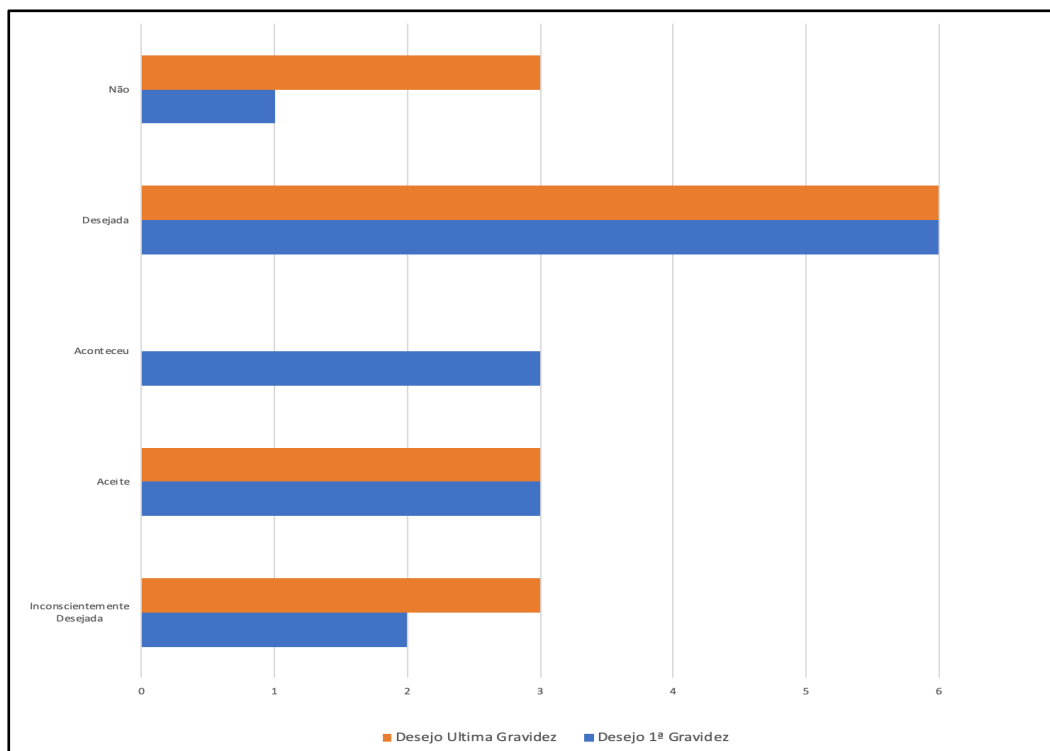


Gráfico 20 - Relação entre o desejo da Primeira Gravidez e da Última Gravidez nas Participantes Entrevistadas

Podemos compreender as afirmações das participantes observando o Gráfico 20. A 1ª gravidez foi “desejada” ou “inconscientemente desejada” para oito delas; para seis “aconteceu”, tendo sido “bem aceite” por três.

Apenas uma afirmou sem qualquer dúvida “não ter desejado” a sua 1ª gravidez.

Em relação à última gravidez “não foi desejada” por três das adolescentes, enquanto que para as restantes doze foi “desejada” para seis e “inconscientemente desejada” ou “aceite” para as restantes seis. Nenhuma delas afirmou ter sido um acontecimento inesperado (“aconteceu”).

## 5.3.9. DETERMINANTES ÉTICOS

## Subcategoria “Autonomia”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Autonomia	<p><i>Voltei assim que fiz 18 anos pois tinha cá a minha avó que me acolheu e o rapaz que eu adorava. Gosto mais de estar em Portugal. (AU1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Vivem juntos desde o nascimento da filha que tem actualmente 9 meses - com o companheiro e a sogra (AU2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Gosta de estudar e gostava de trabalhar com pessoas idosas ou pessoas com deficiências; fez vários cursos (AU3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Gosto de estar em Portugal, não quero viver em Cabo-verde (AU1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Tirar? não, nem pensei nunca nisso quando soube que estava grávida (AU2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Só revelou a gravidez já tinha 24 semanas de gestação. (AU1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Gosto de viver em Portugal, não quero viver em Cabo-verde. (AU2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Só disse da gravidez já tinha ido ao centro de saúde e já estava com 24 semanas...já não podia tirar... (AU3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Gosto de estar em Portugal, não quero voltar para Cabo-verde, sem ser em férias (AU1-MimosaE3)</i></p> <p><i>O companheiro ficou super feliz e agora também queria esta gravidez; está zangado comigo porque eu quero tirar (AU2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Ela deseja fazer IVG. Ainda não quero ser mãe outra vez e os meus pais ainda não sabem, nem vão saber que estou grávida outra vez (AU1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Sim, o homem quer mandar no corpo da mulher, se o meu namorado soubesse não me deixava tirar (AU2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Gosto de estar em Portugal, não quero voltar para lá. (AU3-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Vive com o marido desde que a primeira filha nasceu; os pais dele queriam que eu fosse lá para casa, mas a minha mãe não quis; fiquei com a filha a viver com ela até que foi possível ir viver com o namorado e a filha juntos... (AU1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>(...) o pai não queria saber dela e a mãe tratava-a mal e batia-lhe; só queria casá-la. (AU1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>A mãe (...) mandava-a dormir na casa das pessoas para a casar. (AU2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Quando engravidei minha mãe quis casar-me com ele e como eu não quis bateu-me e pôs-me na rua, o meu pai não quis saber (...) (AU3-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Referindo-se a Portugal: Tenho cá a minha casa, os meus filhos e a minha vida. (AU4-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) está a realizar um curso de 3 meses numa escola de talentos em Lisboa para no fim ter emprego (adora trabalhar com crianças e idosos). (AU1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Não estamos juntos ainda..., mas vamos ficar... (AU2-AçucenaE5)</i></p>	34

*Duração da Relação: desde que nos conhecemos no colégio, cerca de 2 anos... (AU1-AnísE6)*

*Gravidez inconscientemente desejada e muito bem aceite por ambos, e por todos - o noivo e os sogros (AU2-AnísE6)*

*Tinha que continuar a viver numa instituição por causa da CPCJ e aqui ajudam-me a crescer, a estudar e a arranjar emprego. (AU1-AmarílisE7)*

*(...) desde que vim para cá já terminei o 6º ano e agora quero terminar o 9º ano antes de a menina nascer (AU2-AmarílisE7)*

*Vou assentar a trabalhar e a cuidar da minha filha, estou desejosa que ela nasça... (AU3-AmarílisE7)*

*Frequentou o 7º ano já grávido, e ainda o terminou. (AU1-AlfazemaE9)*

*Ele pediu – me várias vezes para casar, mas eu não quero... (AU2-AlfazemaE9)*

*Viveu com os pais e com a primeira filha após ter fugido do companheiro que lhe batia. (AU1-PapoilaE13)*

*Abortou?: Não, apenas porque na gravidez em que tinha 17 anos não lhe foi permitido. (AU2-PapoilaE13)*

*Projectos futuros: (...) estudar, namorar, depois não sei ainda... (AU1-AlteiaE14)*

*(...) pedi-lhes para ir viver com o meu pai para o Brasil e ela deixou. (AU1-Amor-PerfeitoE12)*

*Vivia no Brasil, com o pai do meu filho num barracão só nosso (...) (AU2-Amor-PerfeitoE12)*

*Estão neste momento em tribunal de menores pois ainda não conseguiu registar o filho com o nome do pai. (AU3-Amor-PerfeitoE12)*

*A primeira não planeada; mas desejada, não era é para ser tão cedo. A segunda desejada e as seguintes aconteceu, mas foram aceites. (AU1-LavandaE15)*

Quadro 32 - Subcategoria "Autonomia"

No Quadro 32 podemos perceber que autonomia é primordial para todas as entrevistadas: *“voltei assim que fiz 18 anos pois tinha cá a minha avó que me acolheu e o rapaz que eu adorava. Gosto mais de estar em Portugal”*. (AU1-MadressilvaE1); agora vivem juntos desde o nascimento da filha que tem actualmente 9 meses - com o companheiro e a “sogra”(AU2-MadressilvaE1);

Outra das participantes só revelou a gravidez já tinha 24 semanas de gestação (AU1-MiosótisE11) confirmando a premeditação, mais ou menos consciente, de engravidar (Canavarro, 2001), (Carmona, 2012; Presado et al., 2014, 2015), (Pires, 2014; Pires et al., 2013). Reforça ainda esta ideia dizendo *“só disse da gravidez já tinha ido ao centro de saúde e já estava com 24 semanas... já não podia tirar...”* (AU3-MiosótisE11); *“gosto de viver em Portugal, não quero viver em Cabo-verde”* (AU2-MiosótisE11).

Há ainda uma das participantes que explica que (...) está a realizar um curso de 3 meses numa escola de Talentos em Lisboa para no fim ter emprego (adora trabalhar com crianças e idosos) (AU1-AçucenaE5).

Outras duas verbalizam decidir realizar IVG: *O companheiro “ficou super feliz e agora também queria esta gravidez; está zangado comigo porque eu quero tirar”* (AU2-MimosaE3); *“ainda não quero ser mãe outra vez e os meus pais ainda não sabem, nem vão saber que estou grávida outra vez”* (AU1-MargaridaE4); e acrescenta *“(...) o homem quer mandar no corpo da mulher, se o meu namorado soubesse não me deixava tirar”* (AU2-MargaridaE4).

Outra adolescente reforça ainda a sua autonomia... *“ele pediu-me várias vezes para casar, mas eu não quero...”* (AU2-AlfazemaE9).

Autonomia é a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que influencia a vida de cada um, significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar e decidir por si própria. Isto implica que a informação anteceda as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões. Chalifour clarifica que, ao longo do seu crescimento, o ser humano adquire progressivamente uma compreensão subjectiva de si mesmo e do ambiente que o rodeia, que terá um efeito determinante sobre as suas motivações e os seus comportamentos, afirmando a unicidade da pessoa humana (Chalifour, 2008a). Assim, é possível formar e não informar, como defendido por Heavey que explica que os profissionais de saúde devem desenvolver intervenções culturalmente apropriadas e questionar sobre as normas da família e da comunidade. São passos essenciais para abordar esta questão, pois para os adolescentes identificados como desejando a gravidez são necessárias intervenções adicionais, para compreender as razões complexas do porquê (Heavey et al., 2008). As soluções, neste caso, podem não ser tão simples como uma conversa directa sobre contracepção. Como tal, e para chegar até estas adolescentes com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, rumo à excelência, os profissionais de saúde têm que estabelecer com elas uma relação de confiança, plena e eficaz.

## Subcategoria “Problemas Familiares e de Justiça”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Problemas Familiares e de Justiça	<p><i>Principal meio de subsistência é o seu trabalho e às vezes a ajuda da sogra que é mais mãe que a sua própria mãe (JU1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Duração da Relação: Se contarmos desde sempre... dura desde os meus 14 anos e sorriu embaraçada. (JU2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>(...) entrou em conflito também com a mãe por a ter forçado a abortar e a ter levado para França, para longe do namorado que amava. (JU3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Apenas foi difícil dizer da gravidez ao meu pai, ele ficou muito chocado. (JU1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não, não era preciso, engravidei logo na primeira vez. (JU1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Quando ele soube que eu estava grávida disse que não era dele! (JU1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Primeiro quero fazer teste de paternidade para mostrar a ele e depois ficar com a minha filha! (JU2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>O meu pai também já estava em Portugal, eu mal o conheci; também quis vir para o conhecer (JU1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Logo se vê, quero ter um tuga para mim e também quero um casamento de princesa (JU2-MimosaE3)</i></p> <p><i>Veio para Portugal viver com os pais para ter melhores condições e estudar, ainda não conseguiu ingressar na escola. Porquê? Ainda não tive vaga... (JU1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Aguarda reingresso na escola... (JU2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Duração da relação: desde os meus 16 anos, há 3 anos, casaram agora (JU1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Quanto à primeira relação sexual: Foi consentida, foi uma obrigação, eu não sabia o que era (...) (JU1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) todas as gravidezes que tive aconteceram, amo os meus filhos, mas nunca quis engravidar, não é a vida que eu sonhava para mim. Se sou casada tenho que respeitar o meu casamento que é uma seca, agora sou viúva e estou bem assim!... (JU2-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Só depois de provar que ambos podem cuidar e sustentar a filha poderá sair da Instituição. (JU1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Teve parecer favorável em tribunal de menores: Arranjou emprego, saiu da instituição e foi viver com o namorado e a filha para a casa dos sogros. (JU2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Os meus sogros estão a lutar para nos tirar daqui (JU1-AnísE6)</i></p> <p><i>Gosto de trabalhar na restauração, era onde trabalhava enquanto vivi com ele; ele não entendia e não queria que eu trabalhasse... nem que lhe dissesse para ir trabalhar (JU1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Vai terminar o 9º ano e voltar a trabalhar; se a minha filha nascer antes de eu sair da residência estudo mais ou procuro emprego e fico mais um tempo (...) quero ficar com a minha filha, ele ameaça que ma vai tirar, mas não vai conseguir pois eu vou voltar a trabalhar depois de terminar os estudos! (JU2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) eu queria ser mãe... (JU3-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Às vezes também usava preservativo, mas eu queria ser mãe... (JU4-</i></p>	34

	<p><i>AmarílisE7)</i></p> <p><i>(IVG2) Abortou?: Não, não quis tirar! (JU1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>O meu pai (...) se fosse os meus irmãos homens ele não fazia metade dos filmes que fez comigo... (JU2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) apesar de ser muito imatura na altura fiz com que o meu pai aceitasse as minhas escolhas! (JU3-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Da primeira filha foi-lhe retirada o poder paternal e entregue ao pai pela CPCJ quando ela tinha 7 anos. (JU1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Voltou definitivamente para Portugal depois de ter engravidado do namorado, numas férias e ele não quis ir para a Suíça; tentou constituir família com ele e com a filha, mas recebia maus tratos. (JU2-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Pai manda, obrigou-a a viver com o namorado após a filha nascer e só a deixou voltar para casa porque a mãe ajudou (sabia que o namorado lhe batia) (JU3-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) sim, a pílula, a mãe obrigava-me, mas eu esquecia-me... (JU1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) o pai sabe fazer tudo em casa e diz que as tarefas devem ser divididas, mas sempre me mandou fazer tudo para ele: tratar da roupa, limpezas, cozinhar... (JU1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>O pai é que me tirou da escola muito antes de namorar até...só porque eu faltei às aulas pôs-me a trabalhar e estragou-me a vida pois estava no último ano (...) (JU2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>(...) voltei para a minha terra onde podemos ter uma vida melhor, eu e o meu filho, se o pai dele não quiser vir! (JU3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Nem vem, nem manda os papéis para registar o filho; diz que não tem dinheiro (JU4-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Abortou? – Sim, abortei com uma parteira senão ainda tinha mais um filho, só queria ter 2 filhos e tive 4! Ainda tive que criar as netas a agora ajudar a neta que criei com o bisneto que aí vem. (JU1-LavandaE15)</i></p> <p><i>(...) queria ter dois filhos, mas queria que fosse mais tarde; com 18 anos achava que era muito novinha... (JU2-LavandaE15)</i></p>	
--	---	--

Quadro 33 - Subcategoria "Problemas Familiares e de Justiça"

O princípio da Justiça, que é fundamental para as quinze participantes, significa igualdade de oportunidade para todos e igualdade de resultados para os grupos (equidade).

A ausência de escolha está bem patente no discurso de uma das participantes quando diz que: (...) entrou em conflito também com a mãe por a ter forçado a abortar e a ter levado para França, para longe do namorado que amava. (JU3-MadressilvaE1); e também nas afirmações: "Os meus sogros estão a lutar para nos tirar daqui" (JU1-AnísE6); "gosto de trabalhar na restauração, era onde trabalhava enquanto vivi com ele; ele não entendia e não queria que eu trabalhasse... nem que lhe dissesse para ir trabalhar" (JU1-AmarílisE7); e ainda "(...) sim, a pílula, a mãe obrigava-me, mas eu esquecia-me..." (JU1-AlteiaE14).

Para a maioria das entrevistadas é importante que cada um possa decidir o seu percurso de vida, conforme as suas necessidades e desejos, que não pode ser confundido com percursos iguais para todos, o que está bem patente nas afirmações: “o meu pai (...) se fosse os meus irmãos homens ele não fazia metade dos filmes que fez comigo...”. (JU2-AlfazemaE9); e “(...)apesar de ser muito imatura na altura fiz com que o meu pai aceitasse as minhas escolhas!” (JU3-AlfazemaE9).

### Subcategoria “Fidelidade”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Fidelidade	<p><i>Abortou?: o primeiro obrigada pelas mães de ambos (FD1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Segunda gravidez aos 18 anos, não planeada, mas inconscientemente desejada após IVG imposta pelos pais (FD2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Segunda IVG (terceira gravidez) 1 mês após o nascimento da filha (FD3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Esta gravidez foi inconscientemente desejada e muito bem aceite pelos dois! (FD1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Fiquei feliz por estar grávida e também já se descobriu tarde, tinha 4 meses (FD2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) tenho a certeza de que é o pai da bebé, pois quando acabámos eu estive aí uns 4 meses sozinha (...) (FD1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) amo a minha filhota e para já não quero outro filho. (FD1-MimosaE3)</i></p> <p><i>A adolescente realizou a segunda IVG. (FD2-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) quero voltar a estudar para ser médica pediatra. (FD1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>O namorado quer que ela vá para o Algarve constituir uma família com ela. Ela deseja fazer IVG. (FD2-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Ainda não quero ser mãe outra vez e os meus pais ainda não sabem, nem vão saber que estou grávida outra vez(FD3-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Sim, foi o meu primeiro namorado; (...) protegia-me, ia levar-me a casa, íamos passear juntos... (FD1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>(...) (casou com 18 anos), agarrou-se ao primeiro que se quis casar com ela para fugir. (FD1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>(...) amo-o muito, ele é muito especial e vamos ficar sempre juntos. (FD1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Fazem planos para viverem juntos para quando ela e a bebé saírem da casa de acolhimento. Continua a gostar dele, mas agora quase não consegue estar com ele, vão baptizar a filha e quando viverem os três juntos e tiverem a vida estabilizada vão casar. (FD2-AçucenaE5)</i></p> <p><i>(...) continuamos na residência até provar que sou responsável e capaz de tomar conta de mim e do meu filho, agora sei o que sentia a minha mãe por nós (FD1-AnísE6)</i></p> <p><i>A sogra trabalha nas limpezas nas piscinas do campo grande e arranja-me lá emprego quando sair da residência. (FD2-AnísE6)</i></p> <p><i>Aceitou o projecto de vida que lhe foi delineado; eu estou aqui pois estou a</i></p>	32

<p><i>estudar pela minha filha (...) (FD1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>(...) mesmo na altura em que disse a ele que estava grávida, que ele disse que não era dele e a pressionou para abortar disse que não. (FD2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>O meu filho só soube que ele era avô com 2 anos. Ele agora aceita e até já convive com o meu marido. (FD1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Agora já todos aceitam a nossa relação. (FD2-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>(...) depois viveu com o segundo filho (fruto de uma relação extraconjugal do companheiro) durante um período de cerca de 10 anos, em que se sentia bem assim (...). (FD1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) deseja ter mais um filho com o marido (está com 34 anos). (FD2-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Só veio do Alentejo para a Amadora porque o marido não quer viver no Alentejo. (FD3-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) abortar? Sim, logo, mas o médico não me deixou. (FD4-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Abortou?: Sim, agora iniciou novamente processo de IVG. (FD1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Continuar a estudar, namorar, viver...por isso vai voltar a fazer IVG (FD2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Passei dificuldades, passei fome, mesmo durante esta gravidez e o meu filho não merece isso (...) (FD1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Não, aborto é crime! (FD2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Aos 7 meses do A. reiniciou a sua vida emocional; iniciou uma relação com um colega de trabalho. Aparentemente está feliz e a utilizar ACO pois diz que agora não quer engravidar! (FD3-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Já casou grávida; era pequenino e ia escondido! (FD1-LavandaE15)</i></p> <p><i>(...) não souberam que casou já grávida... (FD-LavandaE15)</i></p>
---

Quadro 34 - Subcategoria "Fidelidade"

A Fidelidade relaciona-se com o respeito pela autonomia dos seres humanos que têm direito à verdade, à privacidade, a decidirem o percurso de vida ambicionado e a receber cuidados que desejem, após consentimento livre e esclarecido. Este princípio está implícito nas respostas obtidas nas quinze entrevistas realizadas, embora apenas algumas participantes verbalizaram por palavras suas a importância deste. *Abortou: "o primeiro obrigada pelas mães de ambos" (FD1-MadressilvaE1), a segunda gravidez aos 18 anos, não planeada, mas inconscientemente desejada após IVG imposta pelos pais (FD2-MadressilvaE1); "(...) mesmo na altura em que disse a ele que estava grávida, que ele disse que não era dele e me pressionou para abortar disse que não." (FD2-AmarílisE7);* outra ainda explica *"o meu filho só soube que ele era avô com 2 anos. Ele agora aceita e até já convive com o meu marido." (FD1-AlfazemaE9) "Agora já todos aceitam a nossa relação." (FD2-AlfazemaE9)*

Dadoorian e outros autores reforçam ainda que o não saber escutar, comunicar e não considerar o discurso das adolescentes sobre o seu desejo de engravidar e ser mãe explicam o fracasso de vários projectos de educação em saúde para a sexualidade e a prevenção da gravidez adolescente (Dadoorian, 2000, 2003; Presado et al., 2014; Ramos, 2004, 2013a; Reis, 2007).

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

### 5.3.10. DETERMINANTES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE

#### Subcategoria “Sexualidade/Conjugalidade”

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Sexualidade /Conjugalidade	<p><i>Vamos viver juntos e trabalhar para criar a filha (SC1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>O companheiro não trabalha, às vezes discutimos por causa disso, mas é bom pai e temos ajuda da mãe dele. (SC2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Não é fácil, ele é muito mimado e não trabalha; eu ando cansada, às vezes discutimos muito e a minha sogra dá-me força; ralhamos as duas com ele. (SC3-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Vive na Damaia há 3 anos (com os pais e irmãos) desde que veio de Cabo-verde onde ficou a viver com os avós até os pais as poderem trazer para Portugal (SC1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Duração da Relação: não sei, talvez desde que nos conhecemos no colégio, 2 anos... (SC2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>(...) um namorado de 4 anos no colégio onde estudava; só terminaram porque ele esfaqueou outro no colégio (...) (SC1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Abortou?: não, nem pensei nunca nisso quando soube estar grávida, mas, quando o ex-namorado disse que não era o pai, andei com outros rapazes que se afastaram assim que souberam da gravidez!... (SC2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>(...) teve relações com outros rapazes para arranjar um companheiro e também um pai para a filha. (SC3-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Eu vou casar um dia (...) primeiro quero ter um Tuga porque (...) são mais meigos (SC1-MimosaE3)</i></p> <p><i>(...) primeira relação sexual? Foi desejada ou consentida?: Ele queria!... e eu</i></p>	33

também... (SC1-MargaridaE4)

(...) para o ano vamos ter um filho porque ele ainda não tem e deseja muito. Quer que eu vá viver com ele... (SC2-MargaridaE4)

Sim, agora só se engravida se se quiser ou os pais não quiserem saber (...)  
(SC1-Malva-RosaE10)

(...) fala-se na escola, na internet, na televisão também já se vê de tudo... os pais já levam ao posto de saúde... (SC2-Malva-RosaE10)

(...) felizmente a minha mãe é muito especial e até hoje estou com o meu namorado; actual marido. (SC3-Malva-RosaE10)

(...) hoje penso se estaria melhor se não tivesse sido assim. (SC4-Malva-RosaE10)

Não, agora sim já se fala de tudo, estas raparigas de hoje só engravidam porque querem (SC1-PetúniaE8)

(...) aos fins de semana vai com a filha passar o fim-de-semana com o companheiro na casa dos sogros; eles ajudam-nos muito (sorriso aberto e olhos brilhantes) (SC1-AçucenaE5)

(...) falamos todos os dias e estamos sempre à espera do fim-de-semana para estarmos juntos; em julho já fico de vez com ele. (SC2-AçucenaE5)

(...) era e sempre foi muito carinhoso comigo (SC1-AnísE6)

Agora podemos dar ao nosso filho o amor que não tivemos... eu e o meu noivo! (SC2-AnísE6)

Já tinha tentado engravidar com outro companheiro, vivemos durante 6 meses, mas não aconteceu e ficámos tristes, ele até chorou...! (SC1-AmarílisE7)

(...) fiz algumas aulas de PPN mas tive medo na que falavam do trabalho de parto, não voltei (...) (SC2-AmarílisE7)

Comecei a namorar com o pai dos meus filhos com 14 anos, apesar de algumas zangas e pequenos períodos de separação estou com ele até hoje; há 3 anos mais 3 de namoro.... (SC1-AlfazemaE9)

Tenho um casal amigo que viveu muitos anos juntos e quando casaram separaram-se... (SC2-AlfazemaE9)

Estava carente, não queria marido, mas sim carinho. (SC1-PapoilaE13)

(...) agora sim, as jovens só engravidam porque querem. (SC2-PapoilaE13)

(...) só queria namorar com ele... era o rapaz de que todas as raparigas gostavam lá na escola (SC1-AlteiaE14)

(...) era o rapaz que todas queriam e eu estive com ele (...) (SC-AlteiaE14)

(...) IVG não é difícil (SC3-AlteiaE14)

(...) aconteceu tudo muito rápido e eu não tive tempo de o conhecer bem... (SC1-Amor-PerfeitoE12)

(...) primeira relação sexual? Foi desejada, sim, já namorávamos há 7 meses e éramos os dois virgens. (SC2-Amor-PerfeitoE12)

Fui madrinha de guerra dele, quando voltou namorámos e depois casámos... ele tinha pressa pois não queria estar sozinho! (SC1-LavandaE15)

Estamos juntos desde há 50 anos! Criámos 3 filhas e 1 filho, uma neta (ajudámos a criar outras) e agora também virá o Bisneto... (SC2-LavandaE15)

Quadro 35 - Subcategoria "Sexualidade/Conjugalidade"

No discurso das quinze adolescentes participantes denota-se alguma maturidade e um pensamento organizado para a conjugalidade e a parentalidade: *“vamos viver juntos e trabalhar para criar a filha”* (SC1-MadressilvaE1), afirma uma das adolescentes; o companheiro não trabalha, *“às vezes discutimos por causa disso, mas é bom pai e temos ajuda da mãe dele.”* (SC2-MadressilvaE1); *“(...) para o ano vamos ter um filho porque ele ainda não tem e deseja muito. Quer que eu vá viver com ele...”* (SC2-MargaridaE4). Outra assegura que *“sim, agora só se engravida se se quiser ou os pais não quiserem saber (...)”* (SC1-Malva-RosaE10).

As três participantes que tinham sido referenciadas à CPCJ, e que se encontram institucionalizadas, mostram-nos uma organização das suas vidas virada para a maternidade e conjugalidade: *“(...) falamos todos os dias e estamos sempre à espera do fim-de-semana para estarmos juntos; em julho já fico de vez com ele”* (SC2-AçucenaE5). Outra reforça *“(...) era e sempre foi muito carinhoso comigo”* (SC1-AnísE6), *“agora podemos dar ao nosso filho o amor que não tivemos... eu e o meu noivo!”* (SC2-AnísE6). Outra delas explica ainda: *“já tinha tentado engravidar com outro companheiro, vivemos durante 6 meses, mas não aconteceu e ficámos tristes, ele até chorou...!”* (SC1-AmarílisE7).

Outra das participantes afirma ainda com expressão de orgulho: *“comecei a namorar com o pai dos meus filhos com 14 anos, apesar de algumas zangas e pequenos períodos de separação estou com ele até hoje; há 3 anos e mais 3 de namoro...”* (SC1-AlfazemaE9).

Outras duas das entrevistadas expressam, pelo contrário, a necessidade de uma sexualidade activa, sem a conjugalidade: *“estava carente, não queria marido, mas sim carinho”*. (SC1-PapoilaE13); e *“(...) só queria namorar com ele... era o rapaz de que todas as raparigas gostavam lá na escola”* (SC1-AlteiaE14).

Confirmamos assim a importância de uma comunicação intercultural competente como defendido pelos vários autores referenciados ao longo do texto.

**Subcategoria “Saúde Reprodutiva/Consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva”**

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Programa Saúde Reprodutiva/ Consultas de Saúde sexual e reprodutiva	<p><i>Não (PSR1-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Só depois do nascimento da filha (...), agora colocou Implante (após segunda IVG) (PSR2-MadressilvaE1)</i></p> <p><i>Nunca (PSR1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não quis tomar ACO e só colocaria o Implanon™ quando o bebé tivesse 1 ano (...) afirma que sempre usaram preservativo... (PSR2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Não, mesmo! (PSR1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>...preservativo não usava pois ele dizia que tirava e não acontecia nada. (PSR2-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Consulta de Saúde sexual e reprodutiva... antes de engravidar? Não! (PSR1-MimosasE3)</i></p> <p><i>Não (PSR1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Não (PSR1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Agora (...) mesmo no Posto a médica e as enfermeiras já explicam, eu pedi para lá falarem com ela pois há coisas que a minha filha possa não querer falar comigo e elas devem explicar e tirar dúvidas... (PSR2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Não, nunca (PSR1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Nunca (PSR1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Nunca (PSR1-AnísE6)</i></p> <p><i>(...) minha mãe levou-me à consulta e comecei a tomar a pílula depois com 13 anos quando me tiraram aos meus pais para uma instituição colocaram-me um Implante. (PSR1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Sim, assim que fui menstruada com 9 anos a minha mãe levou-me logo e comecei a tomar a pílula; nas instituições por onde passei também era obrigatório fazer consultas de saúde sexual e reprodutiva e numa delas para lá estar tinha que colocar o implante (o que consegui tirar sozinha). (PSR2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Agora já se fala de tudo (...)! Deixei-me engravidar, acho que também para desafiar o meu pai... agora só se engravida porque se quer. (PSR1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Na minha altura e lá no Alentejo? Não se ensinava nada! (PSR1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Não, quando fui à consulta para começar a tomar a pílula (pois tinha tido aquela relação sexual desprotegida) já estava grávida. (PSR2-PapoilaE13)</i></p> <p><i>(...) a mãe também falou comigo e levou-me às consultas para tomar a pílula. (PSR1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>(...) sempre se falou e a minha mãe sempre falou comigo e me explicou tudo. (PSR2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Não da primeira vez, mas agora tenho ido às consultas porque a minha mãe me leva e me faz tomar a pílula. Depois de tirar agora vou colocar o implante! (PSR3-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Consulta de saúde sexual e reprodutiva ou consulta de adolescente antes de engravidar?: nunca, nunca fui; no Brasil sempre estive ilegal. Agora que voltei ao meu país e à minha terra, sim, está a seguir a gravidez no centro de</i></p>	24

saúde. (PSR1-Amor-PerfeitoE12)

(...) No Brasil também davam preservativos nos centros da saúde, de graça  
(...) (PSR1-Amor-PerfeitoE12)

Frequentou algum tipo de consulta de saúde sexual e reprodutiva ou consulta  
de adolescente antes de engravidar?: Não!(PSR1-LavandaE15)

Quadro 36 - Subcategoria "Saúde Reprodutiva/Consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva"

A realização de consultas de saúde sexual e reprodutiva é atribuída aos Cuidados de Saúde Primários, através da prevenção e da promoção da saúde, dirigidas às famílias, aos casais e aos indivíduos, para relacionamentos sexuais seguros, conscientes e esclarecidos. Apesar de existir a oferta deste serviço de saúde, e de todas terem conhecimento da sua existência, apenas duas das nossas jovens entrevistadas tinham recorrido às consultas antes de iniciarem actividade sexual: uma porque *"Sim, assim que fui menstruada com 9 anos a minha mãe levou-me logo e comecei a tomar a pílula; nas instituições por onde passei também era obrigatório fazer consultas de saúde sexual e reprodutiva e numa delas para lá estar tinha que colocar o implante"* o que conseguiu tirar sozinha (PSR2-AmarílisE7); enquanto outra explica: *"(...) a mãe também falou comigo e levou-me às consultas para tomar a pílula."* (PSR1-AlteiaE14); *"(...) sempre se falou e a minha mãe sempre falou comigo e me explicou tudo."* (PSR2-AlteiaE14), (...) *"não da primeira vez, mas agora tenho ido às consultas porque a minha mãe me leva e me faz tomar a pílula. Depois de tirar, agora vou colocar o implante!"* (PSR3-AlteiaE14) explica referindo-se à segunda IVG que vai realizar.

Enquanto uma afirma: *"agora já se fala de tudo, eu tive os filhos que queria! Deixei-me engravidar, acho que também para desafiar o meu pai... agora só se engravida porque se quer"* (PSR1-AlfazemaE9); outra reflecte... *"não, quando fui à consulta para começar a tomar a pílula, pois tinha tido aquela relação sexual desprotegida, já estava grávida."* (PSR2-PapoilaE13)

### Subcategoria "Educação para a Sexualidade em Comunidade Escolar"

Subcategoria	Unidades de Significação / Unidades de Registo	UnE
Educação para a sexualidade em Comunidade	<i>Na escola, em França falavam, mas não tomávamos atenção pois era tudo ao molho, deveria ser falado mais em privado pois é algo de tão íntimo que a maioria só quer é galhofa (CE1-MadressilvaE1)</i>	25

Escolar	<p><i>Falavam na escola mas não ligávamos, só ríamos muito! (CE1-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Falavam por alto... nunca prestámos atenção (CE2-MagnóliaE2)</i></p> <p><i>Falavam na escola mas não ligávamos,era só rir! (CE1-MiosótisE11)</i></p> <p><i>Na escola talvez, não me lembro (CE1-MimosaE3)</i></p> <p><i>Na escola...não me lembro, mas acho que sim... (CE1-MargaridaE4)</i></p> <p><i>Nunca, não se falava em lado nenhum, não se falava em casa; os meus pais nunca tiveram essas conversas; mesmo na escola não me lembro de se falar. (CE1-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Agora já se fala em todo o lado: A minha filha tem uma aula de educação sexual, já explicam alguma coisa... a minha mãe já fala connosco e com as netas(...) (CE2-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Na escola, não se falava nada e em casa também não, hoje falamos com as minhas filhas sobre isso... e na escola também! (CE3-Malva-RosaE10)</i></p> <p><i>Na escola, não se falava nada e em casa também não (...) (CE1-PetúniaE8)</i></p> <p><i>Falavam na escola mas não ligávamos, só ríamos muito! Acho que nem ouvi.(CE1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Falavam por alto..., mas eu não prestava atenção. (CE1-AçucenaE5)</i></p> <p><i>Falavam na escola? Não sei, eu faltava muito... (CE1-AnísE6)</i></p> <p><i>Eu fartava-me de faltar à escola, estava sempre a fugir... (CE2-AnísE6)</i></p> <p><i>Falavam na escola mas eu nem ouvia e também faltava muito (CE1-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Eu fartava-me de faltar à escola, não gosto de estudar...acho que falavam, mas eu não ouvi. Eu ia à net saber tudo o que precisava saber! (CE2-AmarílisE7)</i></p> <p><i>Falava-se pouco, acho que agora se fala mais; só falavam no sistema reprodutor... (CE1-AlfazemaE9)</i></p> <p><i>Não falavam...na escola todos tinha muita vergonha... (CE1-PapoilaE13)</i></p> <p><i>Na escola sim. (CE1-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Sim, eles explicam... uma enfermeira foi à escola falar sobre isso também... dizem para usar preservativo, mas eu não gosto e eles também não quiseram. (CE2-AlteiaE14)</i></p> <p><i>Falavam muito sobre isso na escola em Inglaterra, até separavam os rapazes das raparigas nessas aulas! Em Portugal só falavam em Ciências do sistema reprodutor, não falavam muito, no Brasil fala-se com as amigas... (CE1-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Em Inglaterra sim explicavam tudo e não há desculpas de não saber: mandavam ir buscar métodos contraceptivos gratuitos. (CE2-Amor-PerfeitoE12)</i></p> <p><i>Na minha altura? Não se ensinava nada nem na escola nem os pais falavam aos filhos... (CE1-LavandaE15)</i></p> <p><i>... eu falo com a neta coisas que nunca ensinei às filhas... e muito menos aos filhos! (CE2-LavandaE15)</i></p> <p><i>Não, naquela altura não se falava... (CE3-LavandaE15)</i></p>
---------	--

Quadro 37 - Subcategoria "Educação para a Sexualidade em Comunidade Escolar"

No que diz respeito à educação sexual em meio escolar todas as nossas entrevistadas afirmam que existe, mas que não foi eficaz para elas pois como afirma uma delas: *“na escola, em França falavam, mas não tomávamos atenção pois era tudo ao molho, deveria ser falado mais em privado pois é algo de tão íntimo que a maioria só quer é galhofa”* (CE1-MadressilvaE1). Outras afirmam: *“falavam por alto... nunca prestámos atenção”* (CE2-MagnóliaE2); *“falavam na escola mas não ligávamos, era só rir!”* (CE1-MiosótisE11); e ainda *“falavam na escola mas eu nem ouvia e também faltava muito”* (CE1-AmarílisE7); *“eu fartava-me de faltar à escola, não gosto de estudar... acho que falavam, mas eu não ouvi”*. *“Eu ia à net saber tudo o que precisava saber!”* (CE2-AmarílisE7). Outra ainda explica... *“falava-se pouco, acho que agora se fala mais; só falavam no sistema reprodutor...”* (CE1-AlfazemaE9).

A avó elucida ainda que: *“na minha altura? Não se ensinava nada nem na escola nem os pais falavam aos filhos...”* (CE1-LavandaE15) e que *“... eu falo com a neta coisas que nunca ensinei às filhas...e muito menos aos filhos!”* (CE2-LavandaE15).

Estas afirmações reforçam a ideia da gravidez desejada como objectivo de vida; seja pelo desinteresse na actividade académica, pela necessidade de afecto, pelo seguimento do modelo e da tradição familiar ou ainda como forma de afirmação pessoal, procurando independência na maternidade ou na relação conjugal. Torna-se assim primordial tal como explicado pelos vários autores anteriormente citados, uma comunicação adaptada e culturalmente competente com as comunidades, famílias, grupos e indivíduos, logo desde o seu percurso escolar, para uma maior literacia em saúde e uma maior formação e competências dos profissionais para intervirem neste âmbito (Ramos, 2004, 2008c, 2012c, 2013a, 2016).



*Fotografia 10 - Quatro gerações; a mãe da jovem adolescente vive no Reino Unido e foi mãe precocemente. Também avó e neta foram mães adolescentes (fotografia da autora tirada durante a filmagem da entrevista)*

Heavey, entre outros autores, descreve a gravidez na adolescência como associada ao “*status*” educacional ou de origem étnica e social (Heavey et al., 2008). Desta forma, estas jovens adolescentes necessitam de, em parceria com os profissionais de saúde, desenvolver competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, elevando o seu nível de literacia para a saúde, quer em ambiente escolar, explorando educação para a sexualidade e os afectos, quer em consulta de saúde sexual e reprodutiva, trabalhando a decisão livre e esclarecida sobre a sua futura gravidez. O reconhecimento da parceria da adolescente nos cuidados que lhe são prestados a estes níveis, permite-lhe a possibilidade de tomar decisões de saúde que só a si dizem respeito.

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

A pertinência deste estudo teve como ponto de partida a necessidade de aprofundar a temática da gravidez na adolescência, em virtude de, na prática clínica, nos confrontarmos com adolescentes que verbalizavam ter engravidado por planearem a sua gravidez ou deixarem de utilizar método contraceptivo porque queriam ser mães. Os profissionais de saúde partilham o sentimento de se encontrarem pouco esclarecidos e informados, apesar de sensibilizados para esta problemática. Reconhecem dificuldade em intervir junto destas jovens adolescentes e suas famílias, que procuram os serviços de saúde já grávidas, quer por dificuldade em alcançar a alteridade necessária à compreensão das suas realidades e das suas histórias de vida, quer por dificuldade em comunicar eficazmente com as adolescentes e suas famílias por questões étnicas e socioculturais, ou por questões psicológicas e familiares. Foram estas as principais fontes de motivação para o desenvolvimento deste estudo.

A adolescência é concebida como uma fase complexa e problemática no desenvolvimento dos indivíduos que, associada a uma gravidez precoce, se reveste de inúmeras desvantagens tanto de ordem física e psicológica, como de ordem socioeconómica e educacional, quer para as jovens adolescentes, como para as suas famílias.

A gravidez adolescente, aparentemente mais habitual entre jovens migrantes e nacionais provenientes de famílias socio-economicamente mais desfavorecidas e disfuncionais, ou de minorias étnico-culturais, apresenta-se mais frequentemente em ambiente urbano de bairro social, um espaço onde se desenvolvem convivências e vínculos entre indivíduos de diferentes proveniências culturais, sociais e realidades de vida.

Este estudo iniciou-se com a preocupação em conhecer e analisar crenças, valores e comportamentos que levaram à gravidez na adolescência, analisando crenças no que diz respeito a valores culturais e comportamentais em jovens adolescentes autóctones e migrantes.

Pretendeu-se, simultaneamente, identificar as influências resultantes do contacto entre culturas, decorrentes do processo de aculturação, consequência dos fluxos migratórios e da mobilidade dos indivíduos.

Foi desenvolvido, com o objectivo de aprofundar a compreensão do fenómeno da gravidez precoce neste contexto, um estudo de abordagem qualitativa em contexto natural, de tipo etnográfico em ambiente urbano e em comunidades multi/interculturais. Foi utilizada a triangulação de meios de colheita de dados que passou pelo questionário socio-demográfico, pela entrevista semi-estruturada em profundidade, pela observação participante fotográfica e fílmica.

Assim, foram contextualizados e compreendidos todos os percursos de decisão das jovens adolescentes participantes neste estudo, considerando os determinantes psicossociais, culturais e de saúde que influenciaram a gravidez adolescente, tanto em adolescentes autóctones como migrantes, residentes no concelho da Amadora, um concelho de grande concentração populacional do distrito de Lisboa, rico em diversidade cultural e bairros sociais onde se alojam minorias étnicas e desfavorecidas.

Foram entrevistadas quinze participantes, com critérios de inclusão no estudo, ou seja, adolescentes grávidas ou que foram mães há menos de um ano, assim como as mães das adolescentes grávidas que tenham sido também elas mães adolescentes – tanto autóctones como migrantes.

As limitações do estudo dizem respeito aos condicionalismos decorrentes da realização do mesmo, atendendo à especificidade do tema e ao local escolhido pelas adolescentes para a realização das entrevistas – no seu meio ambiente, por vezes pouco adequado à realização das mesmas para o próprio investigador. Também a técnica de amostragem utilizada – amostra em bola de neve – garantiu o voluntariado e o consentimento informado das adolescentes na participação neste estudo, culminando numa relação empática que perdura até hoje com algumas delas.

A compreensão das histórias de vida do Outro e das vivências que levaram à gravidez na adolescência, o confronto com questões específicas que interferiam com a sua própria intimidade, e a dificuldade em lidar com o assunto, levou à desistência da participação

neste estudo por parte de algumas grávidas adolescentes, tanto antes da entrevista, como num caso específico, depois da entrevista já realizada, o que foi respeitado. Contrariamente, também a emergência de uma relação de confiança efectiva e aprofundada com algumas das participantes, permitiu para além da recolha de dados áudio, também dados fotográficos e videográficos, o que enriqueceu a pesquisa.

Neste estudo doze das participantes são jovens adolescentes grávidas e/ou mães com filhos menores de 1 ano, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo que seis são autóctones e seis são migrantes. Participaram ainda uma mãe e uma avó das jovens adolescentes autóctones, e uma mãe migrante, com idades compreendidas entre os 34 e os 69 anos, devido à sua história de vida, pois também elas foram mães em idade precoce.

Todas habitam em meio urbano, no município da Amadora, há pelo menos um ano. Oito vivem em apartamento, enquanto que quatro vivem em bairro social, uma vive em casa abarracada, também em bairro social e as restantes estão institucionalizadas numa casa de acolhimento temporário para jovens adolescentes grávidas, indicada pela CPCJ.

As idades dos companheiros variam entre os 17 e os 76 anos, sendo na sua maioria mais velhos que as participantes, possuindo de forma inversa menos habilitações literárias que elas.

Tanto as participantes como os seus companheiros exercem trabalhos de pouca qualificação, na sua maioria com contratos precários e ordenados baixos, ou ainda são estudantes. Das oito participantes que têm relação afectiva com o pai da primeira criança, apenas três delas partilham a vida com ele, em família nuclear, sendo duas migrantes e uma autóctone. Onze das quinze relatam histórias de conflitos familiares, famílias disfuncionais e traumas de infância.

No respeitante ao índice obstétrico das quinze participantes, apenas quatro nunca tinham estado grávidas, nove já sofreram abortos anteriores e cinco realizaram ou encontram-se em processo de IVG. Uma das participantes foi mãe do primeiro filho com 13 anos, enquanto que outra realizou a sua primeira IVG aos 14 anos.

Todas têm na sua história familiar mães ou familiares que foram mães em idades igualmente prematuras.

O fenómeno da gravidez na adolescência afigura-se como complexo e de causas multifactoriais, motivo por que foi compreendido e abordado em várias dimensões e vertentes, tendo sido necessário distinguir gravidez desejada de gravidez não planeada ou acidental.

Vários são os determinantes que influenciaram as suas opções em saúde reprodutiva e de gravidez na adolescência:

- Determinantes fixos ou biológicos tais como a idade da adolescência, o género feminino, os factores genéticos e hereditários e ainda os factores psicológicos;
- Determinantes sociais e económicos tal como o emprego precário ou o desemprego que levam à pobreza e ao empobrecimento das famílias, consequente posição socioeconómica mais desfavorecida e, exclusão social de minorias vulneráveis;
- Determinantes étnico-culturais, religiosos, familiares e intergeracionais que influenciam o sentimento de que a gravidez e maternidade são o único caminho a percorrer na sua vida, seguido da constatação, aquando do nascimento dos filhos, de que a maternidade real é muito mais complexa do que a desejada e imaginada;
- Determinantes ambientais tais como o meio em que vivem, o ambiente social, o contexto habitacional de bairro social. A necessidade do sentimento de pertença ao grupo ou comunidade influencia os jovens adolescentes para decisões pouco informadas, por vezes irreflectidas e pouco responsáveis tais como parar de utilizar, ou utilizar incorrectamente os métodos contraceptivos.
- Determinantes directamente mais ligados à literacia em saúde;
- Determinantes comportamentais, como os estilos de vida saudáveis, ou pelo contrário, a adopção de comportamentos de risco (tabagismo, álcool, hábitos aditivos, comportamentos sexuais como, por exemplo, iniciar actividade sexual

e ter relações desprotegidas com o sentimento de que só acontece aos outros e, se engravidar, existe a IVG que “é fácil”).

É ainda importante valorizar a facilidade ou dificuldade dos grupos mais vulneráveis no acesso aos serviços tais como a educação, a saúde e mesmo os serviços sociais, por vergonha, receios e até mesmo por dificuldades familiares, profissionais e económicas.

Neste estudo não foi encontrada evidência de significativa diferenciação entre adolescentes autóctones e migrantes, ao nível dos determinantes psicossociais, culturais e de saúde, que influenciam a gravidez na adolescência.

Esta investigação teve como objectivo alcançar um maior conhecimento e compreensão dos determinantes que influenciam o processo de engravidar de jovens adolescentes autóctones e migrantes de diferentes culturas, e se, e de que forma, o processo de socialização e de aculturação tem influência neste fenómeno, de modo a adequar às suas realidades e às suas vivências, programas de educação em saúde eficazes, para a prevenção da gravidez numa idade precoce, bem como adequar programas de acompanhamento e promoção de saúde, para as jovens adolescentes grávidas e suas famílias, durante o período de gestação e após o nascimento da criança.

Através deste conhecimento e compreensão, esperamos ainda contribuir para uma maior adequação da prática de cuidados, assim como das políticas de saúde, para uma maior eficácia e ganhos em saúde nesta problemática e em contexto de diversidade cultural e social. Contribuir para as estratégias e políticas de educação em saúde/promoção da saúde em contexto escolar, utilizando estratégias mais personalizadas e adequadas aos jovens adolescentes e às suas necessidades, respeitando sempre as suas realidades sociais e culturais, incentivando-os ao “*empowerment*” e a uma cidadania participativa, responsável e informada.

É necessário aumentar a literacia em saúde, principalmente em comunidades e minorias socioeconomicamente desfavorecidas; compreender os factores que levam os adolescentes a colocar como projecto de vida a gravidez e o nascimento de um filho e identificar até que ponto a percepção das adolescentes sobre a gravidez, parto e período

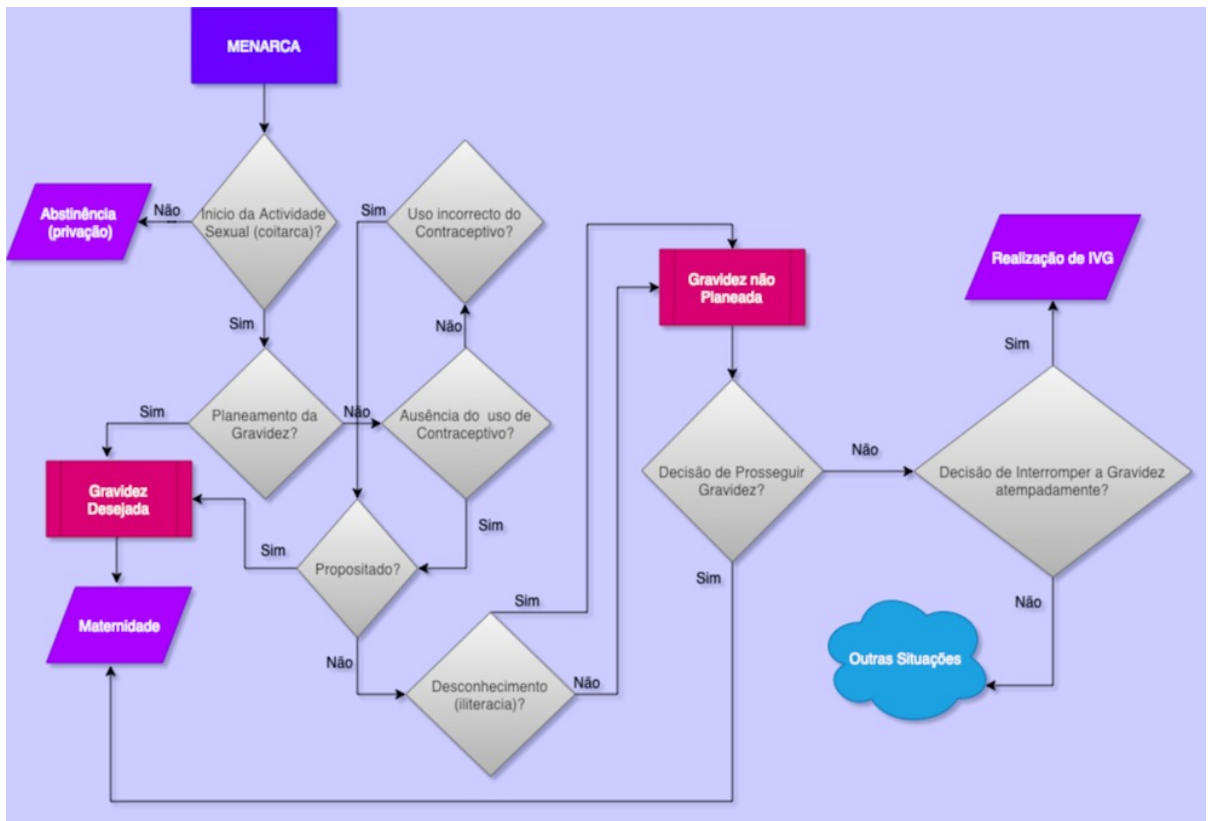
após o nascimento, assim como as suas expectativas e a consciencialização da implicação da gravidez e maternidade na vida futura é realista e esclarecida.

Os resultados encontrados, nesta investigação para a gravidez na adolescência, situam-se primordialmente ao nível dos determinantes psicossociais e podem ser sintetizados e agrupados:

- A gravidez acidental, não planeada e a necessidade de tomada de decisão entre seguir com a gravidez, ou a oportunidade que existe, legalmente, de realizar IVG, se atempadamente.
- O desejo explícito, ou não, de uma gravidez na adolescência que também pode ser devida a um conjunto de envolvências:
  - O desejo do parceiro pela gravidez, idealizando a gravidez como meio de conseguir o amor do namorado, a fantasia de que a gravidez proporciona mais afecto, afecto esse que lhe faltou a si própria na infância, consciencializando apenas o futuro imediato;
  - Uma baixa escolarização, falta de motivação para estudar e ausência de projecto educativo e profissional;
  - A influência dos meios de comunicação social com a idealização de uma vida perfeita, romântica e cheia de amor;
  - A literacia da comunidade em que se inserem e as condições habitacionais em contexto de bairro social;
  - Uma forma de sair mais cedo de casa dos pais e do ambiente familiar, e de viver o seu ritual de passagem à vida de adulta, uma necessidade de afirmação como mulher, tal como já haviam feito mães e avós;
  - A idealização que o bebé permite desempenhar “o papel da sua vida” e a necessidade de pertencer e ser aceite, numa cultura ou comunidade onde o “correto”, o “habitual” é ser mãe adolescente;
  - O desejo de autonomização, por vezes ligado à concepção da construção da sua própria família com o namorado, fundamentado num amor romântico e por vezes ilusório.

Apesar de ser desaconselhada em todos os aspectos, esta decisão deve ser respeitada quando tomada de forma consciente e informada.

### Conceptualização da Gravidez Adolescente (Decisões e Resultados)



Esquema 4 - Conceptualização da Gravidez Adolescente e possíveis decisões e consequências que daí advêm

É necessário um tipo de intervenção em saúde, que reflecta diferentes práticas culturalmente definidas, apropriadas para orientar o cuidar dos indivíduos, famílias, grupos e instituições. Há que envolver a pessoa, família e comunidade para um cuidar culturalmente congruente. Os profissionais de saúde, trabalhando em equipa multidisciplinar, como veículo de transformação, através da sua capacidade educacional, de comunicação e de relação, devem despistar adolescentes em risco de engravidar e trabalhar com elas um projecto de vida alternativo à gravidez, envolvendo pais e famílias, pessoa significativa e pares, e a própria comunidade.

Os seres humanos são inseparáveis das suas raízes culturais e do ambiente social em que se inserem, como tal, para chegar a estas jovens adolescentes, devem compreender-se os valores, normas e crenças pelas quais orientam e direccionam os seus objectivos de vida.

Seria então útil, trabalhar estas comunidades no seu espaço e ambiente envolventes, desenvolver intervenções culturalmente apropriadas, negociar um plano de saúde, respeitando as normas e valores por que se regem, numa realidade de intervenção através do desenvolvimento de programas de literacia em saúde, direccionados aos grupos e comunidades, programas adaptados às realidades culturais e socioeconómicas dos mesmos.

Para as adolescentes identificadas como desejando a gravidez, são necessárias intervenções adicionais para a compreensão das razões desse desejo e actuação em conformidade. As soluções, nestes casos, podem não ser tão simples e suficientes como partilhar com elas uma conversa aberta sobre sexualidade e fertilidade, apresentando e explicando os mecanismos de acção dos vários métodos anticoncepcionais, ou ainda levar a jovem adolescente à consulta de saúde sexual e reprodutiva para iniciar contracepção.

Assim, é importante a criação, a promoção e utilização de um espaço na comunidade onde as adolescentes possam partilhar vivências, onde possam falar com adolescentes que tenham na sua história de vida uma gravidez anterior, um aborto ou IVG anteriores, ou mesmo que estejam grávidas pela primeira vez. Um espaço que deve ser moderado pelo profissional de saúde, onde irão provavelmente ser partilhados sentimentos e vivências e, possivelmente, alterar as percepções sobre gravidez e a parentalidade desejadas, nas adolescentes em risco.

Também em comunidade escolar, a educação em saúde, pode ser mais personalizada e direccionada ao jovem adolescente e às suas necessidades individuais, contrariamente ao que se tem feito até aqui, com acções de educação em saúde direccionadas para turmas inteiras; através da criação de espaços privados e acessíveis de consulta e esclarecimento (desenvolvendo o descrito na Lei nº 60/2009).

Estas estratégias promotoras da saúde devem ser iniciadas o mais precocemente possível, desde o 1º ciclo, com conteúdos direccionados à fase de crescimento e desenvolvimento em que se encontra a criança ou o jovem adolescente e às suas necessidades, enfatizando sempre a importância dos afectos no relacionamento, ajudando e orientando a

criança/jovem adolescente a encontrar os seus objectivos de vida em idade precoce; prevenindo comportamentos de risco e gravidezes, tanto acidentais como desejadas.

Complementar os programas já existentes nas Escolas Secundárias (dando cumprimento à legislação Lei nº 60/2009) direccionados para a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva com conteúdos sobre concepção, gravidez, parto e puerpério, assim como afectos, maternidade e parentalidade, através de realização de projectos comuns com a equipa multidisciplinar de saúde escolar, os docentes e a comunidade, envolvendo sempre, os pais, as famílias e os pares das adolescentes. É necessário trabalhar com as adolescentes identificadas como em risco de engravidar, mobilizando, se necessário, familiares e pessoas significativas, ou professores de referência, e ainda direccionar, quando necessário, para psicólogo ou outros elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando à adolescente a escolha informada e esclarecida, ajudando no desenvolver de uma gravidez saudável e no culminar de uma parentalidade responsável e feliz, abstendo de formular juízo de valores.

Parece-nos importante desenvolver um programa de consulta e aconselhamento a meninas e meninos adolescentes, fora do contexto estrutural do centro de saúde e da comunidade escolar, no bairro onde habitam. Esse programa que teria avaliações periódicas, de forma a melhorar e adaptar continuamente o mesmo à comunidade a que é dirigido, com a finalidade de aumentar a literacia em saúde reprodutiva na própria comunidade.

Poder-se-ia posteriormente construir um modelo direccionado para os cuidados de saúde primários de forma a sistematizar os cuidados de saúde a prestar as jovens adolescentes em risco de engravidar, e de seguidamente se submeterem a IVG's consecutivas.

No ambiente da unidade de saúde, seria pertinente incrementar uma consulta do adolescente fora do âmbito da consulta de saúde sexual e reprodutiva, aproveitando por exemplo, para as jovens, a primeira administração da vacina HPV (vírus do papiloma humano) aos 10 anos, conversando com estas jovens sobre afectos, sexualidade, gravidez e IST, e saúde sexual e reprodutiva. Consoante o seu nível de desenvolvimento psicológico e somático, e as suas necessidades, abrindo sempre mais uma oportunidade,

para que as jovens e os jovens adolescentes possam recorrer com maior facilidade, aos cuidados de saúde.

É essencial compreender e respeitar a escolha destas jovens adolescentes sempre que tomada livre e esclarecidamente, ou quando chegam aos profissionais de saúde, já grávidas, direccionando a actuação de forma a minimizar problemas e ajudando a alcançar uma gravidez saudável e uma maternidade e parentalidade felizes.

Os profissionais de saúde devem fazer respeitar a vontade da adolescente/pessoa, companheiro e família, contribuindo para um consentimento informado e uma escolha livre e esclarecida do percurso de vida desejado, respeitando os princípios éticos da autonomia, da justiça e da fidelidade, olhando para a grávida/adolescente como ser único e individual, respeitando as suas escolhas, que devem ser ponderadas e conscientes do futuro que elas representam.

Sugere-se, dar continuidade ao decidido na Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários para a universalidade da saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, realizada em Astana em 25 e 26 de Outubro de 2018. Para estudo futuro, sugere-se a realização de um projecto-piloto de investigação-acção, através de uma abordagem longitudinal, num Município como o da Amadora, intervindo com uma equipa multiprofissional, integrando para além dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e dos profissionais de educação da comunidade escolar, os informantes qualificados, os mediadores culturais, os pares e os indivíduos representativos daquela comunidade, tal como, as jovens e os jovens adolescentes e famílias que queiram partilhar as suas experiências, iniciado em idades mais jovens, desde o primeiro ciclo até ao término do ensino secundário ou do ensino superior; para a promoção de reflexão desenvolvimentalmente adaptada e direccionada para a prevenção da gravidez precoce.

É essencial promover a saúde através da actuação em todos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável nas cidades e comunidades, sobretudo em comunidades mais desfavorecidas e vulneráveis, ambientes críticos para a saúde. A literacia em saúde fortalece e impulsiona a equidade e é construída a partir de uma educação de qualidade e de aprendizagem ao longo da vida. Deve ser uma parte integrante das habilitações e competências desenvolvidas durante o processo de crescimento e maturação dos

indivíduos, em primeiro lugar no seio familiar, através do currículo escolar, e ainda através do acesso equitativo aos serviços de saúde.

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrósio, B., & Miranda, M. (2004). Gravidez na adolescência. In Serviço de Obstetrícia (Ed.). Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE. Retrieved from [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0178](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178)
- Arriaga-Romero, C., Zonana-Nacach, A., Valles-Medina, A. M., & Menchaca-Diaz, R. (2010). Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. *Gac Méd Méx*, *146*(3), 169–174.
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e imigrantes. As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa. Observatório da Imigração*. Universidade Nova de Lisboa. <https://doi.org/978-989-8000-79-8>
- Baeza, B., Póo, A. M., Vásquez, O., & Muñoz, S. (2005). Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz , desde la perspectiva cualitativa de adolescentes nuligestas. *Revs Ogia*, *12*(2), 41–48. Retrieved from <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2comprendiendo.pdf>
- Baeza, B., Póo, A. M., Vásquez, O., Muñoz, S., & Vallejos, C. (2008). Identificación De Factores De Riesgo Y Factores Protectores Del Embarazo En Adolescentes De La Novena Región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, *72*(2), 76–81. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. (Edições 70, Ed.) (5ª Edição). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barreto, M. M. M., Gomes, A. M. T., Oliveira, D. C. de, Marques, S. C., & Peres, E. M. (2011). Representação Social da Gravidez na Adolescência para Adolescentes Grávidas. *Revista Rene*, *12*(2), 384–392.
- Berg, B. L. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. (C. S. University, Ed.) (fourth edi). Long Beach: Allyn and Bacon.
- Berg, B. L. (2008). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences [Paperback]*. (Pearson International edition, Ed.), *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (Seventh ed). Retrieved from [http://www.amazon.co.uk/Qualitative-Research-Methods-Social-Sciences/dp/0205668100/ref=sr\\_1\\_3?s=books&ie=UTF8&qid=1326137434&sr=1-3](http://www.amazon.co.uk/Qualitative-Research-Methods-Social-Sciences/dp/0205668100/ref=sr_1_3?s=books&ie=UTF8&qid=1326137434&sr=1-3)
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Helth Care and Philipophy*, *8*, 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Blayer, I. (2010). Adolescentes, enfermeiro, escola e família. Retrieved December 20, 2015, from <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Adolentesenfermeiroescolaefamilia.aspx>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, *17*(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Flexk, M. P. de A., & Chatterji, S. (2010). *Qualidade de vida e saúde :*

*uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde.* (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.

- Carmen, D. la C. B. (2001). Contexto del embarazo en la adolescencia. Nos hicimos novios y ahí empezó todo. *Revista de Enfermería ROL*, 24(9), 24–30.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/5963>
- Carmona, A. P. (2012). *Gravidez na Adolescência: Projecto de vida ou ausência dele?* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Carmona, A. P., & Fontes, J. (2015). Mutilação genital feminina: o direito à liberdade cultural numa prática que causa dano físico. In *VII Congresso Internaonal A Vez e a Voz das Mulheres Migrantes em Portugal e na Diáspora: Mobilidades, Tempos e Espaços* (p. 42). Porto: Universidade do Porto.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação Para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>
- Carvalho, A. I. de. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *A Saúde No Brasil Em 2030 - Prospecção Estratégica Do Sistema de Saúde Brasileiro: População e Perfil Sanitário*, 2, 19–38.
- Castles, S., & Miller, M. (2003). *The Age of Migration* (Guilford P).
- Chalifour, J. (2008a). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*. Lisboa: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008b). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Cuesta Benjumea, C. de la. (2001). Contexto del embarazo en la adolescencia: nos hicimos novios y ahí empezó todo. *Revista Rol de Enfermería*, 24(9), 584–590. Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/18360>
- Dadoorian, D. (2000). *Pronta para voar: Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Dadoorian, D. (2003). Gravidez na Adolescência: Um novo olhar. *Psicologia Ciência E Profissão*, 21(3), 84–91. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a12.pdf>
- Deardorff, D. K. (2006). Theory Reflections : Intercultural Competence Framework / Model. *Regional Studies*, 1–6.
- Deardorff, D. K. (2009). *The Sage handbook of intercultural competence*. Sage. Retrieved from

- <http://www.worldcat.org/title/sage-handbook-of-intercultural-competence/oclc/310959540>
- Effting, T. (2011). Gravidez na Adolescência. Booklet, unpublished work. Retrieved from [www.livrosgratis.net](http://www.livrosgratis.net)
- Fonseca, M. H. R. da. (2008). *Compreender os Adolescentes - Um desafio para pais e educadores* (5th ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, M. H. R. da. (2011). *Acções de formação Saúde da Criança e do Adolescente (apontamentos)* (UCF CHLN).
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- George, F. (2014). Sobre Determinantes da Saúde. Retrieved June 13, 2018, from [Publicado a 11 de março de 2014, em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)]
- Gibbs, G. R. (2012a). *Practical Issues of Social Research Part 1 of 3 on Practical Issues and Ethics*. Youtube. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=rKgm1TiQFh0>
- Gibbs, G. R. (2012b). *The Ethics of Social Research. Part 3 of 3 on Practical Issues and Ethics*. Youtube. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=BQeUuxlzsfU>
- Gibbs, G. R. (2012c). *Writing Up Social Research Part 2 of 3 on Practical Issues and Ethics*. Youtube. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=ReyqZE6T8Es>
- Governo de Portugal. (2007, April 17). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez - Lei n.º 16/2007. *Diário Da República, 1ª Série*, pp. 2417–2418. <https://doi.org/10.16085/j.issn.1000-6613.2010.12.017>
- Governo de Portugal. (2015a). *Plano Estratégico para as Migrações - 2015-2020*. Alto Comissariado para a Migração. Lisboa.
- Governo de Portugal. (2015b). Plano Nacional De Saúde Revisão e Extensão a 2020.
- Guimarães, D. T. (2002). *Dicionário de termos médicos e de enfermagem*. São Paulo: Rideel Editora.
- Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschel, C. M., & Sill, M. W. (2008). Differences in Pregnancy Desire Among Pregnant Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic. *Journal of Midwifery and Women's Health, 53*(2), 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.09.005>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociencia.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Nados-vivos de mães adolescentes em Portugal. Retrieved April 30, 2018, from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2)
- Köning, A. B., Fonseca, A. D. da, & Gomes, V. L. de O. (2008). Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe.” *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10*(2), 405–

413.

- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidata.
- Leininger, M. M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Michigan: Jones and Bartlett Publishers.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Mattos, C. L. G. de. (2011). A abordagem etnográfica na investigação científica. In *Etnografia e educação: conceitos e usos* (EDUEPB, pp. 49–83). Campina Grande. Retrieved from <http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>
- Mayorga, M. N. (2009). La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Revista de Psicología, XXVII*(1), 46010.
- Mcbride, D., & Gienapp, A. (2000). Using randomized designs to evaluate client- centered programs to prevent adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, [em linha] 32(5), [acedido a 06/07/2011]., 227–235.
- Medeiros, T. (2013a). *Adolescência - Desafios e Riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Medeiros, T. (2013b). O conceito de Adolescência revisitado. In T. Medeiros (Ed.), *Adolescência: Desafios e Riscos* (pp. 27–46). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Monteiro, M. M. M. D. C. F. (2009). *A literacia em saúde* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1161>
- Nabais, L. de O. (2014). *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa. Perspetivas de prevenção*. (Tese de Doutoramento em Psicologia). Universidade Aberta. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/3727>
- Neto, S., Monteiro, R., Rocha, P., Luz, A., & Moleiro, P. (2014). Interrupção Voluntária da Gravidez e Maternidade em Adolescentes : outras diferenças ? *Saúde Infantil*, 36(1), 21–23.
- Nogueira, M. J. da C. (2011). Oficina de Formação - A Educação Sexual. Retrieved from <http://www.cfaematosinhos.eu/G8.pdf>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology - A Textbook*. (Open University Press McGraw-Hill Education McGraw-Hill House Shoppenhangers Road Maidenhead Berkshire England SL6 2QL, Ed.) (3rd ed.). Retrieved from [www.openup.co.uk](http://www.openup.co.uk)
- Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

- Organização Mundial da Saúde. (2008). Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5. Retrieved July 19, 2011, from [em:http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2011a). CSP28/INF/3 (Port.) Página 2, 3, 2–6.
- Organização Mundial da Saúde. (2011b). Diminuindo Diferenças: A Prática das Políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde |, 1–47. Retrieved from [http://who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2011c). *Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde - O caminho para a cobertura Universal*. (Organização Mundial da Saúde, Ed.) (Comunidade).
- Organização Mundial da Saúde. (2016). Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai 21-24 November 2016*, 1–2. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., & Ortiz, A. (2012). Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política1. *Forum Sociológico*, (22), 33–41. <https://doi.org/10.4000/sociologico.550>
- Parlamento Europeu, & Conselho da União Europeia. (2016, May 4). Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Abril de 2016. *Jornal Oficial Da União Europeia*, pp. 1–88.
- Parsons, M. A., Pender, N. J., & Murdaugh, C. L. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (P. Education, Ed.) (4th ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall Health, inc.
- Pedrosa, A. A. (2009). *Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores*. Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/20939/1/TeseDout\\_AnabelaAraujoPedrosa2010.pdf.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/20939/1/TeseDout_AnabelaAraujoPedrosa2010.pdf.pdf)
- Pellegrini Filho, A. (2011). Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? Retrieved July 5, 2015, from [http://cmdss2011.org/site/?post\\_type=opinioes&p=2440&preview=true](http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2440&preview=true)
- Pereira, F., & Cunha, P. (Eds.). (2017). *Referencial de educação para a Saúde*. Ministério da Educação-Direcção Geral da Educação Direcção Geral de Saúde.
- Pereira, M. da G. (2002). A perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: modelo interdependente. *A Perspectiva Biopsicosocial Em Psicologia Da Saúde*. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9350>
- Pereira, M., & Freitas, F. (2002). *Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência (3ª)*. Porto: Edições Asa.
- Pires, R. S. A. (2014). *Percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal* (Tese de

Doutoramento em Psicologia Clínica). Universidade de Coimbra.

- Pires, R. S. A., Pereira, J., Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2013). Maternidade adolescente: escolha, aceitação ou resignação? *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(2), 339–347.
- Póo, A. M., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tuma, D., & Zuñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev Sogia, 12*(1), 17–24.
- Portal do Instituto Nacional de Estatística. (2015).
- Presado, M. H. (2013). *Climatério/Menopausa, Relacionamento Conjugal e Qualidade de Vida* (Doutoramento em Psicologia). Universidade Aberta.
- Presado, M. H., Cardoso, M., & Carmona, A. P. (2014). Teenage pregnancy: Life project or lack of it? In U. da E. 3º Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa (Ed.), *Livro de Atas CIAIQ 2014- Investigação Qualitativa em Saúde* (Vol. 2, pp. 102–105). Badajoz.
- Presado, M. H., Cardoso, M., & Carmona, A. P. (2015). Gravidez na adolescência: descuido ou intencionalidade? In *VII Congresso Internacional A Vez e a Voz das Mulheres Migrantes em Portugal e na Diáspora: Mobilidades, Tempos e Espaços* (p. 55). Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 35*(2), 155–178.
- Ramos, N. (2003). Perspectivas metodologias em investigação: o contributo do método fílmico. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 37*(3), 35–62.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2005). Família, Cultura e Relações Intergeracionais. In *Congresso Internacional: Solidariedade Intergeracional - UAb, FCT, CEMRI*. Lisboa: Universidade Aberta - UAb.
- Ramos, N. (2008a). A Diversidade Cultural Na Cidade: Problemas e Desafios. In L. Rubim & N. Miranda (Eds.), *A Diversidade Cultural Na Cidade: Problemas e Desafios* (pp. 133–179). Salvador: EDUFBA.
- Ramos, N. (2008b). Comunicação em Saúde em Contexto Multicultural. In *IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura* (pp. 1–13). Salvador-Bahia: Faculdade de Comunicação/UFBA. Retrieved from <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>
- Ramos, N. (2008c). Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In N. Ramos (org) (Ed.), *Saúde, Migração e Interculturalidade - Perspectivas teóricas e práticas* (pp. 97–132). João Pessoa: EDFPB.
- Ramos, N. (2008d). Migração, aculturação e saúde. In Editora Universitária da UFPB - João Pessoa (Ed.), *Saúde, Migração e Interculturalidade - Perspectivas teóricas e práticas* (pp. 45–96).
- Ramos, N. (2008e). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. (N. Ramos, Ed.). João Pessoa: EDUFBP. Retrieved from

<https://books.google.pt/books?id=0RxUQwAACAAJ>

- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças - Psicologia Da Saúde*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v17n1p1-11>
- Ramos, N. (2010a). Cinema e pesquisa em ciências sociais e humanas: contribuição do filme etnopsicológico para o estudo da infância e culturas. *Contemporânea: Revista de Comunicação e Cultura*, 8(2), 1–28. Retrieved from <https://doaj.org/article/418d020e940d4372a8fd92fb50d1f065>
- Ramos, N. (2010b). Gênero e Migração - Questionado dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. In *Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos* (pp. 1–9). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ramos, N. (2011). Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. In Imprensa da Universidade de Coimbra (Ed.), *Educação e Formação de Adultos - Políticas, práticas e Investigação* (pp. 189–200).
- Ramos, N. (2012a). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, 6(4). <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>
- Ramos, N. (2012b). Cuidados de Saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas de saúde. *Revista INTER-LEGERE*, 11, 30–51.
- Ramos, N. (2012c). *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI - Olhares Interdisciplinares*. (N. Ramos, E. Mendes, A. I. Silva, & J. Porfírio, Eds.). Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação.
- Ramos, N. (2012d). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In N. Ramos (org), E. Mendes (org), A. I. Silva (org), & J. Porfírio (org) (Eds.), *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI - Olhares Interdisciplinares* (pp. 21–28). Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, ESE. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2189/3/ebook11.pdf>
- Ramos, N. (2012e). Migração, Maternidade e Saúde. *Repertório, Salvador*, 18, 84–93.
- Ramos, N. (2013a). Acolher e trabalhar com jovens entre culturas: contextos e competências interculturais. In T. Medeiros (Ed.), *Adolescência: Desafios e Riscos* (pp. 107–135). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Ramos, N. (2013b). Interculturalidade(s) e Mobilidade(s) no Espaço Europeu: Viver e Comunicar entre Culturas. In *The Overarching Issues of the European Space* (pp. 343–360). Porto: Faculdade Letras, Universidade do Porto.
- Ramos, N. (2015). Famílias Migrantes nas Cidades Interculturais: Acolhimento, Solidariedade e Saúde. In *Livro de Atas do 1.º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa* (pp. 2956–2968). Lisboa.
- Ramos, N. (2016). Mãe e Famílias entre Culturas: Saúde, Desenvolvimento e Cuidados Interculturais. In M. M. Rocha (org), S. M. Santos (org), M. D. Costa (org), & N. Ramos (org)

(Eds.), *Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade* (pp. 230–269). Natal: EDUFRN.

Ramos, N., Ieda, F., & Coutinho, M. da P. de L. (2012). Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 202–219.

Ramos, N., & Serafim, J. F. (2009). Cinema e mise en scène: histórico, método e perspectivas da pesquisa intercultural, 89–97.

Ramos, N., & Serafim, J. F. (2014a). Antropologia fílmica e pesquisa em saúde. In *Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação* (pp. 95–110). Salvador Bahia: EDUFBA.

Ramos, N., & Serafim, J. F. (2014b). Comunicação em Saúde e Antropologia Fílmica. In ALAIC 2014 (Ed.), *GT 5: Comunicação e Saúde* (p. 20). Lima: PUCP.

Ramos, N., & Serafim, J. F. (2014c). Representação da Doença no Cinema Documentário Autobiográfico. *AVANCA: Cinema 2014*, 896–901.

Reis, L. M. dos. (2007). *Gravidez e Maternidade na Adolescência - Um estudo no município de Uberaba estado de Minas Gerais - Brasil* (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta.

Reis, L. M. dos, & Ramos, N. (2012). Gravidez na adolescência e família em contexto brasileiro. *Família, Educação e Desenvolvimento No Sé. XXI - Olhares Interdisciplinares*, (IPP ESEP), 41–44.

Rodrigues, R. M. (2010). Gravidez na Adolescência. *Nascer e Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIX(3), 1.

Sampaio, D. (2002). *Vozes e Ruídos: Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.

Schiró, E. D. B. dei, & Koller, S. H. (2011). Ser adolescente e ser mãe: Investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. *Análise Psicológica*, 29(4), 521–533. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n4/v29n4a03.pdf>

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29–41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

Silva, A. C. da. (2012). Crenças, Tabus e Mitos no Acesso aos Serviços de Saúde. In Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE (Ed.), *Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde e Multiculturalidade*. Amadora.

Sopa, M. J. P. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório* (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2nd ed.). Loures: Lusociencia.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde. *Notas Didáticas*, 615, 613–620.

UNESCO. (2013). *Intercultural Competences - Conceptual and Operational Framework*.

- (Intersectoral Platform for a Culture of Peace and Non-Violence Bureau for Strategic Planning, Ed.), *European Journal of ...*. Paris: UNESCO. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219768e.pdf>
- UNICEF. (2001). A League Table of Teenage Births in Rich Nations. *Innocenti Report Card*, (3), 36. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005a). *Acta paulista de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem* (Vol. 18). Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina.
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005b). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J . Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/3070/307026606002/>
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (2006). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção Efectiva* (7th ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- World Health Organization. (2018). *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25-26 October, 2018. Astana.* <https://doi.org/WHO/HIS/SDS/2018.61>

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## **Anexos**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## Anexo I - Guião da Entrevista para Informantes Qualificados

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## Guião da Entrevista para Informantes Qualificados

### Caracterização Sociodemográfica

--> Instituição / Local de Trabalho

--> Profissão / Cargo / Funções desempenhadas

--> Idade

--> Sexo

--> Naturalidade e Nacionalidade

## Entrevista

--> Qual pensa ser o significado da gravidez e maternidade para estas Adolescentes?

--> Que factores étnico-culturais pensa terem influenciado estas Gravidezes?

--> E socais?

--> Pensa que os factores psicologicos influenciaram a gravidez destas Adolescentes?

--> Que determinantes psicossociais, culturais e de saúde reconhece que tenham levado/influenciado as Adolescentes a engravidar?

## Anexo II - Guião da Entrevista para a Adolescente

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## Guião da Entrevista para as Adolescentes

### 1- Caracterização Sociodemografica

--> Idade da Adolescente

--> Idade do Companheiro/Namorado

--> Naturalidade da Adolescente

--> Naturalidade do Companheiro/Namorado

--> Nacionalidade da Adolescente

--> Nacionalidade do Companheiro/Namorado

--> Étnia da Adolescente

--> Étnia do Companheiro/Namorado

### Lingua falada / Dialeto

--> Adolescente

--> Companheiro/Namorado

### Freguesia de residencia ou bairro / Há quanto tempo

--> Adolescente

--> Companheiro/Namorado

--> Duração da relação

--> Tipo de Habitação / Condições habitacionais da Adolescente

--> Propriedade da habitação da Adolescente

--> Com quem vive a Adolescente? Pais, companheiro ou outros? Quantas pessoas?

--> Frequenta escola? Qual?

--> Adolescente

--> Companheiro/Namorado

--> Escolaridade da Adolescente

--> Escolaridade do Companheiro/Namorado

--> Estado Civil da Adolescente

--> Estado Civil do Companheiro/Namorado

--> Religião da Adolescente

--> Religião do Companheiro/Namorado

### Estrutura Familiar:

--> Tipo Família de Origem da Adolescente

--> Tipo Família de Origem do Companheiro

--> Profissão da Adolescente

--> Profissão do Companheiro/Namorado

--> Situação profissional da Adolescente / Está empregada? / Ocupação remunerada? Principal meio de vida/subsistência.

--> Projectos futuros de vida da Adolescente

--> Situação profissional do Companheiro / Está empregado? / Ocupação remunerada? Principal meio de vida/subsistência.

## 2- História Obstétrica e Ginecológica

--> Idade da Menarca

--> Idade de início da actividade sexual

--> Índice Obstétrico

--> Teve outros parceiros sexuais antes?

--> Já fez Interrupção voluntária da Gravidez ou Abortou

--> Uso de métodos contraceptivos

--> Gravidez desejada e/ou planeada ou aceite

--> Existência ou não de gravidezes adolescente na família próxima

--> Amiga/colegas/pares que tenham tido uma gravidez na adolescência

--> Existência de conflitos na família de origem

--> Doença ou acidente grave na família e/ou morte de familiar próximo

### 3- Processo Migratório

--> Desde quando está em Portugal?

--> Porque razão veio para Portugal? Deseja ficar?

### 4- Autóctones

--> Sempre viveu em Portugal? Sempre no Conselho da Amadora?

--> Migrar faz parte dos seus projectos? Para onde?

## Entrevista

### 0- Antes da Gestaçã

#### Factores Psicológicos

- Período de transição (autonomização)/"ritual" de passagem para a idade adulta
- Problemas de auto-estima/Sentimento de carência afectiva
- Amor romântico e desejo de ser amada

#### Factores Sociológicos e Culturais

##### - Influências contextuais e socioeconómicas:

###### - Experiência:

- Classes sociais mais desfavorecidas
- Necessidade de integração no grupo de pares
- Sociedade "machista"

###### - Vivência:

- Relacionamento sexual - quando teve a primeira relação sexual? Foi desejada ou consentida?
- Existência de comportamentos de risco na adolescência - alcoolismo, toxicodependência, violência.
- Contexto familiar (ambiente e supervisão) - Quem é o encarregado de educação responsável pela adolescente?
- Ambiente - violência na família? Escolaridade familiar?
- Supervisão - Relação conflituosa mãe/filha?

- Ambiente educativo:
  - Educação para a sexualidade na escola?
  - Que perspectivas de futuro?
  - Abandono escolar? - Antes ou após engravidar?

- Religiões e crenças:
  - Importância cultural da maternidade.
  - Liberalização da sexualidade (comunicação social, cinema, notícias diárias).

### **Factores Económicos**

- Onde vive:
  - Bairro social degradado ou apartamento em zona urbanizada?
  - Que condições sanitárias?
  - Vive só, com o companheiro/namorado ou com os pais?
  - Estuda ou trabalha? Qual a fonte de subsistência?
  - Recebe (ou os pais) algum tipo de subsidio ou ajuda monetária?

### **Factores de Saúde**

- Menarca precoce?
  - Riscos físicos e emocionais
  - Imaturidade biológica
- Imagem corporal - baixa auto-estima

## 1- Durante a Gestação

A. Que projectos tem para o futuro? Mudaram com a gravidez? A gravidez "encaixa" bem nos seus projectos para o futuro?

B. Desejou esta gravidez ou foi desejo do companheiro/namorado ou outro familiar?

C. Que motivos a levaram a engravidar agora? Foi gravidez desejada, planeada ou apenas aceite?

D. Pensou em abortar?

E. Como se sente com a gravidez? Como pensa que vai ser o parto?

F. E depois de o bebé nascer, como sente que vai ser a sua vida?

G. Que expectativas tem em relação ao futuro para si e para o seu bebé? Como vai ser a maternidade e a relação com o Companheiro/Namorado (conjugalidade)?

H. Como é que o pai/namorado reagiu à Gravidez? Também foi um desejo dele?

I. Com é que a sua família reagiu? E a família do pai do bebé?

J. Pretendem auxiliar na educação da criança? De que forma?

K. Frequentou algum tipo de consulta de saúde sexual e reproductiva ou consulta de adolescente antes de engravidar?

L. Teve acesso a educação sexual na escola? Com foi? Quem falou e sobre o quê? O que sente que faltou comunicar e como gostaria de ver tratado o assunto?

em consulta-

na escola-

## 2- No Pós-Parto

a. Como se sente agora com o bebé?

b. Com se sente o pai do bebé/namorado com o filho?

c. Se fosse agora teria engravidado na mesma? Pretende engravidar novamente? E o pai/namorado?

d. Como se sente com o pai do bebé/namorado? Como está a vossa relação afectiva?

e. E como estão a reagir os familiares de ambos?

f. Tem auxílio de quem? Está satisfeita com o auxílio que tem? Se não está, que auxílios gostaria de ter?

g. Que projectos tem para o futuro? E o pai/namorado?

h. Os projectos mudaram com o nascimento do bebé?

i. Como está a situação actual? Trabalha? Estuda? E a do companheiro?

### Anexo III - Consentimento Informado de Participação no Estudo

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência** Doutoranda:

Ana Carmona Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos – Universidade Aberta e CEMRI

Exma.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>,

Ao realizar um estudo que pretende conhecer e analisar crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência, inserido no programa do 1º Doutoramento em Relações Interculturais da Universidade Aberta, Ana Carmona, vem desta forma solicitar-lhe colaboração para participar no estudo, respondendo a algumas questões que lhe colocará em data, hora e local a combinar, questões que serão gravadas em áudio ou vídeo, se assim o permitir, para uma maior objectividade na transcrição dos dados. Solicita ainda e caso concorde, a utilização de fotografias/ imagens captadas, ou por si fornecidas.

Mais informa que as suas respostas são anónimas e estritamente confidenciais, só serão utilizadas no âmbito deste estudo, e de publicações científicas com ele relacionadas, podendo em qualquer momento desistir de participar, uma vez que a participação é voluntária, embora seja de extrema importância.

Caso seja do seu interesse, terá acesso aos resultados obtidos no final do estudo, antes da sua apresentação na comunidade científica.

Contacto telefónico para qualquer dúvida – 93\*\*\*\*\*75

Desde já grata pela colaboração,

Ana Carmona

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## **Anexo IV - Declaração de Autorização das Participantes no Estudo**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro autorizar Ana Carmona, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a realizar o 1º Doutoramento em Relações Interculturais da Universidade Aberta, no qual se encontra a elaborar uma investigação sobre crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência, a utilizar as informações prestadas por mim (durante uma entrevista), no referido estudo.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_

Desde já grata pela colaboração

----- PÁGINA EM BRANCO -----

**Anexo V - Consentimento Informado de Participação no Estudo (menores de 16 anos)**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Pais ou Representantes Legais de menores de 16 anos

**Crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência** Doutoranda:

Ana Carmona Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos – Universidade Aberta e CEMRI

Exma.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>,

Ao realizar um estudo que pretende conhecer e analisar crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência, inserido no programa do 1º Doutoramento em Relações Interculturais da Universidade Aberta, Ana Carmona, vem desta forma solicitar-lhe colaboração para autorizar a participação de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ no estudo, respondendo a algumas questões que lhe colocará em data, hora e local a combinar, questões que serão gravadas em áudio ou vídeo, se assim o permitir, para uma maior objectividade na transcrição dos dados. Solicita ainda e caso concorde, a utilização de fotografias/ imagens captadas, ou por si fornecidas.

Mais informa que as suas respostas são anónimas e estritamente confidenciais, só serão utilizadas no âmbito deste estudo, e de publicações científicas com ele relacionadas, podendo em qualquer momento desistir de participar, uma vez que a participação é voluntária, embora seja de extrema importância.

Caso seja do seu interesse, terá acesso aos resultados obtidos no final do estudo, antes da sua apresentação na comunidade científica.

Contacto telefónico para qualquer dúvida – 93\*\*\*\*\*75

Desde já grata pela colaboração,

Ana Carmona

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_

----- PÁGINA EM BRANCO -----

**Anexo VI - Declaração de Autorização das Participantes no Estudo (menores de 16 anos)**

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## DECLARAÇÃO

### Pais ou Representantes Legais de menores de 16 anos

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro autorizar Ana Carmona, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a realizar o 1º Doutoramento em Relações Interculturais da Universidade Aberta, no qual se encontra a elaborar um estudo de investigação sobre crenças, valores e comportamentos que levam à gravidez na adolescência, a utilizar as informações prestadas por \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ durante uma entrevista, no referido estudo.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_

Desde já grata pela colaboração

----- PÁGINA EM BRANCO -----

## Anexo VII - Parecer da CNPD

----- PÁGINA EM BRANCO -----

From: Ellen Barends <ellen@cnpd.pt>  
Subject: CNPD - Dados pessoais e investigação  
Date: 11 de dezembro de 2018, 12:29:03 WET  
To: "anapcarmona@gmail.com" <anapcarmona@gmail.com>

Cara Dr<sup>a</sup> Ana Carmona,

Conforme acordado, informa-se que, desde 25 de maio de 2018, com a aplicação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento UE 2016/679) - RGPD, a Comissão Nacional de Protecção de Dados - CNPD deixou de ter poderes para autorizar tratamentos de dados pessoais.

Nessa medida, a recolha de dados pessoais, que pretende realizar no âmbito do seu estudo já não carece da prévia autorização da CNPD.

Para compensar a ausência de controlo prévio da CNPD, o RGPD faz recair a obrigação sobre quem realiza os tratamentos de dados pessoais de verificar se o tratamento está conforme com as regras e princípios do RGPD (cf. artigo 24.º do RGPD). Para o efeito, deverá, enquanto responsável pelo tratamento, considerar as normas do artigo 6.º e do artigo 9.º do RGPD (em função das categorias de dados pessoais objeto de recolha, sendo que se algum dos dados recolhidos corresponder a uma das categorias de dados elencados no n.º 1 do artigo 9.º, só com base numa das condições estabelecidas no n.º 2 desse artigo é que poderá tratar os dados). Em especial, se o fundamento que legitima o tratamento for o consentimento, sublinha-se que o consentimento deve ser uma declaração informada e específica, relativa ao concreto tratamento de dados pessoais, não se confundindo com o consentimento para a sujeição ou participação no estudo. Chama-se a atenção para o direito de informação previsto no artigo 13.º do RGPD.

Deve ainda verificar se o tratamento cumpre os princípios previstos no artigo 5.º do RGPD, em especial, o princípio da minimização dos dados e da indispensabilidade da sua recolha, e eventualmente, em função da natureza e âmbito do tratamento, considerar a obrigação de realizar uma avaliação prévia do impacto sobre a proteção de dados (prevista no artigo 35.º do RGPD).

Neste momento e enquanto se aguarda a publicação da lei nacional que complete o RGPD deve o investigador cumprir o previsto no regulamento em questão.

*Qualquer resposta ao presente e-mail deve ser enviada para [geral@cnpd.pt](mailto:geral@cnpd.pt), não se garantindo a resposta às questões remetidas para as caixas de e-mail pessoais dos funcionários.*

Com os melhores cumprimentos,  
*Ellen Barends*

**Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD)**  
Av. D. Carlos I, 134 – 1º  
1200- 651 Lisboa  
Telef.: 21.392 84 00  
Email: [geral@cnpd.pt](mailto:geral@cnpd.pt)  
url: <https://www.cnpd.pt>

----- PÁGINA EM BRANCO -----