



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**CURSO DE CONCLUSÃO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**DISCENTES:**

Anabela Santos Encarnação

Eugénia Évora Gomes

Maria Auxiliadora dos Santos Ramos

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:**  
**NUMA ZONA PERIFÉRICA DA CIDADE DO MINDELO**  
**RIBEIRINHA**

2013

Mindelo



Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem, apresentado na Universidade do Mindelo, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem

Discentes:

Anabela Santos Encarnação

Eugénia Évora Gomes

Maria Auxilia Dos Santos Ramos

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
NUMA ZONA PERIFÉRICA DA CIDADE DO MINDELO  
RIBEIRINHA**

Orientadora: Mestre Lúcia Vaz Velho

Mindelo, Junho de 2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho aos nossos filhos, maridos e amigos, coordenadores e professores do curso em especial aos que acreditaram em nós e nos acompanharam em todos os momentos nessa conquista.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos primeiro lugar á Deus que é a força espiritual em que sempre apoiamos nos momentos de aflição e a Uni-Mindelo pela oportunidade de cursar a licenciatura em enfermagem e especial aos professores do curso e aos nossos familiares que é a base de tudo o que somos agora e que caminharam connosco na realização de mais um sonho.

A orientadora Mestre Lúcia Vaz Velho pelo apoio e carinho na orientação que nos deu tornando possível a realização do trabalho.

Aos adolescentes mãe que participaram no estudo, um especial obrigado.

Aos colegas Enfermeiros da Maternidade pela disponibilidade de colaborar connosco nas trocas de turno facilitando a nossa caminha rumo aos nossos objectivos.

A todos que, disponibilizaram um pouco do seu tempo, iluminando e enriquecendo as nossas ideias quanto ao trabalho.

A todos: um sincero obrigado!

## EPÍGRAFE

“ Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo”. COLLIÉRE<sup>1</sup> (1999:29)

---

<sup>1</sup> Collière. Promover a Vida (1999)

## **RESUMO**

A adolescência é um período de grandes mudanças que aumentam mais ainda com a gravidez, mas também poderá ser ou não uma solução para a gestante adolescente porque a maternidade poderá trazer maturidade mas também pode contribuir ainda mais para agravar os seus problemas. Além deste amadurecimento e do nascimento do filho, aumentam as responsabilidades, que são cobrados pelos familiares e a sociedade. As consequências de uma gestação na adolescência tem várias repercussões na vida da adolescente, podem variar desde o abandono escolar á entrada para uma vida desregrada, fazendo uso de substâncias ilícitas quando caracterizado por uma gravidez não planeada.

A escolha deste tema, impôs-se primeiro pela sua relevância e actualidade e, segundo, por querermos conhecer mais de perto a realidade da gravidez na adolescência em Cabo Verde. O resultado, é esta monografia que se intitula: Gravidez na Adolescência numa zona periférica de São Vicente (Ribeirinha).

A metodologia adoptada para a elaboração deste trabalho foi a revisão da literatura nesta temática, complementada com entrevistas realizadas a uma amostra de 26 adolescentes mães que prontificaram em colaborar. Assim, foi-nos possível analisar a problemática da gravidez na adolescência e procurar perceber qual a contribuição dos técnicos de saúde, em especial dos enfermeiros, na prevenção da gravidez precoce. Esperemos que esse trabalho possa ajudar aos outros profissionais de saúde, estudantes de enfermagem a perceberem o mundo das adolescentes principalmente na condição de grávida e sobretudo “ estimular” como enfermeira, estudante a melhorar as suas competências na comunicação entre adolescente/ enfermeiro quanto a educação sexual.

**Palavras-chave:** Adolescente / Adolescência / Gravidez/ Enfermagem

## **ABSTRACT**

Adolescence is a period of great changes which may still increase with pregnancy. In turn, pregnancy may not be a solution to the pregnant adolescent because maternity may bring maturity but may, on the other hand, contribute to aggravate the existing problems. Besides this maturing factor and the child's birth, responsibilities grow up and are collected by relatives and society. The consequences of early pregnancy have various effects on the adolescent's life, and may vary from school dropout to an intemperate life including the use of illegal substances when the pregnancy has not been planned.

The choice of this theme is due to its relevance and actuality in first place and, on the other hand, because we want to know better the reality of pregnancy during adolescence in Cape Verde. The result is this monograph titled "Pregnancy during Adolescence in a Suburb of St. Vincent – Ribeirinha".

The methodology adopted was revision of literature on the theme, complemented by interviews carried out and a sample of 26 adolescent mothers that agreed to cooperate. Thus it became possible to analyze the problem of pregnancy during adolescence and to try to understand the contribution of health workers, especially nurses, to prevent early pregnancy.

We hope that this work may help other health professionals and nursing students to understand the world of adolescents, especially pregnant girls and stimulate the student nurses to improve their competence along the communication between adolescents and nurses concerning sexual education.

**Key words:** Adolescent / Adolescence / Pregnancy/Nursing



## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 - Idade</b>	38
<b>Gráfico 2 - Grau Escolaridade</b>	38
<b>Gráfico 3 – Com quem</b>	39
<b>Gráfico 4 – Mudanças de parceiro com frequência</b>	39
<b>Gráfico 5 – Que informações têm sobre contracepção</b>	40
<b>Gráfico 6 – Que método utilizava para não engravidar</b>	41
<b>Gráfico 7 – Sabes onde obter informações e apoio na contracepção</b>	41
<b>Gráfico 8 – Sabes o que significa IST</b>	41
<b>Gráfico 9 – Quando tem dúvida com que as esclarece</b>	42
<b>Gráfico 10 – Qual o motivo que levou a engravidar</b>	43
<b>Gráfico 11 – Como classifica o atendimento nos centros de saúde</b>	44
<b>Gráfico 12 – Com quantos anos engravidou</b>	45
<b>Gráfico 13 – Quando engravidou você estava</b>	45
<b>Gráfico 14 – Parou de estudar por causa da gravidez</b>	46
<b>Gráfico 15 – Está estudando</b>	46
<b>Gráfico 16 – Qual foi a reação da sua família</b>	46
<b>Gráfico 17 – Consegues imaginar o seu futuro</b>	46
<b>Gráfico 18 – Sentiu vontade de interromper a gravidez</b>	47
<b>Gráfico 19 – A sua gravidez foi</b>	47

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1.1 – Pergunta Partida .....	3
1.2. Objectivos .....	3
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1.1-Conceitos da Adolescência.....	5
1.2-Alterações na Adolescência: .....	6
1.3- Desenvolvimento das Relações dos Adolescentes .....	7
1.3.1-Relação Pais / Família .....	7
1.3.2- Relações de Amizade e Grupo de Pares.....	9
1.4 Gravidez na Adolescência .....	9
1.4.1-Conceito da Gravidez.....	10
1.4.2- Fisiologia da Gravidez .....	10
1.4.3- Factores e Comportamentos de Risco que Propiciam a Gravidez na Adolescência: ..	12
1.4.4- Consulta Pré-Natal .....	13
1.4.4.1- Cuidados de Enfermagem nas Consultas Pré Natais .....	16
1.4.5-Implicação da Gravidez na Adolescência para a Adolescente, Família e a Enfermagem .....	20
1.4.5.1 - Adolescente.....	20
1.4.5.2- Família.....	21
1.4.5.3- Enfermagem.....	22
CAPITULO II - CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE .....	23
2.2-Consulta de Planeamento Familiar/ Adolescentes.....	25
2.2.1- Factores que Propiciam a Contracepção na Adolescência .....	25
2.2.2-Métodos Contraceptivos.....	26
2.2.3-Aborto legal ou IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez) .....	28
2.2.4-Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	29
CAPÍTULO III - INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS QUE APOIAM OS ADOLESCENTES EM SÃO VICENTE.....	32

3.1. ICCA (Instituição Cabo-verdiana da Criança e Adolescentes) .....	32
3.2. Gabinete de Apoio á Vítima .....	32
3.3. O Ministério da Educação .....	32
CAPÍTULO IV - METODOLOGIA.....	34
CAPÍTULO V- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	37
5.1 - Caracterização da Zona em Estudo “Ribeirinha” .....	37
5.2 - Caracterização Sociodemográfico das Adolescentes .....	37
5.3. Nível de Informação Sobre Métodos Anticoncepcional. ....	40
5.4. Condições que Favorecem a Gravidez .....	44
5.5. Consequências da Gravidez Precoce.....	45
5.6. Cruzamento de Variáveis .....	48
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	50
6.1. Considerações Finais.....	50
6.2. Sugestões/Propostas .....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
Sites:.....	56

## **SIGLAS/ABREVIATURA**

AISM - Atenção integral à saúde da mulher.

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

IST - Infecção Sexualmente Transmissíveis

HBS - Hospital Baptista de Sousa

HPV - Papiloma vírus humano

ICCA - Instituição Cabo-verdiana da Criança e Adolescentes

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IEC - Educação Informação e Comunicação

INE - Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG - organização não-governamental

PIB - Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para as Crianças

UM – Universidade do Mindelo

VHB - vírus da Hepatite B

VIH – Vírus de Imunodeficiência adquirid

## INTRODUÇÃO

Este trabalho insere no âmbito do curso de conclusão de licenciatura em enfermagem, tendo como tema a gravidez na adolescência através de um estudo de caso realizado na zona de Ribeirinha na cidade do Mindelo.

Trata-se de um trabalho que reflecte a problemática da gravidez na adolescência que é sem dúvida uma grande preocupação para a saúde pública em Cabo Verde. A causa desta preocupação, não se deve somente ao aumento do número das gravidezes e de maternidade na adolescência, de acordo com os dados estatísticos colhidos na maternidade do HBS de 2011 a 2012 mas também a influência que este tem a nível de mortalidade e morbilidade materna- fetal no país.

O trabalho foi desenvolvido num período compreendido entre Janeiro e Julho de 2013 com o objectivo de perceber o que é que a evidência diz sobre a forte incidência da gravidez na adolescência, na perspectiva de nós os enfermeiros analisar qual a melhor forma de contribuir na prevenção desta temática.

O índice elevado de adolescentes grávidas e o seu impacto tanto para a adolescente, a família bem como para a enfermagem, nos motivou a desenvolver essa pesquisa.

Apesar de toda informação divulgada sobre a prevenção da gravidez pela Saúde Reprodutiva, com distribuição gratuita de anticonceptivos de múltiplas escolha, abertura de novos centros de saúde nos arredores da cidade, deslocações mensais às zonas rurais de uma equipa da saúde reprodutiva, anúncios publicitários de várias ordens e no ensino através de uma disciplina intitulada Formação Pessoal e Social (FPS), ainda verifica-se um número crescente de grávidas principalmente nas camadas mais jovens.

Tendo em conta que em Cabo Verde os adolescentes tem opções de vida limitada e por motivo da gravidez tem que abandonar os estudos levando a um aumento da taxa do abandono escolar, delinquência, prostituição, consumo de álcool, drogas, e desemprego. Mesmo os que pertencem a famílias com melhores condições financeiras também estão

sujeitas a ter que abandonar certas actividades necessárias ao seu desenvolvimento para criar e cuidar de uma criança.

Trata-se de um estudo essencialmente exploratório resultante da pesquisa bibliográfica e aplicação do inquérito por questionários á 26 adolescentes mães que tiveram parto no HBS no ano de 2011/2012.

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

**Introdução** onde demos ênfase a importância e justificação do tema, a delimitação do problema de pesquisa, a apresentação dos objectivos do estudo, a pergunta de partida e a presente estrutura.

**Capítulo I, Enquadramento Teórico:** Neste capítulo fizemos uma abordagem teórica através da revisão bibliográfica, para perceber os conceitos e teorias que sustentam essa investigação com o objectivo de colher subsídios que nos possibilitassem uma melhor compreensão da mesma.

**Capítulo II,** apresentamos as contribuições do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce.

**Capítulo III,** Fizemos uma breve apresentação das instituições governamentais que apoiam os adolescentes em São Vicente.

**No capítulo IV** apresentamos a metodologia adoptada para a realização do estudo

**Capítulo V, Análise dos Dados,** faz-se a apresentação e análise dos dados, debruça sobre a parte empírica deste trabalho, ou seja, análise e discussão dos resultados (questionário)

Por último, **o Capítulo VI,** que aborda as conclusões finais subdividindo-se nas conclusões, recomendações e sugestões.

## **1.1 – Pergunta Partida**

Para iniciar o nosso projecto elaboramos uma pergunta de partida, que serve de primeiro fio condutor de uma investigação. Este deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.

Segundo Quivy e Campenhout (1998: 36-38) consideram que:

Uma boa pergunta de partida pode ser precisa e compreendida da mesma forma por todos sem estar por isso limitada a um problema insignificante ou muito marginal. Esses mesmos autores referem-se também que é preferível formular a pergunta de partida de forma unívoca e concisa para que possa ser compreendida sem dificuldade e ajudar o seu autor a perceber claramente o objectivo que persegue.

Assim elaboramos a seguinte pergunta de partida:

**- Quais são as razões para o aumento de casos de gravidez na adolescência na era de informação?**

Baseado na nossa pergunta, traçámos os objectivos que foram organizadores da estrutura e construção de toda a pesquisa.

## **1.2. Objectivos**

### **Objectivo gerais**

- Compreender qual é o contributo da enfermagem para prevenir a gravidez na adolescência.
- Compreender o porque da taxa de gravidez na adolescência ser mais elevada na zona da Ribeirinha

## Objectivos Específicos

- Identificar a legislação que protege as adolescentes grávidas nos estabelecimentos de ensino;
- Descrever as instituições e redes sociais que apoiam a adolescente grávida favorecendo um desenvolvimento saudável e integração social;
- Identificar o que é referido na literatura sobre os riscos das adolescentes grávidas;
- Conhecer o efeito da gravidez no desenvolvimento harmónico da adolescente;
- Perceber que conhecimento a adolescente tem dos métodos anticonceptivos;
- Identificar quais os conhecimentos que as adolescentes tinham sobre engravidar antes de terem a primeira relação sexual;
- Elaborar questionário para aplicar as mães adolescentes da zona de Ribeirinha que tiveram parto em 2011/2012;
- Aplicar os inquéritos às adolescentes que tiveram parto em 2011/2012;
- Analisar os resultados do inquérito;
- Compreender as razões do aumento das taxas de gravidez na adolescência na zona da Ribeirinha.



# CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1-Conceitos da Adolescência

**Adolescência- Segundo OMS** “ (...) Período da vida que medeia entre e os 10 e os 19 anos.” OMS<sup>2</sup> (2007 cit. in Silva<sup>3</sup>, 2002:121). A adolescência tem origem na palavra Latina *adolescere* que quer dizer crescer para adulto.

A **adolescência** é considerada uma fase por qual passa a humanidade onde há um tempo de crescimento, desenvolvimento da maturidade a nível **biológico, cognitivo, social- psicológico e emocional**. É um período que pode ser vista em duas vertentes: o pessimismo e o optimismo porque nesta fase as mudanças que ocorrem podem ser considerados dramáticas a vários níveis, familiar, escolar, as amizades e a nível profissional. È igualmente considerado um período de confusão de sentimentos, comportamentos que oscilam entre excitação e ansiedade, felicidade a tristeza, incertezas e depressão. Citando Silva (2002:122) que nos diz “Numa perspectiva individual não se deve menosprezar o facto que cada adolescente tem uma forma única de “ser adolescente”, condicionada pelas características pessoais de personalidade, pelo seu ambiente de vida, pelo estado de saúde e o processo de desenvolvimento biológico, cognitivo e afetivo.

A adolescência surgiu na sociedade Romana, no século II a.C. como consequência de grandes alterações do sistema económico-social da época. No decorrer deste mesmo século, o senado aprovou duas leis “lex plaetoria” e a “lex villia annalis” sendo a primeira correspondente ao nascimento de um novo grupo social onde fora instituída uma lei penal contra quem abusasse de um jovem com idade inferior a 25 anos. A segunda referia a participação dos jovens em cargos públicos. A adolescência surge então como forma de protecção dos seus direitos- Lutte (1988 cit. in Simões, 2007)

---

<sup>2</sup> *Manual de Professores de enfermagem Obstétrica. Educação para uma maternidade segura.* (2007)

<sup>3</sup> Silva, Luísa ferreira. *Promoção da saúde-* Universidade Aberta (2002)

A adolescência é uma fase de vida recente. Ariés (1973 cit. in Simões<sup>4</sup>, 2007:40) refere que “ (...) a adolescência encontrou-se absorvida pela infância até ao século XVIII, não se verificando, no entanto, mesmo após esta época, uma preocupação em considerar adolescência como um período de desenvolvimento diferenciado que impunha um olhar especial.”

## 1.2-Alterações na Adolescência:

As **alterações biológicas** são marcadas pelo desenvolvimento físico onde há um crescimento em relação a peso/altura e o aparecimento dos caracteres secundários femininos (mama e menstruação) e masculino (pelos púbicos, alteração da voz e ejaculação) e alteração do humor ao entrarem na fase de puberdade. Essas alterações físicas podem afectar o estado **emocional** porque veem-se confrontados com uma nova imagem pessoal que muitas vezes o desagrada criando assim um conflito de sentimentos, medos angustia que podem levar até mesmo a uma depressão se estiverem atravessando uma situação de crise. Por outro lado na esfera **cognitiva** ganham maturidade, adquirem capacidade de reflectir porque o pensamento torna mais complexo e eficiente, passam também a agir de forma independente estabelecendo assim uma identidade pessoal, começam a socializar com outros adolescentes e mostram interesse na aprendizagem ligados ao género masculino e feminino. Na esfera **psicológica** começam a projectar o futuro, possuem mais autocontrolo e tomem decisões. Perante novos estímulos por vezes agem de uma forma agressiva e essa reacção pode incitar as pessoas a suspeitar que o adolescente possa estar com uma alteração psicológica. Essa reacção deve-se ao facto de ser uma realidade nova para eles e que necessitam de adaptação a essa nova realidade que estão vivendo. Como nos diz Monteiro & Sousa (2004 cit. in Matos, 2012:4)

O comportamento desses pacientes caracterizados por meio de actos agressivos, pode não ser necessariamente uma real expressão de raiva, mas uma manifestação tangente de outros sentimentos como mágoa, insegurança, medo e revolta. Por não saber lidar com eles, o paciente manifesta-os de maneira agressiva.

---

<sup>4</sup> Simões, Maria Celeste Rocha. Comportamento de Risco na Adolescência (2007)

### **1.3- Desenvolvimento das Relações dos Adolescentes**

#### **1.3.1-Relação Pais / Família**

Segundo o famoso ditado popular “filhos criados trabalho dobrado”

A família é a base para um desenvolvimento saudável dos adolescentes. A estrutura familiar pode influenciar o comportamento dos adolescentes.

“ (...) O envolvimento familiar que apresenta menores riscos para a socialização de sucesso é o ambiente representado por uma família feliz, intacta e com os dois pais.” Hetherington & Stanley-Hogan (1999 cit. in Simões, 2007: 102)

Ter uma família com os dois progenitores nem sempre é possível. Isto pode ser considerado um dos motivos que nos leva a afirmar que a estrutura familiar pode influenciar o comportamento sexual e a gravidez visto que os adolescentes que vivem com um progenitor (monoparental) têm mais probabilidades de vir a ter relações sexuais mais cedo do que os de dois progenitores (tradicional).

Considera-se também “ (...) os adolescentes, provenientes de uma família onde há um divórcio e um segundo casamento também tem maior risco.” East & Felice (1992 cit. in Aretoris, 1999: 732).

Pode-se afirmar que nas famílias Cabo-verdianas, não há em geral, um núcleo comum com pai, mãe e filhos (família Tradicional). Há uma predominância de famílias monoparentais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) os números de agregados monoparentais, chefiadas por mulheres, são cada vez maior representando, em 2007 cerca de 6.7,5 (era de 37,5% em 2000). Os homens chefes de famílias monoparentais representavam, por seu lado, apenas 12,3 em 2007. No meio rural, a proporção das famílias monoparentais chefiadas por mulheres é maior (50,1%) do que nas zonas urbanas (41,0,1%). Existe também famílias alargadas compostas por pais, filhos, netos, avós e até pessoas que não possuem qualquer relação de consanguinidade com membros do agregado familiar, mas mantém relações afectivas de alguma ordem coabitando num mesmo espaço.

Durante a adolescência, adolescente procede a construção de uma identidade separada dos pais e a medida que for expandindo o seu horizonte em termos de conhecimentos através da escola, organizações da comunidade e os pares, começam a abandonar progressivamente a dependência que mantinham face aos pais, em busca da sua autonomia. Essa ``autonomia`` leva-os a alterar o tipo de relacionamento que mantinha com a família e por acharem que já não são mais crianças e por serem já detentores de uma autonomia que lhes permite fazer o que bem entenderem como por exemplo, sair a noite, namorar etc. Com base nessa atitude começa então a haver dificuldades de relacionamento que gerem conflitos dando origem a tensões familiares.

Os adolescentes possuem um espírito de contradição e pelo facto dos pais serem extremamente exigentes e controladores faz com revoltam-se e tenham uma atitude acentuada a oposição aos pais. As dificuldades de relacionamento podem levar a gestação precoce, seja por agressão aos pais, baixa autoestima ou falta de perspectivas. Para eles é uma oportunidade de demonstrar a sua autoafirmação na mudança do seu comportamento.

Para evitar essas crises familiares, os pais e a família em geral devem procurar ajuda para melhor entenderem os adolescentes e primar para um melhor relacionamento afetivo porque é fundamental para ajuda-los a ultrapassar esta fase que pode ser ``duro e penoso`` fruto das consequências dos seus actos impensados.

Por isso, Pais e educadores percebam e aceitam com compreensão, tolerância e amor, a distância que os adolescentes a certa altura tomarem, admitindo-a como um marco fundamental do desenvolvimento e não como uma prova de ingratidão, abandono e rejeição. Dias & Cordeiro (83 cit. in Almeida<sup>5</sup>, 2007: 75).

---

<sup>5</sup> Almeida, José Miguel Ramos. *Adolescência e Maternidade*(2007)

### **1.3.2- Relações de Amizade e Grupo de Pares**

“ (...) A relação com colegas e amigos é considerado como uma das influências importantes do desenvolvimento social e emocional da criança e do jovem.” Oliveira (1999:71 cit. in *Comité de coordenação de Combate a SIDA de Cabo Verde*)

A pertença a um grupo é uma tarefa crucial para o adolescente. Segundo Campos <sup>6</sup> (2002:100) “ (...) Na adolescência a necessidade de pertença a um grupo e a necessidade de definição de si próprio estão interligadas- quem sou eu? E a quem pertença? – São preocupações significativas para o jovem.”

Os adolescentes dentro do seu círculo de amizade sofrem pressão do grupo em que estão inseridos. A adesão a um grupo faz com que o adolescente seja mais aceite pelo sistema social do que se permanecer não afiliado. Em particular na escola para poderem ser aceites tem de viver com certas regras do grupo que muitas vezes os levam a adoptar comportamentos menos correctos como iniciação da actividade sexual que segundo Perkins (1991cit. in Stanhope & Lancaster,<sup>7</sup>2000:732) “ (...) È provável que os adolescentes sejam sexualmente ativos se os seus amigos o forem.”

### **1.4 Gravidez na Adolescência**

De acordo com o relatório estatístico de 2010 do Ministério da Saúde da Republica de Cabo Verde, foi apurado 1414 grávidas em São Vicente, sendo que 5.3% corresponde a adolescentes com menor de 17 anos e 14.9% corresponde a uma faixa etária entre 17 a 19 anos de idade<sup>8</sup>. Ainda segundo dados apurados na maternidade do HBS no ano 2011/2012 teve em média 1500- 1700 partos onde que 18,7% corresponde a partos de adolescentes.

---

<sup>6</sup> CAMPOS, Barbolo Paiva .*Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovem*. volume II (2002).

<sup>7</sup> Stanhope & Lancaster. *Enfermagem Comunitaria* (2000)

<sup>8</sup> Fonte: PNSR/DNS/MS

### 1.4.1-Conceito da Gravidez

“ (...) É condição fisiológica em que se encontra a mulher que concebeu e guarda no seu próprio organismo, o produto da concepção.”- *Bayer Health Care e Bayer Schering Pharna (2007)*.

Ainda segundo Bailey (1969:35) “ (...) A gravidez é um período de modificações emocionais e físicas durante o qual os vários sistemas do corpo são preparados para o papel que terão de desempenhar para sustentar, eventualmente, expelir o feto.”

### 1.4.2- Fisiologia da Gravidez

A gravidez é um período onde o organismo da mulher sofre várias alterações emocionais e físicas e que durante o qual os vários sistemas do corpo são preparados para sustentar o feto até ao seu nascimento.

Quando a fecundação se dá, há **alterações hormonais** e o primeiro sinal da gravidez é a amenorreia (ausência da menstruação) devido a hormona gonadotropina coriônica produzida pelo blasto quisto que provoca a persistência do corpo amarelo. É uma hormona que é excretada pelos rins e por essa razão é detectada numa gravindex (análise feita na urina da paciente). O corpo amarelo produz grandes quantidades de outras hormonas (progesterona e estrogénio) sendo a progesterona a hormona mais importante na gravidez porque ela provoca a proliferação da decídua uterina, que permite que o embrião se fixe e mantém o revestimento em boas condições de protecção durante a gravidez. Ela exerce um efeito relaxante sobre o músculo uterino evitando assim a irritabilidade do mesmo, impedindo-o de contrair e expelir o ovo fecundado. Outras glândulas endócrinas tais como a hipófise anterior, a tiroide e o córtex suprarrenal também são afectados. Devido ao aumento do tecido da tiroide, há um aumento do metabolismo e esta contribui para a oscilação do humor na grávida no início da gestação.

**O útero** é um órgão pequeno quando não grávido que mede 7,5cm de comprimento, 5cm de largura e 2,5cm de espessura. Ele aumenta com o desenvolver da gestação e no

final terá 30cm de comprimento, 22,5cm de largo e 20cm de fundo. Aumenta igualmente o peso inicial de 50g para 700g. Após o parto ele regressa gradualmente ao seu tamanho original.

Na **pele** pode aparecer estrias rosadas (estrias gravídicas) no abdómen, nádegas e seios que persistem mesmo depois do parto deixando cicatrizes brancas- prateadas. Outra alteração é devido a pigmentação por haver um aumento da hormona estimuladora de melanina da hipófise anterior que faz com que os mamilos, a linha alva, a vulva e as cicatrizes já existentes escurecem-se.

**Os seios** aumentam de volume.

**Sistema cardiovascular** - Devido ao desenvolvimento da gravidez, o útero, os seios e a placenta aumentam de volume e por conseguinte o volume de sangue aumenta cerca de 25% á partir de 12<sup>a</sup> semana para que possa haver uma maior irrigação sanguínea do corpo e isto tudo exige um esforço do coração que atinge o seu pico máximo cerca de 30<sup>a</sup>- 34<sup>a</sup> semana da gestação. Tudo isto faz com que haja uma ligeira hipertrofia do músculo cardíaco e por essa razão a pressão arterial é mais baixa na gravidez.

As **vias urinárias** aumentam a sua função excretora. O fluxo sanguíneo aumenta, o limiar para o açúcar diminui e como consequência pode haver uma glicosúria positiva (presença de glicose na urina) sem que haja presença de hiperglicemia (aumento de glicose no sangue).

Há um aumento do **peso corporal** devido ao aumento de tecidos e retenção de líquidos. A retenção de líquido pode ser responsável por mais 2000g.- 6000g., mas o peso total (6750) não deve aumentar depois da 24<sup>a</sup> semana da gravidez.

As **alterações emocionais** são marcadas na gravidez. Durante os primeiros 3 meses a gestante sofre oscilações de humor que poderá ir desde de risos de alegria num dado momento a lágrimas no seguinte. A gestante pode tornar-se irritável, difícil e ansiosa.

Durante toda a gestação, independentemente das reacções, a gestante necessita de amparo, atenção e amor por parte de todos especialmente o pessoal de saúde para que haja confiança e se sentirem a vontade para exprimir as suas inquietações.

### **1.4.3- Factores e Comportamentos de Risco que Propiciam a Gravidez na Adolescência:**

O início da puberdade e a menarca vem ocorrendo cada vez mais cedo, segundo Lima & Tocci (2001:62-66)<sup>9</sup>“ (...) A idade média da menarca das adolescentes vem apresentando queda, actualmente na faixa de 12,5 a 13 anos.” A iniciação da vida sexual tende a ser cada vez mais precoce. Neste contexto podemos referir o aspecto cultural de alguns países onde as filhas são entregues para casamento ainda em tenra idade e noutros países onde os pais permitem os adolescentes a namorar nas suas próprias residências. A falta de conhecimento de métodos anticonceptivos e o seu uso correcto, desconhecimento sobre a sexualidade, famílias com baixo rendimento económico, a baixa escolaridade, o abandono escolar, abuso sexual, prostituição e o uso de substâncias ilícitas e existe ainda aquelas que ficam grávidas intencionalmente para provar a sua feminilidade ou como meio para demonstrar a sua revolta em relação a família.

Existe por outro lado, características que são próprias dos adolescentes que são o “pensamento mágico”, a ideia que isso nunca vai acontecer comigo. Além disso, o adolescente tem uma vivência singular do tempo, caracterizado pela impulsividade, não preocupando com as consequências futuras dos actos realizados.

Nesta fase, o adolescente vive o amor como algo mágico acreditando que ninguém consegue amar como ele. As raparigas por possuírem esta forma de pensar acabam por entregar totalmente satisfazendo muitos “caprichos” dos companheiros (namorados) podendo estes serem bons ou maus. Outros procuram, através de vários parceiros e aventuras, uma resposta para relações sexuais insatisfatórias, as suas decepções amorosas ou até mesmo a sua depressão. Devido a essa forma peculiar de agir e pensar faz com que adoptem muitas vezes comportamentos de risco que constituem a maior ameaça para a sua saúde e bem-estar. Por esta razão diz-se que “ (...) Os factores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos.” Kaplan (1999 cit. in Simões, 2007:99).

---

<sup>9</sup> Lima, Luzia Soares & Tocci, Heloísa António. *Gravidez na Adolescência: Intercorrências e Prematuridade* (2001).



Ingra & Irwin (1996 cit. in Simões 2007:159) o termo risk taking (correr riscos) tem sido usado para ligar conceptualmente “(...) um conjunto de comportamentos prejudiciais a saúde nomeadamente o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução imprudente, comportamento homicida, desordens na alimentação e delinquência.”

Um dos comportamentos de risco mais problemáticos na adolescência é o consumo de substâncias ilícitas. O consumo do tabaco, álcool e drogas ilícitas são considerados factores primordiais que leva o adolescente a adoptar comportamentos de risco, “ (...) estando intoxicado, o adolescente envolve-se mais em actividades sexuais sem protecção, com maior exposição às Doenças Sexualmente Transmissíveis (...) e maior exposição á gravidez”. Pechansky (2004:16 cit. in Caçador e Antunes,<sup>10</sup>2012:15). As mulheres dadas a sua anatomia ginecológica são infetadas com mais facilidade do que os homens mas em contrapartida as DST por vezes são mais difíceis de detectar porque muitos cursam de uma forma assintomática.

#### **1.4.4- Consulta Pré-Natal**

A vigilância pré-natal é um componente de suma importância para a saúde preventiva. A gravidez é um estado fisiológico normal mas se não for bem cuidada pode trazer graves complicações tanto para a mãe como para a criança.

Os cuidados pré natais tem por objectivo zelar para melhores dos resultados na gravidez, dado que proporcionam uma avaliação precoce do risco e desenvolvem comportamentos saudáveis de forma a assegurar-lhes um parto sem complicações e um filho normal e saudável.

“ (...) A sua instituição resultou numa baixa dramática e continua das morbidades e mortalidade materna e fetal.” Caplan (1986: 181) Se estes cuidados são essenciais numa gravidez de uma adulta muito mais o são numa adolescente tendo em conta que o seu

---

<sup>10</sup> Caçador, João e Antunes, Suse Processo de Enfermagem Comunitário de Saúde Escolar (2012).

desenvolvimento físico e emocional ainda não atingiu um estágio de maturidade necessária para uma gestação harmónica e por isso são consideradas clientes obstétricos de alto risco apresentando um maior risco para a mãe e o bebé quanto mais jovens forem. Possuem poucos conhecimentos como auto cuidar-se e por isso iniciam os cuidados pré-natais tardiamente. Estas jovens muita vezes sozinhas estigmatizadas no núcleo de amigos e família têm muita dificuldade em cuidar do filho que trazem com elas, por isso que quanto mais jovens, maior deverá ser a atenção e vigilância por parte dos agentes de saúde em todas as vertentes porque de acordo com Boff (1999:139) “ (...) cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta acção de diálogo, eu-tu, seja, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amonização.”

As consultas são feitas nos centros de saúde reprodutiva espalhados pelo conselho de São Vicente. A gestante adolescente tem uma assistência multiprofissional, personalizada (não havia antigamente) e gratuita nos centros de saúde reprodutiva. Na primeira consulta o corpo de enfermagem faz uma anamnese da gestante que engloba: História social, clínica, familiar, menstrual, obstétrica e o cálculo da data provável do parto e faz pedido de análises laboratoriais. A gestante é também vista pelo obstetra.

Nos serviços de saúde reprodutiva existe um caderno da grávida, AISM (Atenção integral à Saúde da Mulher) do Ministério de Saúde de Cabo Verde. A implementação deste caderno contribui para a melhoria da qualidade da saúde materna e infantil, e também para uma melhor prevenção durante a vida reprodutiva da mulher.

Antes de 2005 os cuidados pré-natais e do planeamento familiar eram feitos separadamente. Havia um caderno para cada um e eram renovados a cada gravidez.

Este caderno foi introduzido em todo o território nacional pelo Ministério de Saúde em 19 de Outubro de 2005, para melhorar o serviço onde a cliente é vista numa forma holística e para evitar o extravio tanto por parte das utentes como também dos profissionais de saúde. O caderno da AISM é um documento que é utilizado para o seguimento de várias gravidezes e para o planeamento familiar. É um documento de leitura fácil e compreensão tanto para o pessoal de saúde como para o cliente que fica na posse do cliente e que poderá

ser apresentado a qualquer consulta. Dado a sua extrema importância, é conotado como “*bilhete de identidade de grávida*”.

Engloba várias informações, tais como:

Riscos sociais e comportamentais, Riscos biomédicos, O esqueleto, História obstétrica numa forma resumida, Imunologia duradora, Calendário da vacina anti- tetânica, O planeamento familiar, Dados da gravidez actual, Ultra-sonografia, Conselhos IEC (Educação Informação e Comunicação) no pré e pós- natal, incluindo o IEC da criança, Prevenção do cancro do colo uterino e mama e os seus temas IEC (Orientação CaCx- Citologia, IST, HIV/ SIDA, Sexualidade Responsável, Orientação Mamográfica, Aleitamento materno), Exame ginecológico.

Em cada consulta é apresentado um ou dois temas do IEC pela enfermeira da saúde materna. No verso do caderno explica-se a importância de guardar bem o caderno:

Quando for a qualquer consulta ou tiver que ser internada, quando for sexualmente activa: protege-se da Sida e IST. Usar camisinha (preservativo), quando não quiser ter mais filhos- ou quando quiser ter mais: Dirija-se á consulta de Planeamento Familiar.

Quando souber ou suspeitar de estar grávida: Dirija-se á consulta pré-natal mais cedo possível. Melhor nos primeiros 3 meses de gravidez. Não deixe passar muito tempo sem consultar.

Quando estiver grávida e tiver: Perda de sangue, dores de cabeça intensa, dor no estomago, ataques, dor no pé da barriga forte e perda de líquido, **Dirija-se sem demora, ao centro de saúde ou hospital mais próximo. Não perca tempo.** – *Mod: 201 Dr. Pitt (SV 2007)*

No período pré-natal, as gestantes face ao medo do desconhecido aceitam aconselhamentos por isso os profissionais de saúde devem aproveitar essa fase para estabelecer uma boa comunicação com elas para poder fazer chegar as mensagens em prol da sua saúde. A adolescente por vezes dado a sua inexperiência não consegue verbalizar todas as suas dúvidas mas tendo em conta que os conhecimentos dos dados sobre cuidados de saúde à adolescente grávida são extremamente importantes para que o enfermeiro possa antecipar outras complicações e para que isto aconteça os profissionais “ (...) tem de saber ouvir, tem de ser sensíveis á comunicação não-verbal, e encorajar os “doentes” a expressar os seus sentimentos de todas as formas.” Henderson (2007: 9)

A gestante dado seu estado físico, fica vulnerável e por conseguinte tem tendências para distúrbios emocionais. Bailey (1969) diz que “ (...) em todos os períodos de maiores

alterações hormonais há instabilidade emocional, e isto é muito marcado na gravidez.” Por este motivo o atendimento deve ser feito sem pressas, num ambiente que proporciona tranquilidade, entendimento e que nos permite expressar a nossa vontade em ajudá-las, estabelecendo uma relação de ajuda.“ (...) A relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda.” Challifour (2008: 293)

#### **1.4.4.1- Cuidados de Enfermagem nas Consultas Pré Natais**

Todos os seres humanos desde os tempos primórdios necessitam de cuidados porque são vulneráveis durante todo o seu ciclo vital. A adolescência em sua essência é um período conturbado derivado das múltiplas alterações que o adolescente sofre e será maior ainda quando este se ver acrescentado uma gravidez e isto leva-nos a dizer que é uma fase que carece de muitos cuidados. Não se pode falar dos cuidados de enfermagem, das necessidades da pessoa como doente sem estabelecer a relação com o conceito de saúde. Tendo em conta que a saúde não é só ausência de doença, sendo a saúde susceptível de várias abordagens. É através do cuidar que preserva-se a **saúde**, esta que venha a ser “ (...) característica principal da nossa vida, é um domínio de acção que diz respeito a todos nós”. Honoré (2002:18).

Pode-se dizer que o cuidado é um conceito de largo espectro devido que lhe pode ser atribuído diversos significados tais como: desvelo, solicitude, diligência, zelo e atenção. **O cuidado** é manifestado de diversas formas, na preservação do bem-estar da humanidade e depende de uma concepção ética que vê a vida como um bem de extremo valor. O cuidar também implica colocar-se no lugar do outro, para melhor entender a sua vivência.

Citando Collière (1999:235) diz que cuidar, é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

É através da nossa acção de enfermagem que cuidamos dos necessitados por isso pode-se dizer que **enfermagem**

É uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais ou de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significado física, psicocultural e social, para aqueles que estão assistidos. Leininger (1984: 4,5 cit. in Carvalho & Carvalho,<sup>11</sup>2006:3).

Sendo assim o **objectivo da enfermagem** está centrada no cuidado porque os cuidados básicos de enfermagem podem derivar das necessidades humanas para promover o bem-estar da humanidade. Cuidar em enfermagem implica conhecer-se melhor a si mesmo para melhor cuidar dos outros. A função própria da enfermagem segundo

Henderson (2007:3) é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E faze-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independente tão rápido quanto possível.

Segundo Doenges e Moorhouse (2010:1) A essência da enfermagem caracteriza-se pela protecção, promoção e optimização da saúde e das capacidades, prevenção da doença e lesões, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana e apoio aos cuidados dos indivíduos, das famílias e das populações.”

Os profissionais da saúde para melhor auxiliar as gestantes adolescentes terão de estar capacitados, isto é, munidos de conhecimentos para fazer face as múltiplas perguntas que elas e as famílias podem suscitar. Esses conhecimentos são competências adquiridas ao longo do exercício profissional. **As competências** representam “(...) um conjunto de saberes ligados a formação inicial e a experiencia proveniente da acção adquirida ao longo do tempo, de forma empírica, não sistematizada e que se manifesta em situações concretas de trabalho.” Dias (2005 cit. in Madeira e Lopes, 2007:54) e ainda de acordo com Phaneuf (2005:3) “ (...) a competência de enfermagem baseia-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa á escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de acção e empatia.”

---

<sup>11</sup> Carvalho, Amâncio António de Sousa & Carvalho. Educação Para a Saúde 2006

Nas consultas, o enfermeiro deve fazer um **diagnóstico de enfermagem** baseado na avaliação do real estado de saúde da adolescente, podendo ser individual ou familiar, possibilitando que o enfermeiro formaliza as suas opiniões e assim poder planear os cuidados a ser prestados.

Fazendo um **diagnóstico correctamente** possibilitará os profissionais de saúde a reconhecer e identificar os sinais de abuso sexual e se a gravidez é fruto de tal acto, que na maioria das vezes acontece dentro do seio familiar ou por uma pessoa próxima. Na maioria dos casos não são denunciados porque é cometido pelo próprio pai/padrasto que é a única fonte de sustento da família, por medo de sofrer agressões por parte do agressor ou vergonha da sociedade, omite o caso. O reconhecimento dos sinais de abuso sexual (gravidez, ou abortos de repetição, principalmente em adolescentes mais jovens, prostituição, IST e infecções do tracto urinário de repetição, medo de regressar a sua residência e fugas de lar) permite fazer denuncia e encaminhar a jovem e familiares a instituição de apoio a vítima. Ainda segundo a definição do, NANDA (2010 cit. in Carpenito, 1995:35) **um diagnóstico de enfermagem de risco** é “ (...) um julgamento clínico sobre a maior vulnerabilidade que um indivíduo, família ou comunidade apresenta para desenvolver um problema, comparando-se com outros em situações iguais ou similar.”

Existe um Decreto-lei de Violação Sexual em Cabo Verde que salvaguarda os direitos das vítimas. De acordo com Pillai (2008 cit. in Jardim & Magalhães, 2010:109) o abuso sexual, é definida como “ (...) prática de exploração sexual da criança, tendo em vista a gratificação sexual do abusador.” De uma forma resumida o Decreto-lei considera agressão sexual todos os actos realizados por meio de violência, ameaça ou aliciamento da pratica sexual no estrangeiro onde há aproveitamento corporal da vítima seja por penetração vaginal, anal etc, sem consentimento da vítima. Quanto menor for a idade da vítima e partes corporais envolvidas no acto, maior será a punição - **Decreto-lei em anexo**

Nas consultas pré-natais os enfermeiros devem aconselhar e explicar as gestantes adolescentes a importância de adoptar um estilo de vida saudável porque dada a sua idade pode haver imaturidade e mesmo sabendo da sua condição de gestantes continuam praticando actos que podem pôr em risco a sua gestação, tais como o álcool, cigarro e uso

de estupefacientes. Devemos ter respeito e cautela quando comunicar com essas grávidas porque devemos ter em conta que podem estar atravessando uma série de conflitos que as deixam vulneráveis.

Deve-se ainda fazer referência a importância de dormir bem, fazer exercícios físicos (caminhar), alimentar correctamente (ingerir alimentos ricos em ferro, fibra, ácido fólico etc.), usar vestuário confortáveis, abster-se de situações que causam stress porque pode levar a ter alterações físicas como taquicardia, aumento da pressão arterial (muito prejudicial na gravidez). Evitar ambientes onde há fumadores ou fumar porque “ (...) fumar durante a gravidez diminui a perfusão placentária e é a causa de baixo peso a nascença.” Behrman & Shiano, (2002 cit. in Lowdermilk e Perri, 2008:81) e de igual modo o álcool porque “ (...) o abuso do álcool durante a gravidez tem sido relacionado com restrição ao crescimento intrauterino, alterações da morfologia da face e problemas do desenvolvimento, especialmente atrasa mental.” Estace, Kang & Coombs (2003 cit. in Lowdermilk e Perri, 2008:81). Informar e explicar a importância do aleitamento materno, vantagens para mãe e para o recém-nascido e as técnicas de posicionamento de forma a proporcionar uma boa mamada.

Como profissionais do ramo deparamos no nosso dia-a-dia que as adolescentes carecem de uma melhor preparação física, emocional, psicológico para enfrentar o processo do parto. Dado que o parto “(...) é o processo pelo qual todos os seres vivíparos expulsam o fruto da gravidez para o meio exterior... mediante contracções peristálticas rítmicas, **acompanhadas de dores** e dilatação do canal de parto (colo uterino, orifício do útero e vaginal), terminando na saída da criança.” Botelho (1987:225 cit. in Couto, 2003:34).

É importante que saibam que o parto processa-se com dores (contracções uterinas) e que estes vão aumentando de intensidade consoante evolução do trabalho de parto e culminam com o nascimento do bebé, também que é um processo que leva um tempo a acontecer, cerca de 12 horas nas que parem pela primeira vez (primigestas). Neste contexto para além da monitorização materno-fetal o apoio psicológico dispensado á adolescente será importante porque ela estará vulnerável apresentando ansiosa e com medo. O

profissional de saúde tem de “ (...) quebrar a ansiedade natural da grávida e isso consegue-se através da empatia e simpatia....” Meirinho (2000:27 cit. in Couto, 2003:36) e “ (...) manter-se amável e disponível para responder todas as explicações pedidas pela mulher ou família.” Seguy (1984:51 cit. in Couto 2003:36). Dado que as gestantes adolescentes são clientes de alto risco poderá acontecer fatalidades que pode envolver tanto a mãe como o bebe. O enfermeiro terá de ser solidário com a adolescente e familiares proferindo palavras de conforto e esperança como nos diz Lange (1982:300 cit. in Pina, 2000:XXIII) “(...) A esperança é uma experiência humana complexa e universal, inerente á condição humana, em particular em períodos agudos de *stress* e de adaptação às mudanças de vida significativas e é essencial a mobilização de forças para o restabelecimento da saúde.”

Nos pós parto, deve-se informar que vão ter presença de lóquios que é uma descarga uterina via vaginal (líquido hemático/ seroso) que fica escasso após o 10º dia, frisar a importância da higiene corporal para prevenir infecções, informar da importância da consulta pós parto que se realiza 30 dia após o nascimento do filho, no centro de saúde reprodutiva mais próximo da sua zona de residência.

#### **1.4.5-Implicação da Gravidez na Adolescência para a Adolescente, Família e a Enfermagem**

##### **1.4.5.1 - Adolescente**

“ (...) O desenvolvimento da parentalidade e da vinculação é um processo complexo, que vai sendo edificado ao longo da gravidez e que contribui para a transição de papéis que o desempenho como cuidados implica para os pais.” Silva e Lopes (2008:13).

A gravidez precoce traz várias consequências “negativas” para a vida da adolescente. Ela é forçada a assumir o papel de adulto, a interromper os estudos, por vezes ser expulsa da casa dos pais ou familiares, traz também um afastamento do mundo dos jovens, já que as responsabilidades duma criança, aliados às dificuldades financeiras acabam por dificultar o envolvimento com os antigos grupos de jovens e transforma-as, inevitavelmente e bruscamente num meio-adulto. Algumas adolescentes têm de assumir sozinhas uma



gravidez e isto aumenta ainda mais as dificuldades de carácter financeiro e psicológico, para além das responsabilidades de uma nova vida intra-uterina numa etapa em que o seu próprio organismo não se encontra totalmente desenvolvido e como resultado desta situação, surge muitas vezes o abandono do filho, a entrega para adopção ou alguém da família.

#### **1.4.5.2- Família**

Uma gravidez no seio de uma família sempre traz alterações a essa família ainda mais quando se trata de uma adolescente. Segundo Lowdermilk & Perry (2008:22).

É uma das instituições mais importantes da sociedade, representando um grupo social fundamental que influencia e é influenciado por certas pessoas e instituições. Ela assume a maior responsabilidade na inclusão e socialização das crianças, transmitindo aos seus membros, o seu *background* cultural.

A família é também vista como um sistema e sendo assim ela rege por regras que determinam o seu funcionamento e portanto quando há uma mudança vivida por um membro trará mudança para todo o sistema. Essa gravidez poderá ser uma ameaça a estrutura familiar porque vem plantar discórdia no seio desta família. Pode gerar conflitos no seio familiar onde muitas vezes o pai culpabiliza a mãe pela falta de zelo para com a filha porque infelizmente ainda na sociedade Cabo-verdiana a mulher é o núcleo da família, quer o homem esteja fisicamente presente ou não e por conseguinte as responsabilidades com a educação e segurança nomeadamente da filha é inteiramente da mãe. A chegada de mais um membro na família vai alterar o orçamento familiar porque irá aumentar as despesas e de igual modo irá alterar a rotina familiar. Pode haver conflitos de papéis nomeadamente mãe/avó porque a mãe é quem vai cuidar maioritariamente da criança.

### **1.4.5.3- Enfermagem**

Cuidar de adolescentes grávidas é um grande desafio para enfermagem porque implica que os enfermeiros estejam capacitados a responder as demandas dessa classe. Como refere Boff “(...) cuidar, é mais do que um acto, é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e desenvolvimento afectivo com outro.”

Devem estar capacitados para auscultar, entender, dialogar e interagir com esse grupo, dado a sua idade e condição de grávida, exigem maiores cuidados. Para conseguirem essa proeza terão de adquirir competências que se vão edificando ao longo da sua vida profissional.

Os enfermeiros terão de esforçar para melhor saber lidar com as adolescentes/família, estarem actualizados para poderem responder as questões postas pelas adolescentes inclusive aquelas que não conseguem verbalizar. Terão ainda de conhecer a história familiar, a sua cultura para melhor perceber a vivência dessa família, saber escutar sem criticar, criar empatia com a adolescente e família para incentivá-los a falar abertamente dos seus problemas. É de suma importância criar na adolescente um autoconfiança e um amor-próprio no que se refere a alterações e modificações do seu corpo-fase a uma gravidez. Ingressar em cursos de licenciatura e especializações, em cabo verde já demos um passo em frente nas licenciaturas desde 2010, agora esperemos para especializações em áreas como a saúde pública, comunitária da família e obstétrico.

## CAPITULO II - CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE

Dia 26 de setembro foi instituída o dia mundial da prevenção da gravidez na adolescência. É uma iniciativa internacional que busca aumentar a conscientização e o conhecimento da contracepção e saúde reprodutiva.

Em Cabo Verde os cuidados primários (prevenção) e terciários (reabilitação) são da tutela da saúde pública. Ela visa o bem-estar, e a saúde da **população** numa forma *“macro”*. Ela incide na prevenção das epidemias e propagação da doença, protege contra riscos ambientais, promove e encoraja comportamentos saudáveis, da resposta a acidentes e assiste as comunidades na recuperação e assegura a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde. Stanhope & Lancaster (2000)

**O foco da Enfermagem Comunitária** “ (...) é o providenciar serviços á pessoas individuais e famílias individuais num contexto comunitário”. Williams (2000:25 cit. in Stanhope & Lancaster, 2000).

Podemos considerar que a nossa intervenção é comunitária porque lidamos com a comunidade e a família encontra-se inserida na comunidade. A nossa contribuição incidirá na educação para a saúde dado que ela é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...] produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilo de vida.

A abertura de grupos de discussão sobre a sexualidade, facilita a abordagem de temas como a prevenção da gravidez e suas consequências de forma a leva-las a uma reflexão e para que possam viver o processo adolecer com responsabilidade e perspectiva para o futuro melhor.

Os objectivos principais do enfermeiro comunitário são apresentados como “ (...) a preservação e melhoria da saúde de uma comunidade.” Ana (1980:25 cit. in Stanhope &

Lancaster, 2000). Para que isso aconteça é necessário atribuir a comunidade autonomia para agir em prol da melhoria da sua saúde e isso poderá ser conseguido através do empoderamento comunitário que é descrita como “ (...) um processo através do qual as comunidades (e os indivíduos que a ela pertencem) ganham mais controlo, enquanto a capacidade se apresenta como os domínios ou predicados específicos através dos quais é exercido esse controlo” Laverack (2004:16).

Dado a pertinência deste tema, mesmo não havendo uma enfermagem de família a nossa intervenção deve centrar na família porque é nela que os adolescentes adquirem os valores e normas de conduta que lhes permite dar resposta às responsabilidades e obrigações sociais.

**Família** é um sistema constituído por membros, unidos por laços de sangue, mas também por laços afectivos, que coabitam no mesmo espaço.

É importante que os enfermeiros comunitários compreendam a família e os seus **papéis** que desempenham dentro do sistema familiar porque deste modo possam proporcionar as famílias conhecimentos importantes de como proceder dentro do sistema, na comunidade e sociedade. Tendo em conta que todos os papéis desempenhados no seio familiar são relacionados entre si e quando um não cumprir, logo haverá um “conflicto de papeis”.

A **enfermagem de família** é vista em várias vertentes e pelo facto do sistema familiar se encontrar implantado dentro dum sistema comunitário mais vasto ela pode ser vista como uma das muitas instituições dentro da sociedade, semelhante as instituições de saúde, religiosos ou económicas.

A enfermagem de família desempenha vários **papéis na sociedade** tais como:

**Educador de saúde** (quando ensina sobre cuidados de saúde/doença); **Coordenador, colaborador e intermediário** (coordena os cuidados que uma família recebe); **Executante, supervisor de cuidados** (supervisiona os cuidados recebidos pelas famílias em locais de saúde diversos); **Advogado** (o enfermeiro é a voz defensora da família no que tange ao seu bem estar); **Consultor; Conselheiro** (ajuda na resolução de problemas familiar); **Detector de casos e epidemiologista** (detecta surtos epidemiológicos);

**Modificador do ambiente** (altera o ambiente físico no lar para melhor adaptação dos inválidos; **Explicador e interprete**; **Substituto** (na ausência de um membro, ele cumpre o seu papel); **Investigador** (faz investigação científica); **Modelo de identificação** (as suas boas práticas serão modelos para outros seguidores); **Supervisor de processos** (pode ser responsável por uma determinada área de saúde). Hanson (2005).

Enquanto aguardamos por uma política nacional de saúde na área da enfermagem da família, não podemos ficar parados, a nossa contribuição como enfermeiros vai ser nas consultas enfermagem no planeamento familiar.

## **2.2-Consulta de Planeamento Familiar/ Adolescentes**

O planeamento familiar é uma decisão consciente tomada pela mulher de quando engravidar, ou evitar uma gravidez durante o período (idade) fértil. Lowdermilk & Perry (2008)

Adolescência é considerada uma etapa do ciclo vital onde começa o despertar dos desejos sexuais e é nessa altura que a adolescente experimente a sua primeira relação sexual.

### **2.2.1- Factores que Propiciam a Contraceção na Adolescência**

Adolescente que pretendem iniciar a sua vida sexual, os estudantes, sem independência económica, falta de estabilidade emocional na sua relação amorosa, como meio para espaçar as gravidezes, e as que vivem com os pais.

### 2.2.2-Métodos Contraceptivos

A contracepção é uma forma de impedir a gravidez não desejada e as ISTs. Ao fazer escolha do método que lhe agrada, o adolescente está cuidando de si mesmo e da sua saúde, está programando o seu futuro e com isto está praticando uma ação de saúde conforme diz Honoré (2002:86) “ (...) Accção de saúde é o que faz um indivíduo para mudar os hábitos, modificar os seus comportamentos, tomar conta de si.”

As informações sobre o planeamento familiar e os contraceptivos em baixo transcritos são oferecidos e distribuídos de uma forma gratuita nos vários centros de saúde reprodutiva. A consulta é confidencial. Para além dos centros estatais, existe os consultórios privados e uma ONG.

(organização não governamental) Verde FAM. Nos locais mais distantes do Mindelo, a equipa móvel do centro da Saúde Reprodutiva desloca a essas localidades mensalmente.

O atendimento das adolescentes no centro de saúde da Ribeirinha é feita num horário previamente programado para evitar a sua exposição dado que no horário normal há um aglomerado de pessoas, tornando um facto que pode impedir a adolescente de aderir ao planeamento familiar com receio de ser reconhecida e denunciada por pessoas conhecidas da família, porque a maioria das adolescentes o fazem escondida dos pais, tendo como consequência uma gravidez indesejada que por vezes induz a adolescente a praticar o aborto como “método anticoncepcional.”

## Quadro I- Métodos Anticoncepcionais

Métodos Hormonais		Métodos de barreira		Outros Métodos	
<p>É importante que o médico ou enfermeiro da saúde reprodutiva conheça a história clínica antes de indicar qualquer contraceptivo hormonal, uma vez que algumas formas não são adequadas a mulheres em determinadas condições como por ex., as fumadoras.</p> <p>-Pilulas Hormonais Combinadas (estrogénio e progesterona).</p> <p>-Norplant – é uma pequena capsula de plástico contendo um reservatório de progestagénio que é inserida na parte superior do braço através de uma microcirurgia realizada por um médico ou enfermeiro especializado.</p> <p>-Injeção Hormonal (depoprovera)</p>		<p>Os métodos de barreira actuam impedindo espermatozoides de entrar no útero.</p> <p>-DIU (dispositivo intra uterino) – é um pequeno dispositivo de plástico e cobre, geralmente em forma de T, que é colocado na cavidade uterina por um médico (nos países é colocado por enfermeiros previamente formado).</p> <p>-Preservativo masculino e feminino (muito importantes na prevenção dos IST, nomeadamente do vírus do HIV).</p> <p>-Creme Espermicida.</p>		<p>-Planeamento Familiar Natural</p> <p>-Coito Interrompido</p> <p>Esses dois métodos a cima referidos não são aconselháveis aos adolescentes por que oferecem pouca segurança.</p> <p>-Esterilização Feminina – é um procedimento cirúrgico que bloqueia as trompas de Falópio e, assim o óvulo não consegue deslocar ao encontro do espermatozoide. Em Cabo Verde o procedimento é feito no hospital podendo ser planeada, logo nos pós parto imediato ou 45 dias pós parto.</p> <p>-Esterilização masculina – é um método cirúrgico que bloqueia os canais que transportam o espermatozoide, pelo que, o homem continua a poder ejacular, mas não existem espermatozoides. A operação cirúrgica afecta somente a função reprodutiva e não interfere com a libido ou na capacidade de manter relações sexuais. Os homens no nosso país pelo “o espírito machista” que possuem não lhes permitem aderir a este método.</p>	
Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>- São a forma mais segura de proteção contra uma gravidez indesejada.</li> <li>- São uma forma reversível de contraceção; a mulher pode ficar grávida assim que interrompe a sua utilização.</li> <li>- Fácil de utilizar.</li> <li>- Benefícios de saúde adicionais, por ex., melhoria da pele e do cabelo, períodos menos abundantes e mais curtos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não protegem contra o IST, pelo que deve também ser utilizado um preservativo.</li> <li>- Algumas mulheres sentem efeitos secundários – as causas desses sintomas devem ser estudadas, uma vez que pode existir um outro método de contraceção hormonal que seja mais adequado para si.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São uma opção para as mulheres que não querem utilizar contraceção hormonal.</li> <li>- O preservativo é a única forma de contraceção que oferece proteção contra IST se (uso correcto).</li> <li>- Protegem contra a gravidez indesejada sem actuarem no ciclo hormonal e fertilidade natural, não existindo efeitos secundários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podem interferir na espontaneidade, sensação e prazer.</li> <li>- São menos seguros que os métodos hormonais na prevenção de uma gravidez indesejada.</li> <li>- Podem necessitar de prática até serem utilizados correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Período menstrual será semelhante ao anterior à esterilização</li> <li>Relações sexuais despreocupadas com relação a gravidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Não protegem contra IST</li> <li>-Ter que passar por uma cirurgia onde tem que enfrentar possíveis complicações causadas pela anestesia, infecção, hematoma, epididimite (homens) hemorragia e lesão de outros órgãos.</li> <li>- Pode sentir dor durante a ovulação.</li> </ul>

### **2.2.3-Aborto legal ou IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez)**

È um aborto considerado legal desde que este esteja em conformidade com a lei vigente do país, executado por um profissional médico. Em Cabo Verde é feita nos hospitais pagando uma modéstia quantia de 2000\$00 escudos após assinar um documento de consentimento livre e esclarecido. Este documento atesta que a pessoa fora informada sobre o procedimento a ser executado e os possíveis riscos que poderão advir, desde complicações com a anestesia como também dos traumas cirúrgicos. O Ministério de saúde adoptou medida de baixar o custo para evitar casos de abortos clandestinos diminuindo assim a morbilidade e a mortalidade no país.

**Decreto-lei de Aborto** - Em Cabo Verde, a nossa constituição permite a lei da Interrupção Voluntária da gravidez (IVG). Esta deverá ser feita até as primeiras doze semanas de gestação, em instituições de saúde tendo a necessária capacidade técnica para o efeito, realizado por médicos especialistas em obstetrícia ou ginecologia ou por médicos que embora não sejam especialistas no amo, sejam considerados aptos para praticá-la por despacho do director geral da saúde. A gestante deve formalizar o pedido de IVG preenchendo um impresso próprio despachado pelo director do hospital/ centro de saúde. No caso de uma adolescente menor de 18 anos deverá apresentar um termo de responsabilidade do encarregado de educação. – **Em anexo Decreto-lei do Aborto vigente em Cabo Verde**

**Aborto ilegal**- aborto que é feito por qualquer pessoa que não está autorizado de acordo com a lei do país. Ele acarreta consigo um elevado risco de sepses ou hemorragia assim como de outros traumatismos.

Fizemos referência a este tipo de aborto porque como sabemos as adolescentes quando estão em apuros, no caso de contraírem uma gravidez indesejada fazem qualquer coisa para por termo a essa gravidez e isso pode levá-las a sofrer com um aborto séptico que poderá ter uma repercussão nefasta nas suas vidas. Actualmente em Cabo Verde há uma venda ilegal de medicamento com efeito abortivo e as adolescentes compram esses medicamentos e automedicam-se.



## 2.2.4-Infecções Sexualmente Transmissíveis

Segundo a estatística da Delegacia de Saúde de São Vicente referente ao ano 2011 foi apurada:

- Faixa etária de 5 a 14 anos - 28 adolescentes;
- Faixa etária de 15 a 24 anos - 557 adolescentes;

As adolescentes têm uma alta taxa de dificuldade com relação a habilidade de usar preservativo correctamente e este método de barreira é muito importante porque não previne somente a gravidez mas também as infecções sexualmente transmissíveis.

Outras consequências que podem advir de relações sexuais desprotegidas após comportamentos de riscos são IST. Segundo Potter (2003:525 cit. in Caçador &Antunes, 2012:16) “ (...) uma doença sexualmente transmissível é um processo infeccioso que se transmite através do contacto sexual; isto inclui actividade sexual oral, genital ou anal.” Actualmente os IST são epidémicas, com maior prevalência entre os adolescentes e os jovens adultos.

A adolescente grávida tem um alto potencial em adquirir um IST pelo facto de não utilizar um preservativo, e se utilizarem não o façam de forma correcta. As ISTs podem contribuir para a infertilidade, cancro e gravidezes ectópicas e no caso das gestantes pode causar ruptura prematura das membranas, trabalho de parto prematuro e infecções pós-natal causadas por vírus, bactérias e outros.

**Quadro II:** Descrição das Infecções Sexualmente Transmissíveis

<b>ISTs</b>	<b>Vias de Transmissão</b>	<b>Tempo de incubação</b>	<b>Sinais e Sintomas</b>	<b>Consequências do não tratamento</b>
<b>Sífilis</b>	Relações sexuais não protegidas; Da mãe grávida infectada para o filho; Contacto com sangue infectado.	15 a 18 dias após contaminação	Feridas nos órgãos genitais; Manchas nas palmas da mão e dos pés	Cegueira, surdez; Doença cerebral e/ou cardíaca; Morte
<b>Gonorreia</b>	Relações sexuais não protegidas.	2 a 5 dias após contaminação	Ardor ao urinar; corrimento com pus; No homem os sinais e sintomas são mais intensos.	Esterilidade; Meningite; Artrite; Doença cardíaca; Conjuntivite no recém-nascido
<b>Candidíase</b>	Relações sexuais não protegidas; Condições precárias de higiene íntima.	Até 5 semanas após contaminação	Corrimento branco, sem cheiro; Vermelhidão, ardor e coceira nos órgãos genitais.	Infecção genital crónica.
<b>Herpes genital</b>	Relações sexuais não protegidas.	2 a 20 dias após contaminação	Pequenas bolhas nos órgãos genitais; Ardor, coceira e dor nos órgãos genitais.	Aumento de recorrência dos sinais e sintomas
<b>Tricomoníase</b>	Relações sexuais não protegidas.	1 a 4 semanas após contaminação	Corrimento amarelo-esverdeado, com mau cheiro; Dor no acto sexual; Dificuldade em urinar.	Infecção crónica genito-urinária.
<b>Condilomatose</b>	Relações sexuais não protegidas.	15 dias a 8 meses após contaminação	Verrugas nos órgãos genitais.	Infecção crónica genito-urinária; Obstrução do canal de parto, Cancro do colo do útero.
<b>Hepatite B</b>	Relações sexuais não protegidas; Contacto com sangue, suor ou saliva da pessoa infectada; De mãe grávida para o filho.	6 a 7 meses após contaminação	Mal-estar geral; perda de apetite; Cansaço; Urina escura.	Cirrose hepática; Cancro do fígado; Morte.
<b>VIH/SIDA</b>	Relações sexuais não protegidas; De mãe para filho, durante a gravidez, parto e aleitamento; Contacto com líquidos corporais contaminados.	Meses até anos após contaminação	Febre, suores nocturnos, tosse seca, manchas na pele; Grande perda de peso, cansaço permanente.	Morte por infecções oportunistas.

Dado a importância do preservativo achamos bem ilustrar a sua correcta forma de utilização (colocação).

### Imagem de colocação do preservativo Masculino e do preservativo Feminino



- Abra a embalagem com cuidado - nunca com os dentes - para não furar a camisinha
- Coloque a camisinha somente quando o pênis estiver ereto



- Desenrole a camisinha até a base do pênis, mas antes aperte a ponta para retirar o ar.
- Só use lubrificante à base de água. Evite vaselina e outros lubrificantes à base de óleo.



- Após a ejaculação, retire a camisinha com o pênis duro. Fechando com a mão a abertura para evitar que o esperma vaze da camisinha



- Dê um nó no meio da camisinha e jogue-a no lixo. Nunca use a camisinha mais de uma vez. Usar a camisinha duas vezes não previne contra doenças e gravidez.



- Encontre uma posição confortável para você - pode ser em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada;
- Segure a camisinha com o anel externo pendurado para baixo;



- Aperte o anel interno e introduza na vagina;
- Com o dedo indicador, empurre a camisinha o mais fundo possível (a camisinha deve cobrir o colo do útero);



- O anel externo deve ficar uns 3 cm para fora da vagina - não estranhe, pois essa parte que fica para fora serve para aumentar a proteção (durante a penetração, pênis e vagina se alargam e então a camisinha se ajusta melhor);



- Até que você e o seu parceiro tenham segurança, guie o pênis dela com a sua mão para dentro da sua vagina.

Fonte: [www.londrina.pr.gov.br/index.php?](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?)

## **CAPÍTULO III - INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS QUE APOIAM OS ADOLESCENTES EM SÃO VICENTE**

### **3.1. ICCA (Instituição Cabo-verdiana da Criança e Adolescentes)**

È uma instituição governamental com parceria com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para as Crianças) criada em 2006. È uma instituição que trabalha com crianças com idade compreendida entre os 0 aos 18 anos. Possui a sua sede na Praia ilha de Santiago e delegações nas outras ilhas. A delegação da ICCA em Mindelo, ilha de S. Vicente, com o trabalho prático dá atendimento a todas crianças, estruturadas com os seguintes programas: programa do serviço social, de emergência infantil, em ambiente aberto em que trabalha com crianças de rua e na rua, de atendimento e apoio psicossocial e projecto de pesquisa. Os casos de violação sexual, os adolescentes após a peritagem jurídica são encaminhados ao centro onde recebem apoio dos parceiros do centro de vária ordem, nomeadamente apoio psicológico, médica e jurídico. Podem permanecer na instituição por um período que vai desde os 6 meses a 2anos nos casos especiais.

### **3.2. Gabinete de Apoio á Vítima**

È um serviço prestado a sociedade com o propósito de apoiar-la na defesa dos seus direitos.

### **3.3. O Ministério da Educação**

Pode também ser considerado uma instituição que apoia os adolescentes nomeadamente as grávidas porque envolvem os pais na tomada de decisão sobre a permanência ou não das suas filhas nas escolas. Segundo um circular enviado às escolas que diz: *Tratando-se simplesmente de uma orientação (das Alunas Grávidas), não tem força de uma legislação, sendo assim deve-se unicamente orienta-las para aquilo que se*

*pensa ser melhor (anular a matrícula para retomar depois os estudos sem prejuízo nas condições de acesso e permanência). Caso os encarregados de educação não acolherem esta orientação não se pode expulsar as alunas, tendo em consideração que têm direito á educação e que perante o Decreto que regula a condição de acesso e permanência encontram-se legalmente na escola. Será caso de os encarregados de educação assumirem, mediante um termo de responsabilidade, todas as consequências daí advenientes.*

## CAPÍTULO IV - METODOLOGIA

Nas pesquisas sociológicas “ (...) a metodologia refere-se a práticas e técnicas usadas para reunir, processar e interpretar informações que podem ser usadas para testar ideias e teorias sobre a vida social. Johnson (1995:147).

Para elaboração do trabalho convém sempre fazer uma revisão exaustiva da bibliografia de forma a extrair os principais conceitos e a teoria que melhor se adequa ao que se pretende estudar.

Neste capítulo pretendemos descrever os procedimentos metodológicos utilizados para esta investigação e a definição dos métodos estatísticos utilizados na recolha e na produção dos dados.

Numa primeira fase metodológica, recorreu-se ao método descritivo de pesquisas bibliográficas recorrendo-se a livros, documentos técnicos, revistas científicas, teses, para uma revisão da literatura existente sobre o assunto em questão, com o objectivo de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre o tema e o problema em estudo.

Este estudo é de abordagem qualitativa, utilizando um método exploratório descritivo, pois a investigação qualitativa parte do fundamento de que existe um vínculo dinâmico. A metodologia qualitativa descreve a complexidade de determinados problemas a analisar, a interacção de certos variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Realizou-se uma revisão de literatura, no motor de busca EBSCO, a partir do qual tivemos acesso aos seguintes bases dados: Cinhal e Cochrane Data Base Systematic Review. Utilizando as palavras-chave: adolescência AND gravidez AND enfermagem AND adolescente, obtivemos como resultado 20000 artigos da qual foi seleccionado apenas alguns, tendo como critério de inclusão os artigos que abordavam os nossos objectivos pretendidos. Este estudo é de cariz descritivo e exploratório, dado que pretende recolher, analisar e interpretar os dados obtidos e deles tirar as conclusões necessárias.

Por ser uma análise aprofundada, para a recolha de dados utilizamos o inquérito por questionário, permitindo assim a utilização tanto do método quantitativo como qualitativo respectivamente. Para o tratamento dos dados (questionário), utilizamos o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e o Excel.

Cumpre-nos sublinhar que o presente trabalho ficará marcado por três momentos que são, em simultâneo, distintos e complementares:

- No primeiro momento incidimos sobre a pesquisa bibliográfica e de outros documentos que, efectivamente, nos serviram como âncoras da temática em estudo.
- O segundo momento diz respeito à recolha dos dados com o recurso a aplicação dos questionários.
- O terceiro e último momento são sem dúvida dedicados ao tratamento e análise dos dados recolhidos.

Para este estudo, o universo inquirido, ou seja, a nossa amostra, incidiu nos adolescentes da zona de Ribeirinha que tiveram partos no Hospital Baptista de Sousa (HBS) nos anos de 2011 e 2012. Optou-se pela escolha dos adolescentes da zona de Ribeirinha, por ser a zona com o maior número de casos (gráfico 1) em apêndice. Estes dados foram obtidos através do livro de registos de partos da maternidade do HBS, com consentimento do director do serviço.

Foram inquiridas 26 adolescentes mães que tiveram partos no ano 2011/2012, no HBS, numa faixa etária compreendida entre os 12 anos aos 19 anos.

Para efeito a colheita de dados foi utilizado um questionário fechado. O inquérito por questionário consiste na aplicação de um questionário a uma população que se pretende estudar e analisar estatisticamente, de forma a encontrar padrões de regularidade

Os inquéritos decorreram num período de (10 a 17 de Janeiro de 2012) e foram feitos porta a porta após o contactado prévio feito por via telefónica, posteriormente esses dados foram tratados com recurso ao programa informático SPSS 17.0

Foi solicitado um consentimento prévio por parte das adolescentes envolvidas através de um documento de consentimento informado que lhes foram atribuídas para tomarem conhecimento do propósito da nossa investigação e as suas assinaturas (nomes). Esta atitude prende-se pelo facto de querermos salvaguardar a nossa intervenção e a confidencialidade dos dados para que não haja conflitos posteriores em relação as informações colhidas.



## **CAPÍTULO V- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 - Caracterização da Zona em Estudo “Ribeirinha”**

Ribeirinha é uma zona predominantemente urbana com influências de cultura rural devido á imigração para essa zona de pessoas naturais de zonas rurais de Santo Antão. É uma zona com um certo índice de delinquência porque houve uma deslocação de jovens de uma comunidade (Ilha de Madeira) onde predominava muita delinquência. Fica situada nos arredores da cidade do Mindelo, é considerada uma das zonas mais extensa de São Vicente. Possui duas escolas de EBI (ensino básico integrada), um centro de saúde que funciona de segunda á sexta-feira das 8 ás 18 horas com uma equipe constituída por enfermeiros e médicos, um lar de idosos da cruz vermelha e é onde fica situada a segunda maior cadeia civil de Cabo Verde. As suas condições socioeconómicas são desfavoráveis, o que pode favorecer um aumento da gravidez na adolescência.

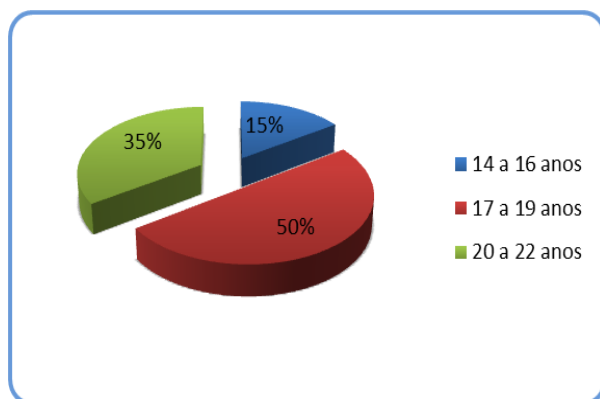


### **5.2 - Caracterização Sociodemográfico das Adolescentes**

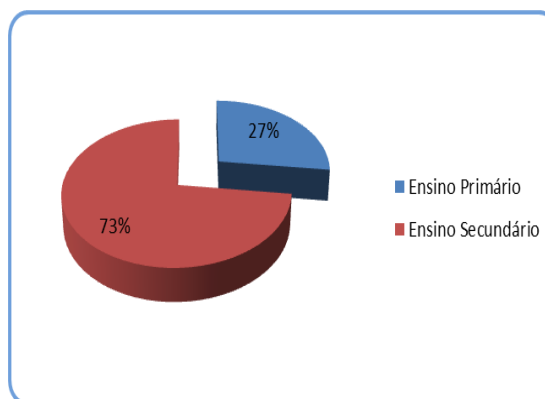
Fazem parte desta análise, a idade, as habilitações literárias e a nacionalidade dos inquiridos. Fez-se um inquérito a 26 (vinte e seis) adolescentes mães, todas de nacionalidade cabo-verdiana das quais 17 (65%) são mães adolescentes e 9 (35%) já ultrapassaram os 19 anos considerados pela OMS como mãe adolescente, à data do inquérito. De factos à data da gravidez todas se encontravam dentro da faixa etária definida para mãe adolescente.

O retracto demográfico dos adolescentes inquiridos, conforme demonstra os gráficos permitiu -nos fazer as seguintes análises:

**Gráfico 1 - Idade**



**Gráfico 2 - Grau Escolaridade**



A faixa etária onde a frequência da gravidez na adolescência é mais significativa ocorre entre os 17 e 19 anos, com um total de 50% dos casos (Gráfico 1). Também procuramos identificar as habilitações literárias, das 26 adolescentes há uma maioria significativa, isto é 73% possuem o ensino secundário, e 27% possuem o ensino primário conforme o gráfico 2.

Os dados acima apresentados são reveladores de que o fenómeno da gravidez na adolescência é uma questão de relevo que merece atenção e tratamento pela sociedade. Tal observação ganha mais relevância se forem observados os dados globais do país com elevadas taxas de casos em diversos municípios. Comparativamente S. Vicente não está mal no conjunto, ao se situar junto à média nacional, em 2009 e abaixo dessas mesmas médias para os anos 2010 e 2011.<sup>12</sup>

O nível de escolaridade pode representar um factor de controlo da gravidez na adolescência. Curiosamente 73% das entrevistadas possuem o nível secundário, contra 27% com o ensino primário (Gráfico 2).

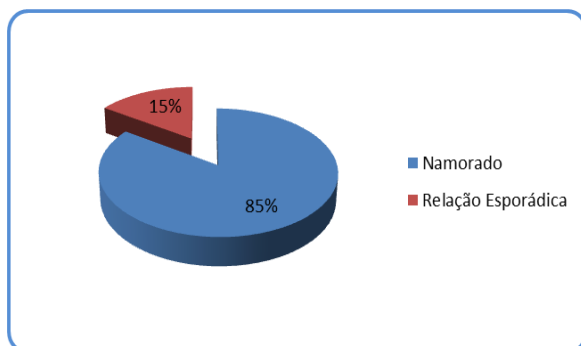
Uma outra faceta da relação entre escolaridade e gravidez na adolescência é a que

<sup>12</sup> [www.minsaude.gov.cv/index.php/.../doc.../218-relatorio-estatistico-2010](http://www.minsaude.gov.cv/index.php/.../doc.../218-relatorio-estatistico-2010)

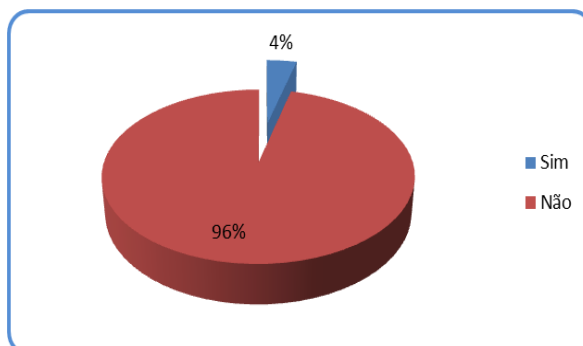
aponta significativas influências do nível de escolaridade na ocorrência desse tipo de gravidez. Henriques e colaboradores (1989) apresentam evidências de que a menor escolaridade é uma característica geral das adolescentes que tiveram filho, independentemente de seu nível de renda ou sua residência (áreas urbanas ou rurais).

Convém realçar que os dados acima não nos levam a conclusão que as mais habilitadas têm maior propensão à gravidez. Com efeito tal acontece atendendo que o nível geral de escolaridade dos adolescentes inquiridos não é baixo o que nos levaria a estudar outros factores entre elas o ambiente familiar das mães adolescentes. O ambiente familiar é extremamente importante na vida sexual de uma jovem, pois grande parte dos casos de gravidez na adolescência ocorre em residências onde os pais se comportam com imaturidade e pouca responsabilidade, deixando que os filhos conduzam a vida sem limites e sem orientações adequadas.

**Gráfico 3 – Com quem**



**Gráfico 4 – Mudanças de parceiro com frequência?**

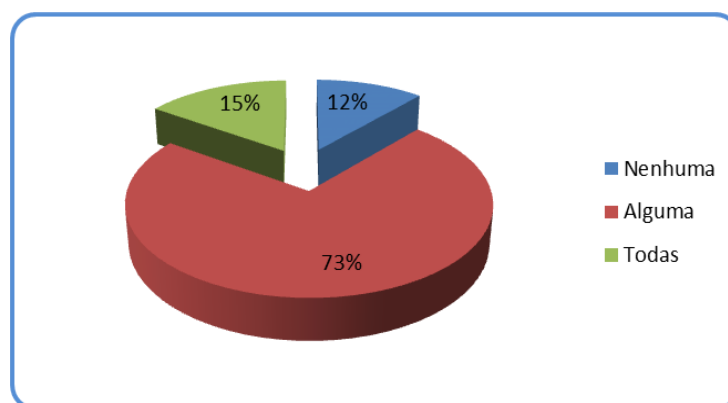


Ao questionar os adolescentes de quem estavam grávidas, (a maioria 85%) responderam que estavam grávida do namorado e os restantes 15% ficaram grávidas de uma relação esporádica. Também elas foram questionadas se mudam de parceiros com frequência e como se podem ver no gráfico 4 a maioria cerca de 96% responderam que não mudam de parceiro com frequência. Aqui o objectivo era analisar se a mudança de parceiro com frequência influencia ou não na gravidez precoce, mas como podem ver nos gráficos (3 e 4) a maioria não muda de parceiro com frequência neste caso não podemos afirmar se a mudança de parceiro com frequência é um dos factores da gravidez na adolescência.

Mas podemos afirmar que há muitos casos em que a menina, para atrair sobre si a atenção ou o afecto da família e dos amigos, ou para segurar o namorado, engravidava. Ora, aqui gostaríamos de realçar que as carências afectivas devem ser consideradas seriamente quando se trata da gravidez na adolescência.

### 5.3. Nível de Informação Sobre Métodos Anticoncepcional.

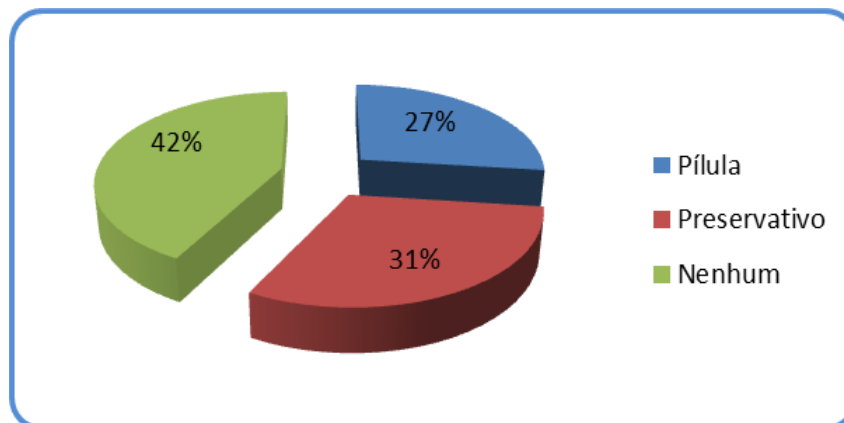
**Gráfico 5 –** Que informações têm sobre contracepção



As adolescentes não se revelaram muito informadas quanto aos métodos contraceptivos, uma vez que 12% diz não ter nenhum conhecimento dos métodos, 73% diz conhecer algum e apenas 15% se considera informada. Tais resultados sugerem que ainda existe espaço para melhorar os canais de informação existentes no domínio da educação sexual. Aqui, destaca-se a importância da participação do profissional enfermeiro na educação sexual da adolescente, uma vez que o conhecimento que elas detêm, em relação à sexualidade e aos métodos contraceptivos, é limitado, sendo possível fazer a leitura de uma visão superficial de como evitar a gravidez. É possível que esses conhecimentos estejam sendo transmitidos de forma simplificada e elas “sabem” que a “camisinha e o anticoncepcional” previnem, mas não entendem o mecanismo. Santos e Silva (2000) dizem que é preciso vencer preconceitos, entender que as adolescentes vivem em uma fase de experimentações, que podem ter uma actividade sexual e é função do enfermeiro entender não só o ato sexual mas todo o processo da adolescência, porque a sexualidade faz parte da vida, e a adolescente tem necessidade de receber a orientação para não se sentir

desamparada no início de sua actividade sexual.

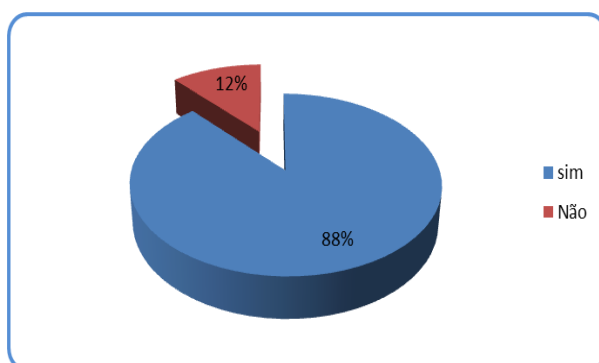
**Gráfico 6** – Que método utilizava para não engravidar?



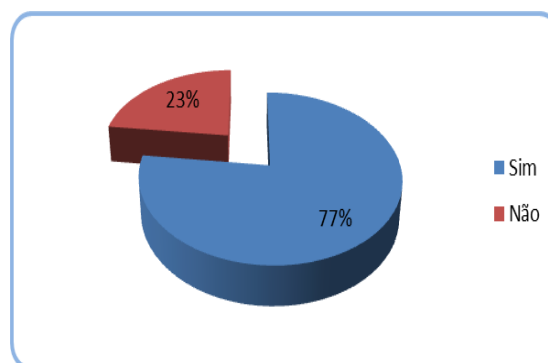
Questionados sobre que métodos utilizam para não engravidar, 42% uma taxa que consideramos bastante elevada dos que responderam a esta questão não utilizam nenhum método, 8 (30%) responderam que utiliza o preservativo e (27%) utilizam a pílula (Gráfico 6).

Dentro de um contexto mais amplo, para tentar entender porque os jovens, mesmo tendo algum conhecimento de métodos anticoncepcionais, eles não utilizam. Era de esperar um maior nível de adoção desses métodos, o que na prática não se verificou, o que demonstra uma falta de coerência entre os conhecimentos e a prática. Essa constatação reforça a ideia anterior da necessidade de um reforço e talvez de uma reanálise aos canais e métodos de divulgação dos conhecimentos aos jovens.

**Gráfico 7** – Sabes onde obter informações e apoio na contracepção



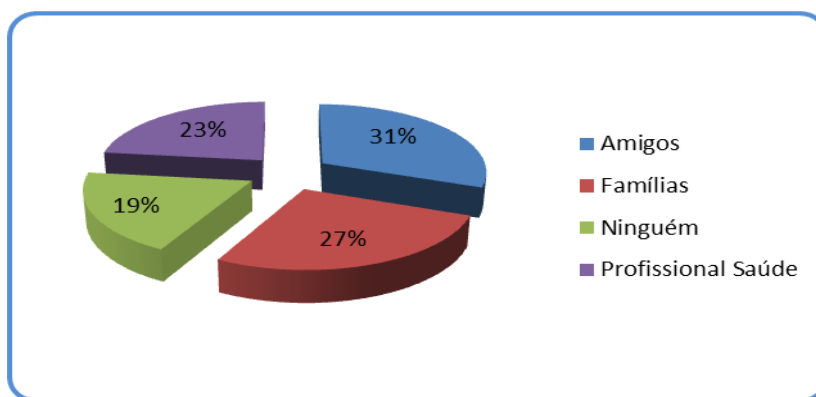
**Gráfico 8** – Sabes o que significa IST



É relevante o facto de que 88% da amostra sabe onde obter informações e apoio na contraceção (Gráfico7). O cruzamento deste dado com o anterior, leva à conclusão que apesar de algumas jovens terem informação, optam por não utilizar meios contraceptivos.

O nível de informação é também avaliado como de satisfatório, com o facto de 77% das inquiridas saberem o que significa infecções sexualmente transmitidas (Gráfico8). O nível de confiança da resposta não foi confirmado de modo satisfatório visto que pouco foram as exemplificações das infecções que conhecem, identificando basicamente a SIDA, talvez pelo facto de ser uma doença muito divulgada dado a sua gravidade. É um facto que 23 % de desconhecimento destas infecções pode ser considerado um factor de risco.

**Gráfico 9** – Quando tem dúvida com que as esclarece



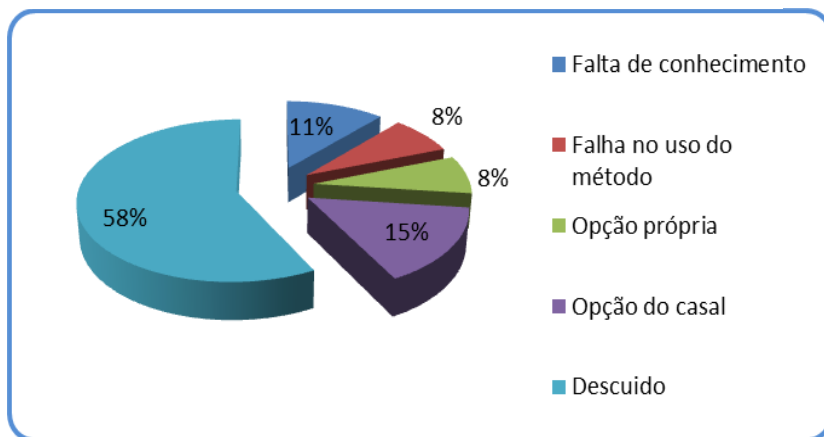
As fontes de informação e de esclarecimento de dúvidas das inquiridas revelaram uma dispersão e repartição demasiado equitativa entre as fontes, o que põe em dúvida a qualidade da informação recebida (Gráfico 9).

As principais fontes identificadas foram amigos, família, profissionais de saúde e auto informação, praticamente todas com igual peso. Será desejável alterar este quadro de modo a que os profissionais de saúde e a família tenham uma maior influência junto das jovens.

Para Beraldo (2009:1) a maioria dos pais acha constrangedor conversar sobre sexo com os seus filhos, ora pela educação recebida dos seus pais, ora pela repressão ou por não saberem como abordar o tema. Assim, os filhos na maioria das vezes, ficam sem respostas para suas dúvidas, gerando conflitos ou acidentes inesperados, por terem informações

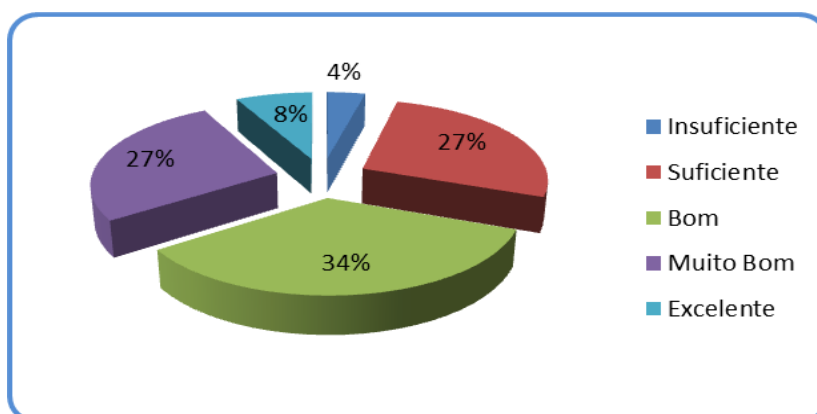
erróneas ao consultar variadas fontes impróprias.

**Gráfico 10** – Qual o motivo que levou a engravidar



Apesar dos adolescentes possuírem alguma informação e formação é interessante avaliar quais são os outros motivos que levaram-nos a engravidar. Dos 26 que responderam ao questionário a maioria cerca de 58% foi por descuido, um factor que deve ser analisado, mas também é de realçar que ainda existe uma percentagem bastante significativa 11% que engravidou por falta de conhecimento o que reforça a ideia apresentada anteriormente que ainda existe muito por fazer em relação a gravidez na adolescência visto que, os adolescentes têm o acesso facilitado às pílulas anticoncepcionais, à camisinha. Os meios de comunicação e as escolas fazem frequentes campanhas de esclarecimento. Os serviços de saúde estão à disposição para prestar informações mas mesmo assim a percentagem da gravidez na adolescência persiste na nossa sociedade.

**Gráfico 11** – Como classifica o atendimento nos centros de saúde



As informações sobre o planeamento familiar e os contraceptivos normalmente são oferecidos e distribuídos de uma forma gratuita nos vários centros de saúde reprodutiva, local onde poderá obter todas as informações sobre os mesmos. Não obstante todas as informações prestadas ainda deparamos com um número significativo de gravidezes não planeadas, neste sentido quisemos saber a percepção das adolescentes a acerca do nível de atendimento nesses centros.

Como podem ver no (gráfico 11) 34% classificam o atendimento de bom, 27% classificam de muito bom, mas convém realçar que um número bastante considerável considera de suficiente e insuficiente 27% e 4% respectivamente.

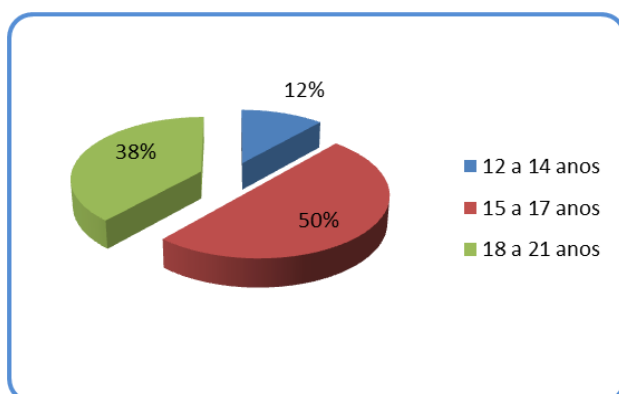
#### **5.4. Condições que Favorecem a Gravidez**

Considera-se que as jovens começam a vida sexual cedo, e que tal constitui um factor favorável à gravidez na adolescência. O inquérito revelou que 50% das jovens iniciaram a vida sexual entre os 15 e 17 anos, 12% entre os 12 e 14 anos (Gráfico 12).

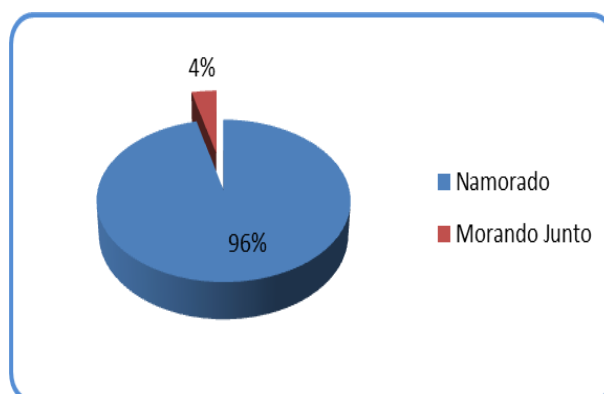
Apenas 4%, representando uma jovem já estava a viver em casa com o parceiro. As restantes jovens 96 % namoravam e viviam em casa da respectiva família (Gráfico 16), o que revela a não orientação para a gravidez. Portanto a gravidez não foi planeada.



**Gráfico 12** – Com quantos anos engravidou?



**Gráfico 13** – Quando engravidou você estava?

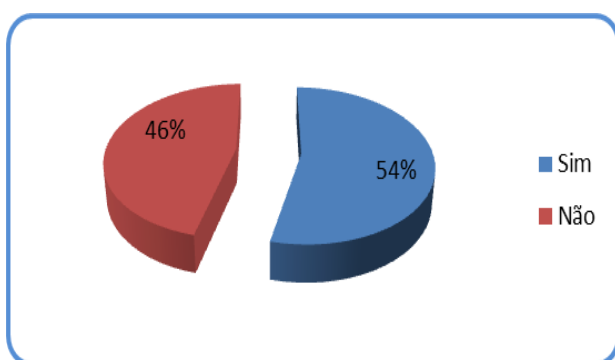


### 5.5. Consequências da Gravidez Precoce

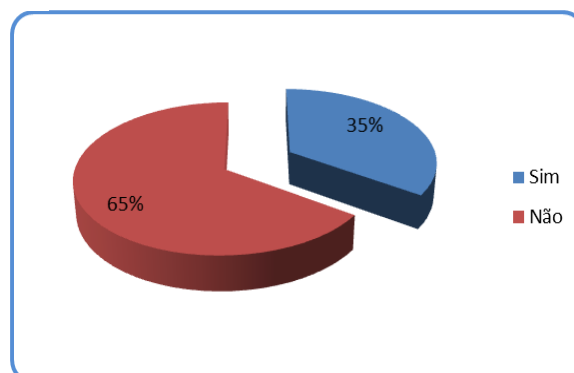
As consequências da gravidez na adolescência são diversas. Com muita frequência afecta negativamente a vida das adolescentes, sendo que por vezes a afectação ultrapassa o curto prazo para comprometer o futuro das jovens que perdem a oportunidade de ter uma trajectória de vida melhor.

Elucidativo dos percalços causados nas adolescentes, é o facto de 54% das jovens entrevistadas terem parado de estudar (Gráfico 14). Também no momento foram questionados se estavam estudando e como podem ver no gráfico 15 a maioria 69% não estava a estudar. Ao serem questionadas sobre as mudanças que ocorrem na sua vida social, após a confirmação da gravidez, foi evidenciado que a interrupção dos estudos foi o que mais se repetiu. Logo se percebe que de acordo com as falas das adolescentes, voltar à escola tem sido uma realidade cada vez mais distante de seus objectivos.

**Gráfico 14** – Parou de estudar por causa da gravidez?



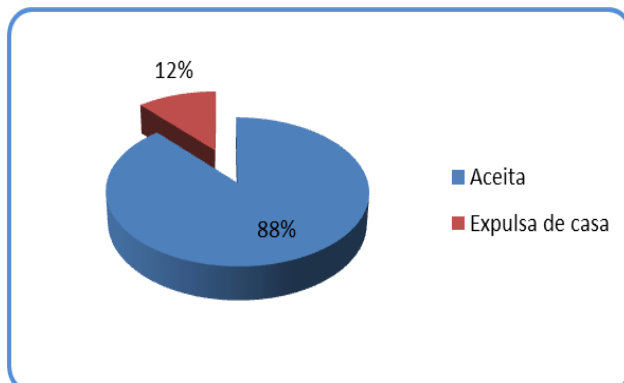
**Gráfico 15** – Está estudando?



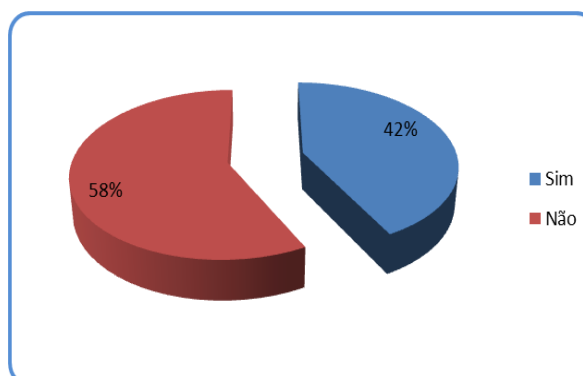
A amenizar as consequências negativas regista-se a aceitação da família que no caso das entrevistadas atingiu os 88% (Gráfico 16). Porém não se pode ignorar que a aceitação da situação e o apoio da família, pode não ser suficiente, atendendo que muitas das famílias já vivem com restrições económicas. Objectivamente a situação da gravidez nessa altura da vida dos jovens representa um agravamento das condições de vida da família e uma limitação às aspirações das jovens.

Situação agravada podem ficar as jovens que não contam com o apoio da família, o que felizmente ocorre com menor frequência mas não deixa de ser preocupante, como se pode constatar que das entrevistadas 12% foi expulsa de casa (gráfico 16).

**Gráfico 16** – Qual foi a reacção da sua família



**Gráfico 17** – Consegues imaginar o seu futuro



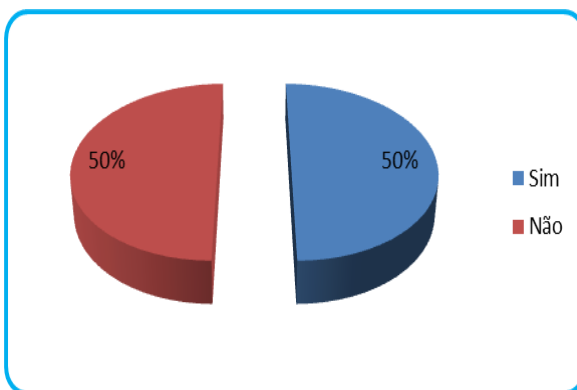
Quando uma adolescente fica grávida precocemente, isso também vem acompanhado de alguns transtornos emocionais, o que dificulta a convivência, sendo que muitas vezes isso causa uma depressão profunda, uma ansiedade, que leva os jovens envolvidos a começarem a ter uma mudança considerável em seu humor, ou seja, se tornam mais amargos e muitas vezes com poucas expectativas em relação ao futuro e isso foi comprovado no nosso estudo quando foram questionados sobre se conseguem imaginar o futuro, como podem ver no gráfico 17, cerca de 58% não conseguem imaginar o futuro.

Muitos jovens ao engravidarem temem a hostilidade, censuras e rejeição da família e da sociedade. Nesse contexto, a adolescente muitas vezes vivencia momentos de estresse e ansiedade relacionadas à decisão que se torna penoso. A adolescente sente que infringiu normas e valores impostos pela família e sociedade e acarretar mais complicações como o aborto, abandono escolar, perda dos laços. (AQUILINO 2003)

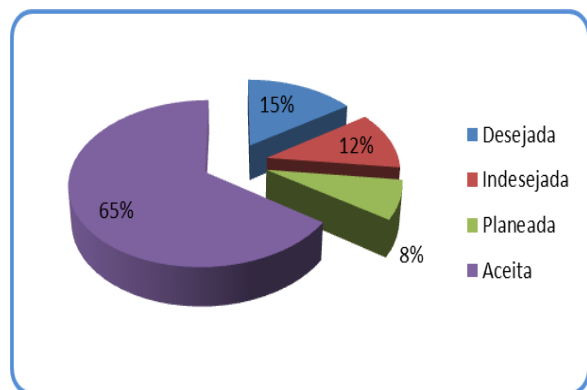
Ainda segundo PINHEIRO (2005) Vários podem ser os sentimentos norteadores da reação das mesmas frentes à gravidez.

As evidências levam a crer que as jovens quando se engravidam têm a percepção das suas limitadas condições e de que a ocorrência não se verificou na melhor fase das suas vidas. Tal observação é confirmada com o facto de 50% das entrevistadas terem admitido a ideia de interromper a gravidez (Gráfico 18).

**Gráfico 18** – Sentiu Vontade de interromper a gravidez?



**Gráfico 19** – A sua gravidez foi



## 5.6. Cruzamento de Variáveis

Durante o estudo efectuamos o cruzamento de alguns variáveis dado a especificidade do estudo, pretendemos com estes cruzamentos analisar aprofundamento a relação existente entre determinadas variáveis e obter informações adicionais para melhor compreendermos o nosso estudo.

Pretendemos com o primeiro cruzamento, **Quadro I**, compreendermos se a menarca influencia ou não na primeira relação sexual, uma vez que alguns autores neste caso destacamos o Domingues (1999) quando este afirma que o risco de contrair uma gravidez é ainda maior, pois, nessa faixa etária, existem alguns factores relacionados à gravidez precoce como, por exemplo, a menarca cada vez mais cedo e, como consequência, a iniciação sexual ocorre cada vez mais cedo.

Como referido anteriormente dos vinte e seis adolescentes que responderam a questão 50% das jovens iniciaram a vida sexual entre os 15 e 17 anos, 12% entre os 12 e 14, e 38% após os 18 anos. Como podem ver no **Quadro I**, 10 dos adolescentes tiveram a menarca entre os 10 a 13 anos, e 16 adolescentes entre os 13 a 16 anos. Aqui é de realçar que dos 16 que tiveram a menarca entre os 13 a 16 anos, 12 iniciaram a primeira relação sexual entre os 15 a 17 anos e dos 10 que tiveram a menarca entre os 10 a 13 anos, 4 iniciaram as relações entre os 12 a 14 anos e 6 entre os 15 a 17 anos.

<b>Quadro III - Cruzamento das variáveis: Que Idade tinha quando iniciou a sua primeira relação sexual? *</b>				
Menarca				
		Menarca		Total
		10 a 13 anos	13 a 16 anos	
Que Idade tinha quando iniciou a sua primeira relação sexual?	12 a 14 anos	4	3	7
	15 a 17 anos	6	12	18
	18 a 21 anos	0	1	1
Total		10	16	26

Também pretendemos no estudo relacionar a idade da primeira relação sexual com a idade que engravidara. Nesta análise um dado bastante curioso é que dos 18 que iniciaram a sua primeira relação sexual entre os 15 a 17 anos, a maioria ficaram grávidas (10 dos adolescentes) nesta mesma faixa etária, e dos 7 que iniciaram entre os 12 a 14 anos, 3 ficaram grávidas entre os 12 a 14 anos e 3 entre os 15 a 17 anos (Quadro II)

Isto leva-nos a concluir que muitas vezes os adolescentes não possuem a percepção do risco de uma gravidez quando inicia sua vida sexual.

<b>Quadro IV - Que Idade tinha quando iniciou a sua primeira relação sexual? * Com quantos anos engravidou?</b>					
		Com quantos anos engravidou?			Total
		12 a 14 anos	15 a 17 anos	18 a 21 anos	
Que Idade tinha quando iniciou a sua primeira relação sexual?	12 a 14 anos	3	3	1	7
	15 a 17 anos	0	10	8	18
	18 a 21 anos	0	0	1	1
Total		3	13	10	26

De fato, os adolescentes têm o acesso facilitado às pílulas anticoncepcionais, ao diafragma, à camisinha. Os meios de comunicação e as escolas fazem frequentes campanhas de esclarecimento. Os centros de saúde estão à disposição para prestar informações. No entanto, as estatísticas demonstram uma taxa bastante preocupante nos anos em análise (ver gráfico X em anexo) o que também não deixa de ser uma preocupação para a saúde pública.

O problema é que, muitas vezes, os jovens pensam ou dizem saber tudo sobre sexo, mas na verdade não sabem tendo em conta os resultados apresentados. Pode ser que não tenham informações corretas ou que não saibam como aplicá-las às suas vidas, ou que seus pais achem que eles já estão suficientemente esclarecidos e não mais precisam de informação ou conversa sobre um assunto que ainda traz certo constrangimento.

## **CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

### **6.1. Considerações Finais**

Esse trabalho foi uma mais-valia para desenvolver as nossas competências para melhorar a qualidade na prestação de cuidados às adolescentes grávidas, ter uma visão mais clara sobre a incidência da gravidez na adolescência por zonas em São Vicente e reflectir sobre o que poderá ser feito para reduzir o número de adolescentes grávidas nessa zona tendo em conta as suas reais necessidades. Este trabalho irá contribuir para melhorar as investigações futuras e aperceberem-se da importância de fazer uma estatística por zonas e fazer planos de cuidados de enfermagem baseados em evidências.

Com a realização do trabalho, foi concluído que a gravidez na adolescência, ainda é um problema social, apesar de muitas informações a respeito da contraceção, ainda existe, um número, exagerado de adolescentes grávidas.

Apesar da maioria das adolescentes referiam saberem onde adquirir os métodos contraceptivos e de conhecerem os centros de saúde sexual e reprodutiva da ilha, ainda há pouca aderência por parte dos jovens adolescentes, devido a cultura familiar (pais permissivos), social que se encontram inseridos.

Quando confortadas com as questões no propósito de perceber quais as causas da gravidez, obtivemos como maior causa o descuido, seguido de falta de informação.

Quanto a nossa contribuição na prevenção da gravidez precoce, no que tange a equipa de saúde comunitária em Cabo Verde, ainda a sua actuação na prevenção é pouca expressiva.

Este trabalho implicou gestão de tempo, sendo nós profissionais, mães, estudantes e donas de casa, para ir de encontro as investigações e obtenção de dados estatísticos, junto as instituições nomeadamente na delegacia saúde e centros de saúde reprodutiva da ilha por se encontrarem num processo de informatização de lançamento de dados e não terem prontificado dados de 2011/2012.

Posteriormente o caminho a prosseguir deverá passar pela realização de entrevistas aos profissionais de saúde, visando saber a sua opinião sobre a informação a dar aos adolescentes, e as dificuldades que tem ao lidar com os adolescentes.

Concluimos que, as causas de gravidez em adolescentes não se devem a falta de informação, a dificuldade de acesso as estruturas de saúde, incompatibilidade de horário (centro /escola), nem por falta de disponibilidade e diversidade de métodos, mas sim por irresponsabilidade (de assumir a sexualidade de forma segura) e falta de perspectivar o futuro.

## **6.2. Sugestões/Propostas**

Para nós a melhor forma de dar respostas à problemática da gravidez na adolescência, seria criar uma Política Nacional de Saúde baseada nos cuidados da família promovendo cursos de especialização em enfermagem de família.

Estabelecer normas de atendimento, aos adolescentes nos Centros de Saúde, nas consultas de Planeamento Familiar.

Criar em todos os Centros de Saúde, um serviço de atendimento personalizado aos adolescentes, proporcionando-lhes um ambiente seguro, saudável, comunicativa para uma melhor adesão destes às consultas de planeamento familiar.

Promover grupos de apoio, discussão e debates no seio dos adolescentes com as instituições existentes (famílias e escolas) sobre os temas de gravidez precoce, ISTs (Infecção sexualmente transmissíveis), e outras práticas reflexivas, a fim de inventariar, problemas existentes e tentar solucionar-los.

Informar os professores para poderem estar preparadas de modo a responder as demandas, educar os alunos em termos de educação sexual e reprodutiva.

Alertar aos membros da comunidade, famílias, organizações de massas, a ter iniciativas próprias para melhorar os tempos livres dos adolescentes, criando programas educativas.

Apoiar as famílias vulneráveis, vítimas de violência doméstica, abuso sexual.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, José Miguel Ramos de (2007). *Adolescência e Maternidade*. 3ª Edição – Fundação Calouste Gulbenkian, Julho 2007. INBN-978-972-31-0007-5

BAYER Health Care & Bayer Schering Pharma (2007). Bayer. Portugal S.A

BAYLEY, Rosemary E. (1969). *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica*. 2ª Edição. Publicações Europa- América, Lda.

BOFF, Leonardo (1999). *Saber Cuidar Ética do Humano- compaixão pela terra*: 7ª edição. Editora Vozes Lda. Petrópolis, Rj: Vozes- ISBN 85-326-2162-7

CAÇADOR, João & ANTUNES, Suse (2011/2012). *Processo de enfermagem Comunitário de Saúde Escolar: Adolescência, Alcool e Comportamentos de Risco*. Escola Superior de Lisboa

CAMPOS, Barbolo Paiva (2002). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovem*. Volume II- Universidade Aberta (2002). ISBN- 972-674-937-1

CARVALHO, Amâncio António de Sousa e CARVALHO, GRAÇA Simões (1994). *Educação Para a Saúde: conceitos, Práticas e Necessidades de formação*. Editora: Lusociência, Loures- ISBN- 972-8930-22-4

*Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

COLLIÉRE, Marie- Françoise (1999). *Promover a Vida*. Lidel- Edições técnicas, e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Março 1999. ISBN- 972-757-109-3

COLLIÉRE, Marie- Françoise (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. 2ª Edição: Lusociência- Loures – ISBN 972-8383-53-3

Comité de Coordenação de Combate á SIDA em Cabo Verde (2000) - *A Saúde e Estilo de Vida dos Adolescentes Cabo-verdianos Frequentando o Ensino Secundário*

COUTO, Germano (2003). *Preparação para o Parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*: Lusociência- Loures-ISBN 972-8383-63-0

DOMINGUES, José (1999). *Factores Etiológicos relacionados á gravidez na adolescencia: Vulnerabilidade á maternidade. Cadernos juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde

ELKIN, Martha Qeene; PERRY, Anna Griffin; POTTER, Patricia A. (2005). *2ª Edição de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Lusociencia

GRAÇA, Lula Mendes da e Colaboradores (2000) *Medicina Materno Fetal 1*. 2ª Edição Lidel- Edições Técnicas, Lda. Lisboa- Porto- Coimbra

HANSON, Shirley May Harmon (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde á Família. Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda. INBN: 972-8383-83-5

HENRIQUES, M. H.; SINGHS, S. ;WULF, D. (1989) *Adolescentes de Hoje, Pais de Amanha*. Nova Iorque: 1989. Alan Gutmacher Institute

HONORÉ, Bernard (2002). *Saúde em Projeto*. Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN- 972-8382-31-2

JOHSON, Allen G. (1995).*Dicionário de Sociologia, guia de linguagem sociológica*.

LIMA, Luzia Soares e TOCCI, Heloísa António (2001). *Gravidez na Adolescencia: Intercorrências e Prematuridade; Rev. Enferm UNISA, nº 2, 62-66*

LOWDER MILK, Deitra Leonard & PERRY, Shannon E. (2008). *Enfermagem na Maternidade- 7ª Edição*. Lusodidacta- Sociedade Industrial Gráfica, Lda. ISBN 978-989-8075-16-1

Luís Flores Roque (2013). *Proposta de Regras para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Académicos, na Escola superior de Saúde*

MATOS, Joana Catarina dos Santos Capitão de – nº 1768- Jornal de Aprendizagem, Ensino Clínico, 09 de Abril, de 2012- ESEL

MELO, Maria da Luz (2005) MELO, Maria da Luz (2005). *Comunicação com o doente, certezas e incógnitas*. 1ª Edição, Lusociência – Loures, ISBN:972 – 8383- 86-X

Ministério de Justiça (2004). *Código Penal de Cabo Verde. Responsabilidade da Comissão de Reforma Legislativas do Ministério de Justiça*. Trabalhos Técnicos: Editora da Praia Lda.- Cabo Verde

PHANEUF, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.- Loures. ISBN 972-8383-84-3

PINA, Ana Paula Mégre (2006). *O Lugar da Esperança na Aprendizagem do Cuidado de Enfermagem*. Lusociência, Loures

PITT, Dr. (2007). Mod. 201. Serviços de Saúde Reprodutiva – Mindelo- Ministério de Saúde – Cabo Verde

QUAL É O MELHOR MÉTODO CONTRACETIVO PARA MIM? *O teu guia sobre contraceção – s/ data*

QUIVY, Raymond & CAMPENHAUDT, Luc Van (1998). *Manual de Investigação em*  
SANTOS, Inês M. Menezes dos & SILVA, Leila Rangel (2000). *Estou grávida, sou adolescente e agora? In Ramos, Flávia Regina sousa et al. Projecto Acolher. Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ASBEN/ Governo Federal.

SANTOS, Josiane Gonçalves Soares dos (2011). *O Papel dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas Actividades de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Trabalho de conclusão do curso apresentado ao curso de especialização em atenção básica de saúde da família, para obtenção do certificado de especialista*. Orientadora: Professora Valéria Tassara Teófilo Antoni-Minas Gerais

SILVA, Luísa ferreira da (2002). *Promoção da saúde-* Universidade Aberta - 1ª edição- Lisboa, Maio 2002. INSB 972-674-361-3

SILVA, Maria João Esperança e LOPES, Nuno Felipe Pires (2008) - *Comunicação Intra-uterina* 1ª edição. Editora: Instituto de Formação em Enfermagem- Amadora. ISBN-978-972-99371-5-6

SIMOES, Maria Celeste Rocha (2007) – *Comportamento de Risco na Adolescência* – Edição- Fundação Calouste Gulbenkian- Fundação para a ciência e a tecnologia, Outubro 2007. ISBN-978-972-31-1217-7

STANHOPE, Maria & LANCASTER, Jeanette (2002). *Enfermagem Comunitária 4ª edição; Promoção da Saúde, de grupos, família e indivíduos* – Lusociência- Loures

**Sites:**

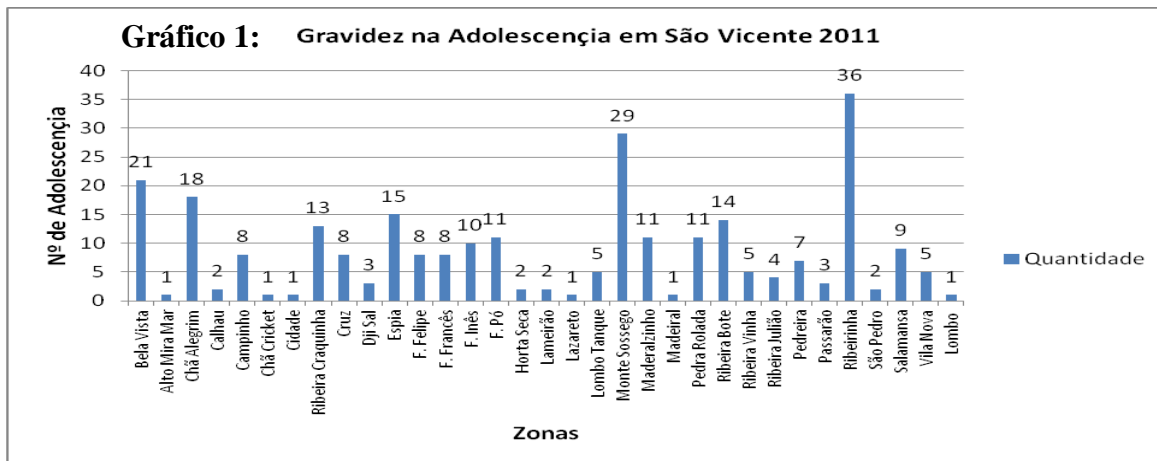
[http://www. Gateway-caboverde.org.cv](http://www.Gateway-caboverde.org.cv),23/04/13

<http://www.minisaúde.gov.cv/index/.../doc.../218> relatório estatístico,03/05/13

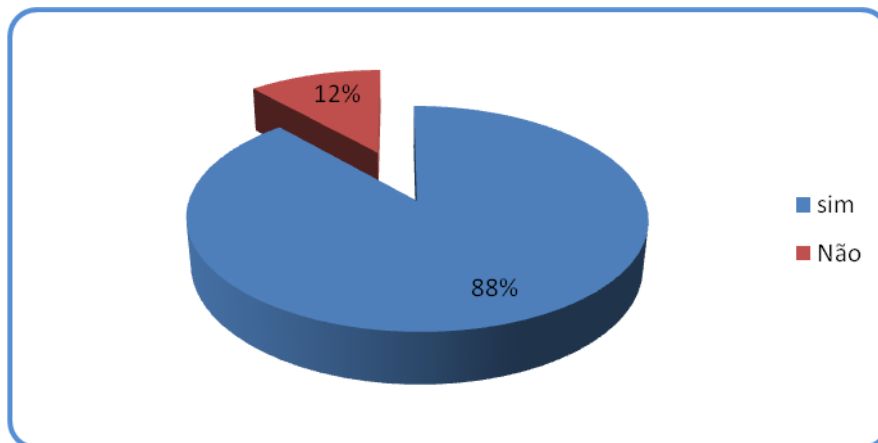
[http://www. Igirl. Ig.com.br](http://www.Igirl.Ig.com.br), 09/05/13

# APÊNDICES

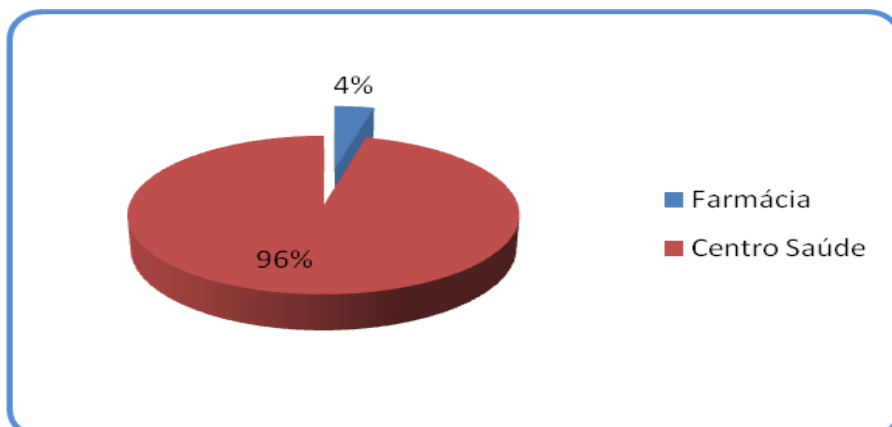
## QUADROS E GRÁFICOS



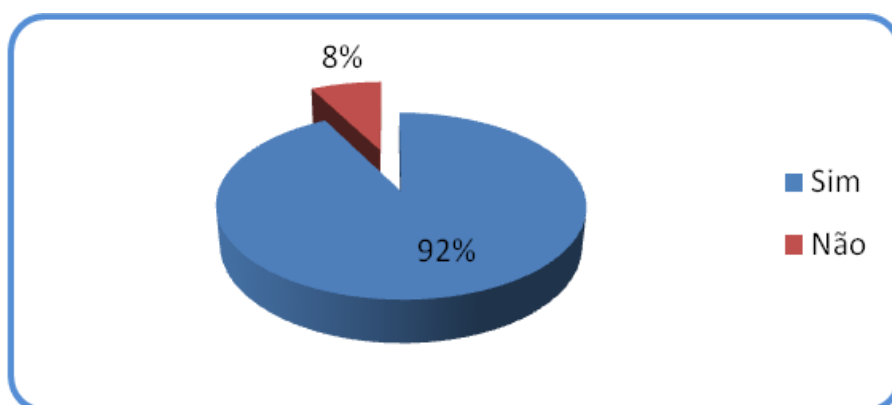
**Gráfico 2: Sabes onde obter informações e apoio na contraceção**



**Gráfico 3:** Onde Adquire o seu método anticoncepcional



**Gráfico 4:** Paternidade Assumida



**Tabela 1 - Idade Actual**

	Frequência	Percentage m	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido 14 a 16 anos	4	15,4	15,4	15,4
17 a 19 anos	13	50,0	50,0	65,4
20 a 22 anos	9	34,6	34,6	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 2 - Grau de Escolaridade**

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Ensino Primário	7	26,9	26,9	26,9
Ensino secundário	19	73,1	73,1	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 3 - Menarca**

	Frequência	Porcentagem	Percentage m Válido	Porcentagem Acumulada
Válido 10 a 13 anos	10	38,5	38,5	38,5
13 a 16 anos	16	61,5	61,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	



**Tabela 4 - Que Idade tinha quando iniciou a sua primeira relação sexual?**

		Percentage	Percentagem	Percentagem
	Frequência	m	Válido	Acumulada
Válido	12 a 14 anos	7	26,9	26,9
	15 a 17 anos	18	69,2	96,2
	18 a 21 anos	1	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0

**Tabela 5 - Com Quem**

		Percentage	Percentage	Percentagem
	Frequência	m	m Válido	Acumulada
Válido	Namorado	22	84,6	84,6
	Relação Esporádica	4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0

**Tabela 6 - Mudanças de parceiro com frequência?**

		Percentage	Percentagem	Percentagem
	Frequência	m	Válido	Acumulada
Válido	Sim	1	3,8	3,8
	Não	25	96,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0

**Tabela 7 - Que informações tens sobre contraceção**

	Frequência	Percentage m	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido Nenhuma	3	11,5	11,5	11,5
Alguma	19	73,1	73,1	84,6
Todas	4	15,4	15,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 8 - Que método utilizavas para não engravidar?**

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Percentagem Acumulada
Válido Pílula	7	26,9	26,9	26,9
Preservativo	8	30,8	30,8	57,7
Nenhum	11	42,3	42,3	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 9 - Sabes onde obter informações e apoio na contraceção**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido sim	23	88,5	88,5	88,5
Não	3	11,5	11,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 10** - Onde adquire o seu método anticoncepcional

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Percentagem Acumulada
Válido Farmácia	1	3,8	3,8	3,8
Centro Saúde	25	96,2	96,2	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 11**- Quando Tens Dúvida com que as esclarece

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Percentagem Acumulada
Válido Amigos	8	30,8	30,8	30,8
Famílias	7	26,9	26,9	57,7
Ninguém	5	19,2	19,2	76,9
Profissional Saúde	6	23,1	23,1	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 12** - Paternidade assumida

	Frequência	Percentagem	Percentage m Válido	Percentagem Acumulada
Válido sim	24	92	92	92
Não	2	8	8	100
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 13** - Sabes o que significa IST

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem em Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Sim	20	76,9	76,9	76,9
Não	6	23,1	23,1	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 14** - Qual o motivo que levou a engravidar

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem em Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Falta de conhecimento	3	11,5	11,5	11,5
Falha no uso do método	2	7,7	7,7	19,2
Opção própria	2	7,7	7,7	26,9
Opção do casal	4	15,4	15,4	42,3
Descuido	15	57,7	57,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 15**- Com quantos anos engravidou?

	Frequência	Porcentagem em	Porcentagem Válido	Porcentagem Acumulada
Válido 12 a 14 anos	3	11,5	11,5	11,5
15 a 17 anos	13	50,0	50,0	61,5
18 a 21 anos	10	38,5	38,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 16** - Quando engravidou você estava?

	Frequência	Percentage m	Porcentagem Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Namorado	25	96,2	96,2	96,2
Morando Junto	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 17** - Sentiu Vontade de interromper a gravidez?

	Frequência	Percentage m	Porcentagem Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Sim	13	50,0	50,0	50,0
Não	13	50,0	50,0	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 18** - Com quem moras?

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Companheiro	4	15,4	15,4	15,4
Família do pai do bebe	2	7,7	7,7	23,1
Própria família	16	61,5	61,5	84,6
Outro	4	15,4	15,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 19** - Está estudando?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido Sim	9	34,6	34,6	34,6
Não	17	65,4	65,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 20** - Parou de estudar por causa da gravidez?

	Frequência	Percentage m	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido Sim	14	53,8	53,8	53,8
Não	12	46,2	46,2	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 21** - Trabalhas?

	Frequência	Percentag em	Percentagem Válido	Percentagem Acumulada
Válido Sim	4	15,4	15,4	15,4
Não	22	84,6	84,6	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 22** - A sua Gravidez foi :

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem m Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Desejada	4	15,4	15,4	15,4
Indesejada	3	11,5	11,5	26,9
Planeada	2	7,7	7,7	34,6
Aceita	17	65,4	65,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 23** - Qual foi a reacção da sua família

	Frequência	Porcentagem m	Porcentagem Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Aceita	23	88,5	88,5	88,5
Expulsa de casa	3	11,5	11,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 24** - Consegues imaginar o seu futuro

	Frequência	Porcentagem m	Porcentagem Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Sim	11	42,3	42,3	42,3
Não	15	57,7	57,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

**Tabela 25** - Como classifica o atendimento nos centros de saúde

	Frequência	Percentage m	Percentage m Válido	Porcentagem Acumulada
Válido Insuficiente	1	3,8	3,8	3,8
Suficiente	7	26,9	26,9	30,8
Bom	9	34,6	34,6	65,4
Muito Bom	7	26,9	26,9	92,3
Excelente	2	7,7	7,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	



# ANEXOS

## ANEXO 1 – DECRETO-LEI – ABORTO

### - Decreto-lei nº 7/87 de 14 de Fevereiro - Aborto

*Ao abrigo do disposto na Lei nº 9/III/86, de 31 de Dezembro;*

*No uso da faculdade conferida pelo artigo 77º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:*

*Artigo 1º- A interrupção voluntária da gravidez prevista o artigo 3º da Lei nº 9/III/86, de 31 de Dezembro só poderá ser realizada nos Hospitais Centrais ``Dr. Agostinho Neto`` e ``Dr. Batista de Sousa``, e ainda, nos estabelecimentos de saúde que, tendo a necessária capacidade técnica para o efeito, sejam designados por despacho do Ministro da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais.*

*Artigo 2º- Interrupção da gravidez só poderá ser realizada por médicos especialistas em Obstetrícia ou Ginecologia ou por médicos que embora não titulares de qualquer das especialidades, sejam considerados aptos para praticá-la, por despacho do diretor -geral da saúde.*

*Artigo 3º - O processo clínico-administrativo conducente á interrupção de gravidez é secreto.*

*Artigo 4º - 1- O referido processo está sujeito aos trâmites indicados nos números seguintes:*

*2- Tratando-se de interrupção da gravidez, a realizar **as primeiras doze semanas de gestação:***

- a) A gestante deverá ser observada numa consulta de Obstetrícia, a seu pedido, no estabelecimento de saúde da área competente para o efeito;*
- b) Efetuada a consulta e esclarecida a gestante sobre as eventuais consequências da intervenção, e se o médico concluir que o período de gestação não excede 12 semanas e que não há contra-indicação clínica para a interrupção de gravidez, a gestante deverá formalizar o seu pedido;*
- c) O pedido deverá formalizar-se pelo preenchimento de um impresso próprio, previamente aprovado por despacho do diretor-geral da Saúde; Preenchido o impresso, a gestante deverá, assina-la na presença do médico e de um enfermeiro ou assistente de consultório;*

*Se não souber assinar, aporá no documento a sua impressão digital;*

*Sendo a gestante menor solteira ou inimputável deverá, ainda, juntar ao processo a declaração de consentimento do seu representante legal ou certidão de suprimimento da entidade pública competente.*

## **ANEXO 2 – DECRETO-LEI – ABUSO SEXUAL**

### **Decreto-lei de violação Sexual**

Segundo a lei vigente em Cabo Verde (código penal de Cabo Verde) no que se refere a crimes sexuais o código penal de Cabo verde prevê e pune comportamentos como estes.

#### **Artigo 141º a 145**

#### **Código Penal de Cabo Verde - Ministério de Justiça, Maio de 2004**

#### **Definições**

*Para efeitos do disposto entende-se por:*

- a) Ato Sexual todo o ato praticado para a libertação ou a satisfação do instinto sexual;*
- b) Agressão Sexual todo o acto sexual realizado por meio de violência, coação, ameaça, fraude, colocação da vítima em situação de inconsciência ou impossibilidade de resistir ou de aproveitamento dessa mesma situação;*
- c) Penetração Sexual a cópula, o coito anal, o coito oral, a penetração vaginal ou anal, com os dedos ou objetos pré- destinados á prática de atos sexuais ou utilizados em circunstâncias de envolvimento sexual, e o beijo lingual.*

#### **Artigo 142º (Agressão Sexual)**

*1- Quem praticar agressão sexual contra outra pessoa será punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.*

*2- A mesma será aplicável a quem, pelos meios de agressão sexual levar outra pessoa a sofrer ou praticar ato sexual com terceiro.*

3- *Se a vítima for menor de 14 anos, a pena será de prisão de 4 a 10 anos.*

***Artigo 143º (Agressão Sexual com penetração)***

1- *Quem, pelos meios de agressão sexual, efetuar penetração sexual noutra pessoa, ou, ainda, pelos mesmos meios, a constranger a sofrer penetração por terceiro, será punido com pena de prisão de 4 a 10 anos.*

2- *Se a vítima for menor de 14 anos, a pena será de prisão de 6 a 14 anos.*

***Artigo 144º (Abuso Sexual de crianças)***

1- *Quem praticar ato sexual com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, será punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.*

2- *Se houver penetração sexual, a pena será de prisão de 4 a 10 anos.*

***Artigo 145º (Abuso Sexual de menores entre os 14 e 16 anos)***

1- *Quem, sendo maior, praticar ato sexual com ou em menor com mais de 14 anos e menos de 16 anos, prevalecendo se de sua superioridade, originada por qualquer relação ou situação, ou do fato de a vítima lhe estar confiada para educação ou assistência, punido com pena de prisão de 6 meses a 4 anos.*

2- *Se houver penetração sexual, a pena será de prisão de 1 a 6 anos.*

***Artigo 149º (Aliciamento de menor para a prática de ato sexual no estrangeiro)***

*Quem aliciar, transportar, alojar ou acolher menor de 16 anos, ou favorecer as condições para a prática por este, em país estrangeiro, de actos sexuais ou de prostituição, será punido com pena de prisão de 2 a 8 anos).*

## ANEXO 3 – FORMULAÇÃO MENSAL DAS IST's



MINISTERIO DA SAÚDE  
**Direcção-Geral de Saúde**  
 Serviço de vigilância epidemiológica

### Modelo B - 2

(Este formulário deve ser enviado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde até o dia 20 do mês seguinte)

## Formulário de notificação mensal das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Delegacia de Saúde de S.Vicente

Resumo das IST Ano2011

Doença/Síndromas	Corrimento		Úlcera genital		Vegetação venérea		Sífilis	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0 – 1 meses	0	1	0	0	0	0	0	0
1 – 4 anos	0	6	0	0	0	1	0	0
5 - 14 anos	2	23	1	1	0	4	0	0
15 – 24 anos	43	523	10	6	10	18	2	10
25 e mais anos	42	592	20	4	8	12	8	14
Idade desconhecida	0	3	3	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>1.148</b>	<b>44</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>24</b>

## Consentimento Informado

Vimos por esse meio solicitar a autorização da Diretora do Hospital Dr. Baptista de Sousa para divulgação no nosso trabalho de conclusão de curso de licenciatura em Enfermagem os dados estatísticos apurados nos livros obstétricos do serviço da Maternidade sobre nº de adolescentes que foram atendidas na sala de parto no ano de 2011/2012.

Na sequência da autorização do presente consentimento, garantimos que os dados serão divulgados única e exclusivamente para fins científicos e de investigação.

Enquanto autores do referido trabalho, nós, Anabela dos Santos Encarnação, Eugénia Évora Gomes e Maria Auxilia dos Santos Ramos, comprometemo-nos a cumprir as garantias supracitadas, Subjacentes á participação nesse trabalho.

03 De Julho de 2012

Anabela dos Santos Encarnação  
Eugénia Évora Gomes  
Maria Auxilia dos Santos Ramos

Em conformidade com a informação exposta e para os referidos efeitos,

eu, Sandra Lourenço representante da

instituição acima referida, dou o meu consentimento.

03 De Julho 2013

Fica garantida a confidencialidade dos dados pessoais dos utentes.

Sandra Lourenço  
03/07/13