



Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde da
Comunidade
Mestrado em Saúde Pública

Experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência: um estudo fenomenológico.

Candidato: Fernando Mitano

Supervisor: Prof. Dr. Moshin Sidat

Co-supervisor: Prof. Dr. Juvenal Balemire Bazilashe

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, na Universidade Eduardo Mondlane como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública

Maputo, Novembro de 2009

**EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM
ESTUDO FENOMENOLÓGICO.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane
como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública**

Supervisor: Prof. Dr. Moshin Sidat

Co-Supervisor: Prof. Dr. Juvenal Balegamire Bazilashe

Candidato: Fernando Mitano

Maputo, Novembro de 2009

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, **Fernando Mitano**, declaro por minha honra que a presente pesquisa foi por mim elaborada com base na bibliografia, nas entrevistas e nos métodos nela descritos. Ela nunca foi apresentada na íntegra nem parcialmente.

Maputo, Novembro de 2009

Fernando Mitano

ÍNDICE	Pág.
DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
RESUMO.....	6
1.INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1 Conceitos de adolescência, gravidez na adolescência	8
2.1.1 <i>Adolescência</i>	8
2.1.2 <i>Gravidez</i>	8
2.1.3 <i>Gravidez na adolescência</i>	9
2.2 A Sexualidade nos adolescentes	9
2.3 Determinantes da gravidez na adolescência	11
2.4 Experiências e percepções das adolescentes com relação à gravidez.....	12
2.5 Implicações da gravidez na vida da adolescente	13
2.6 Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência	14
2.7 Conhecimentos e o uso de anticonceptivos na adolescência	15
2.8 Algumas considerações sobre Fenomenologia	18
2.9 Justificação.....	19
3.OBJECTIVOS	20
3.1 Objectivo Geral.....	20
3.2 Objectivos específicos	20
3.3 Pergunta de pesquisa.....	20
4. MATERIAL & MÉTODOS	20
4.1 Tipo de estudo.....	20
4.2 Local de estudo e procedimentos de arrolamento dos participantes no estudo	21
4.3 Recolha de dados	22
4.4. Análise de dados	22
4.5 Validade ou rigor do estudo.....	23
4.6. Considerações éticas.....	25
5. ACHADOS DO ESTUDO	25
5.1 Características sócio-demográficas das participantes.....	25

5.2 Unidades significativas identificadas.....	26
5.2. 1. Experiências e percepções sobre a gravidez.....	27
5.2.2. <i>Familiares, amigos e parceiro no contexto da gravidez na adolescência</i>	32
5.2.3 <i>Dificuldades enfrentadas durante a gravidez e como mãe adolescente</i>	36
5.2.4 Experiências, conhecimentos sobre os métodos anticonceptivos e o seu uso.	37
6. DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	43
7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	48
8. BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	54
ANEXO – A: Guião de Entrevista.....	55
ANEXO-B: Dados demográficos das mães adolescentes.....	58
ANEXO C – Carta de cobertura para a realização do estudo.....	59
ANEXO D – Carta de autorização do Sr. Ministro da Saúde para a realização do estudo.	60
ANEXO E - Carta de aprovação do protocolo de investigação.....	61
ANEXO F - Credencial para a investigação da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo.....	62
ANEXO G - Autorização para a realização de investigação pela Direcção do Hospital Geral de Chamanculo.....	63
ANEXO H- Consentimento informado para entrevista.....	64

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Mitano Piquina e Maria Cinquenta que me concederam o esforço incansável para levar a termo esta pesquisa.

Aos meus filhos Mitano Fernando Mitano, Fernanda Fernando Mitano e à minha esposa Isaura de Nauela Albisto que tanto me inspiraram para produzir esta dissertação.

Aos meus irmãos, João Mitano, Alberto Mitano, Adélia Mitano, Eurico Mitano, Aucenda Miatno, Pitágoras Mitano, Almeida Mitano e Fernanda Mitano.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão, em primeiro lugar para os meus pais, Mitano Piquina (falecido em 2005) e Maria Cinquenta que me apresentaram a este mundo fenomenal, onde se apresentam vários fenómenos incluindo este da gravidez na adolescência em estudo.

Ao meu supervisor Prof. Dr. Moshin Sidat por sua valiosa contribuição e exigências incomparáveis na produção desta dissertação e pelo aconselhamento prestado em momentos defícilimos.

Ao meu co-supervisor Prof. Dr. Juvenal Balemire Bazilashe, pela sua dedicação e exigência na escolha e desenvolvimento deste tema.

Ao Programa Desafio que proporcionou uma bolsa de estudo que me ajudou a custear os estudos e à dra. Esmeralda Mariano, que é líder do projecto **Género Saúde e Assuntos de família**, pelos seus conselhos valiosos para esta investigação.

A todos os docentes e funcionários da Faculdade de Medicina, especialmente a Dona Maria Adozinda e o Sr. Comiche que contribuíram para a minha formação.

À Faculdade de Medicina que proporcionou o curso de Mestrado em Saúde Pública.

Ao Ministro da Saúde e à Comissão Nacional de Bioética por terem proporcionado o início desta pesquisa.

Às enfermeiras Fernanda e Rufina pela visão prática que me proporcionaram na recolha de dados. E, finalmente a todos aqueles que directa ou indirectamente colaboraram na minha formação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HGC – Hospital Geral de Chamanculo

MISAU – Ministério da Saúde

US – Unidade Sanitária

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública para todo o mundo e principalmente para os países em vias de desenvolvimento.

Este trabalho tem como objectivos: compreender as experiências e as percepções sobre a gravidez na adolescência sobretudo as relacionadas com a decisão de levar a gravidez ao termo e os problemas sócio-económicos e de saúde vivenciados pelas adolescentes ao longo da gravidez; descrever as experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência sob perspectiva das jovens envolvidas no estudo; avaliar os factores favorecedores e as barreiras na decisão de levar a gravidez ao termo, incluindo as influências do agregado familiar e do parceiro; avaliar as dificuldades vividas durante a gravidez na adolescência, com relação aos aspectos sócio-económicas e de saúde.

Este estudo usou o método qualitativo baseado na perspectiva fenomenológica proposto por Giorgi para melhor compreender as experiências e percepções da população em estudo.

Participaram na entrevista 25 mães adolescentes com idade \leq a 19 anos que tiveram gravidez de termo e que a criança estava a ser acompanhada nas consultas de peso no Hospital Geral de Chamanculo e aceitou participar no estudo voluntariamente após o convite. As informações dessas mães foram suficientes para se atingir a chamada *saturação teórica* que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição não sendo relevante persistir na colecta de dados.

Os achados deste estudo mostram que o fenómeno da gravidez na adolescência não pode ser isolado do seu contexto, sobretudo da família, redes da sociabilidade da adolescente e aspectos sócio-económicos. A gravidez na adolescência cria situações complexas para a adolescente e que podem ter efeitos negativos para o seu futuro.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um problema de Saúde Pública em todo o mundo (WHO 2004; Lourenço, 2003). Os estudos feitos nos Estados Unidos indicam que na metade de 1990 entre as adolescentes de 15 a 19 anos a taxa de gravidez era de 83,6%, a taxa de aborto era de 29, 2% e a taxa de natalidade era de 54,4%. Na América Latina, o nascimento de crianças entre mulheres de 15 a 19 anos em 1000 mulheres era de 78 variando entre 56 no Chile a 149 na Nicarágua (WHO, 2004).

Na Ásia Central o nascimento de crianças entre mulheres de 15 a 19 anos de idade em 1000 mulheres é de 59 variando entre 19 em Azerbaijão a 152 em Afeganistão (WHO, 2004).

Na região europeia, o número de nascimentos por 1000 mulheres entre 15 a 19 anos de idade é de 25, variando de 4 na Suíça a 57 na Bulgária (WHO, 2004).

Segundo WHO (2004), na região Sub-sahariana de África, o nascimento de crianças em 1000 mulheres de 15 a 19 anos de idade é de 143 variando de 45 nas Maurícias a 229 em Guiné Bissau. Este último, é o número mais alto do Mundo. E, em todo mundo, uma em cada cinco adolescentes mulheres dá luz em cada ano, assim a maior parte das mulheres até aos 20 anos já tiveram experiência da gravidez.

Os dados da UNICEF de 1998 indicam que o número médio de nascimento de crianças em mulheres entre 15 e 19 anos no Mundo é mais alto na região Sub-sahariana de África variando entre 45 para Maurícias (a mais baixa), 212 em Angola a mais alta e a de Moçambique é de 124 partos por 1000 mulheres entre 15 a 19 anos (WHO, 2004).

Em Moçambique a maternidade precoce e a gravidez não desejada bem como o aborto têm consequências sociais morais e económicas principalmente para a saúde das próprias adolescentes (Gaspar *et al.* 1998).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceitos de adolescência, gravidez na adolescência

2.1.1 Adolescência

Adolescência, do latim *adolescere* (crescer) é uma fase da vida que pode ser definida em sua dimensão psicobiológica e em sua dimensão histórica, política, econômica, social e cultural. Para este estudo adotar-se-á a dimensão psicobiológica, dado que realça os aspectos biológicos e psicológicos que ocorrem durante a adolescência. E são esses aspectos que envolvem a vivência da gravidez e que poderão ajudar a perceber melhor as experiências vividas durante a gravidez. A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se à dimensão biológica e psicológica da adolescência.

Para a OMS, a adolescência compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos. Caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por factores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (OMS, 1965).

É importante destacar que, na fase da adolescência, vivenciam-se vários momentos de conflitos, entre eles destacam-se momentos de incertezas, ansiedade, consolidação da auto-imagem e de auto-estima, amadurecimento sobre imposições, regras, valores identidade e família, (Jorge *et al.* 2006). Mas é neste momento em que algumas adolescentes tornam-se grávidas.

2.1.2 Gravidez

A gravidez é um período de crescimento e desenvolvimento do embrião dentro da mulher, (Montgomery, 2004).

Ainda outros autores como Sprintall e Collions (1999), definem a gravidez como um período de vida da mulher, no qual ocorrem profundas transformações endócrinas, somáticas e psicológicas que repercutem em sua vida. Essas mudanças ocorrem da mesma maneira durante a adolescência, o que de acordo com Montgomery (2004)

favorecem o aumento da crise comum em ambas as fases do desenvolvimento, pois a gravidez e adolescência são períodos críticos de vida.

Neste estudo adotar-se-á a definição que caracteriza a gravidez como um momento onde ocorre profundas transformações biológicas e psicológicas, porque se o normal da gravidez são transformações, a situação agrava-se quando esta ocorre mesmo na adolescência, grupo alvo deste estudo, daí a escolha desta definição.

2.1.3 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1965), aquela que ocorre até aos 20 anos incompletos, que tem como parâmetro para adolescência a faixa etária entre os 10 e 19 anos. Este conceito fundamenta-se em alguns pressupostos, como: nesta faixa etária predominariam características bi-sexuais não próprias da maturidade sexual; a ideia de que há má evolução dos padrões psicológicos que seguiria padrões etários, ou a passagem duma fase infantil para outra adulta (Bueno, 2007). Embora esta definição seja criticada devido o limite de idade a que circunscreve a adolescência dá ênfase as características do que seria o curso da vida de pessoas em tal ciclo (Castro e Abramovay, 2004).

A gravidez na adolescência é uma questão social reveladora dos paradoxos e tensões inerentes à socialização da adolescente, na qual se forja um delicado e tênue equilíbrio entre a aquisição gradativa da autonomia juvenil (sempre relativa) e a afirmação de heteronomia consoante a função educativa parental.

2.2 A Sexualidade nos adolescentes

Segundo Brandão e Heilborn (2006), a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associados não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo.

O que acontece nos adolescentes à semelhança das pessoas adultas desenvolvem as suas expectativas sexuais sob os constrangimentos impostos pelos papéis e expectativas sociais que fazem parte do mundo em que se vive. Por exemplo, o padrão típico para os

homens envolve o início da expressão sexual com a masturbação sexual com as relações sexuais.

Mas a sexualidade vai para além do acto sexual. Pode ser definida como uma forma de expressão dos afetos, uma maneira de cada adolescente se descobrir e descobrir os outros. A sexualidade engloba a identidade sexual (masculina e feminina); os afetos e a auto-estima; as alterações físicas e psicológicas ao longo da vida; o conhecimento anatómico e fisiológico do homem e da mulher; a higiene sexual; a gravidez, a maternidade e a paternidade; métodos anticoncepcionais; doenças sexualmente transmissíveis; os transtornos sexuais, entre outros (Sprintall e Collins, 1999).

A sexualidade é uma experiência individual regida por diferentes desejos e condutas que a tornam um processo absolutamente pessoal e natural. A forma como cada indivíduo se percebe como um ser sexual é intrínseco à sua natureza e não pode ser modificada por factores externos como a moral, a religião e a imposição de papéis sexuais, sem que isto resulte em grande sofrimento e angústia.

Segundo Sprintall e Collins (1999), a sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinónima de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. A sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contacto e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e integrações, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico. A saúde sexual é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor (Sprintall e Collins, 1999).

A fase do desenvolvimento psicossocial que as adolescentes atravessam é fundamental para a formação e consolidação da estrutura básica da personalidade. Neste período define-se a sensualidade da jovem deixando claro as etapas evolutivas da sensualidade infantil para atingir na sexualidade adulta. Entretanto, emocionalmente ainda não estão preparadas para assumirem a complexidade que envolve uma vida sexual adulta (Joffily, e Costa, 2008).

A sexualidade na adolescência é um assunto preocupante. O sexo, como dizem os autores supracitados, é muito explorado na sociedade ocidental pelos meios de comunicação, publicidade, filme, revistas etc., em algumas sociedades africanas o tema do sexo não é explorado dentro das famílias. O sexo faz parte daquilo que se pode esconder.

Os adolescentes tendem a mostrar dificuldades no planeamento das actividades sexuais com antecedência. Com as mudanças na estrutura da família, a escola passa a ser um forte contexto para o desenvolvimento dum educação sexual que promova no adolescente um senso de auto-responsabilidade e compromisso para a sua própria sexualidade (Schor e Lopes, 1990).

Do ponto de vista social, as mudanças na estrutura da família, separação dos pais ou a deslocação do mesmo para outra parte da sua residência ou falecimento dum deles criam uma desestruturação social que parece estar a contribuir para iniciação sexual precoce do adolescente que passa mais tempo na rua e menos supervisionado por seus familiares (Boruchovitch, 1992).

2.3 Determinantes da gravidez na adolescência

Há vários factores que podem favorecer a ocorrência da gravidez na adolescência dos quais se destacam: pertencer a um grupo desfavorecido (Lereno, *et al.*, 1996; Lores *et al.*, 2007) baixo estatuto na hierarquia social, maior dependência da menina em relação aos seus pais, vida sexual precoce, promiscuidade, falta de informação correcta sobre como evitar uma gravidez (Lereno, *et al.*, 1996; MISAU, 2001; Silva e Salomão, 2003; Alegria, *et al.*, 1989), falta de conhecimentos sobre os riscos de uma gravidez precoce, o casamento prematuro, muitas vezes forçado e abuso sexual da rapariga (MISAU, 2001).

Incluem também no grupo de factores a postura religiosa da menina (Lores, *et al.*, 2007) e falta de cuidados (Frizzo, *et al.*, 2005).

Para Lourenço (2003), os outros factores que concorrem para a gravidez na adolescência são o uso inadequado dos métodos anticonceptivos e/ou de métodos pouco eficazes, para além de outros aspectos que são: o medo da família descobrir o uso de anticonceptivos e a vergonha de se submeter ao exame ginecológico; falta de informação sobre seu próprio ciclo reprodutivo; falta de informação sobre prevenção de gravidez por parte dos pais; falta da atenção aos seus peculiares problemas e o sentimento de abandono; falta de preparação da adolescente por parte dos pais ou familiares para a vida sexual ocasional.

Para Almeida (1998), parte dos factores motivacionais que concorrem para a gravidez da adolescente são: o desejo de se sentir adulta e ser tratada como tal; o desejo de ter alguém para proteger; e finalmente o desejo de assumir uma responsabilidade especial.

2.4 Experiências e percepções das adolescentes com relação à gravidez

A maioria dos estudos feitos sobre a gravidez na adolescência está virada para as consequências da gravidez. Por exemplo, Spear (2001) conduziu um estudo hermenêutico que examinou as experiências da gravidez na adolescência. Este estudo revelou optimismo na gravidez por parte das adolescentes. Com a gravidez, as adolescentes podem ganhar a responsabilidade, respeito e reconciliação com elas mesmas. Mas um outro estudo conduzido por Paskiewicz (2001) concluiu que a gravidez é caracterizada por conflitos, isolamento nas relações com amigos e pais.

Ainda em relação as percepções e experiências da gravidez, Dias e Gomes (1999) defendem que para adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada por outro lado, um estudo fenomenológico conduzido por Jorge *at al.* (2006) concluiu que em algumas adolescentes a descoberta da gravidez é uma surpresa, algo não esperado e que está fora dos seus planos. Assim, a ideia de gravidez tem estado muito longe de lhes acontecer.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro – Brasil e Maputo - Moçambique (Lourenço, 2003) mostrou que a maior parte das adolescentes a sua gravidez não foi intencional e que repercutiu negativamente na vida delas por adiar suas actividades escolares e outras, próprias da faixa etária.

2.5 Implicações da gravidez na vida da adolescente

A gravidez na adolescência tem sido referida por diversos autores como um importante factor de instabilidade na vida de jovem mãe, porque conduz-lhe à rejeição pelo seu anterior sistema de apoio afectivo e marginalização face à instituição escolar e a vida profissional (Faria *et al.*, 1996) ou à precária inserção no mundo de trabalho (Brandão e Heilborn, 2006).

Segundo Neto (2007), gravidez na adolescência nos países em desenvolvimento é considerada um risco social e um problema grave de saúde pública devido aos problemas que causa, como por exemplo, abandono escolar, o risco durante a gravidez devido a não realização de consultas pré-natais de qualidade, conflitos familiares que vão desde a não aceitação da gravidez pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, a discriminação social e o afastamento da adolescente do seu próprio grupo.

A gravidez na adolescência pode levar a morte da gestante (Oliveira, 1998; Machungo, 2004; Goldenberg, *et al.*, 2005). Também pode levar a infecções urinárias, anemia (Osório, C. 2007; Alegria, Schor e Siqueira, 1989); ameaças de parto prematuro, toxemia gravídica, parto arrastado com necessidades de cesariana e com risco de ruptura do colo de útero, infecções urogenitais especialmente decorrentes de partos feitos em más condições (Alegria, *et al.*, 1989).

Outras implicações estão ligadas ao próprio recém-nascido. Segundo Goldenberg, *et al.*, (2005) filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer e conseqüentemente maior probabilidade de morrer. As crianças podem também ter problemas da desproporção céfalo-pélvica. O baixo peso referido da criança pode

levar a morbi-mortalidade perinatais. A pré-maturidade é considerada abaixo de 37 semanas (Golbenberg *et al*, 2005). A pré-maturidade pode dispor a criança a problemas imediatos ao nascimento ou tardios tais como: hipoxia, síndrome da membrana hialina, tocotraumatismos, hemorragia intra-cranianas, infecções hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor futuro.

Segundo Osório (2007), a gravidez na adolescência também pode implicar a exclusão social, dificuldades em aceder aos hospitais por motivos de medo de represália ou ignorância, ou ainda a falta de posse e marginalização da gestante.

Os pais podem reagir com zangas, desapontamento, vergonha e sentimentos de culpa radicados na própria desarmonia conjugal. Muitas vezes, os amigos da jovem e o namorado afastam-se e finalmente repudiam-na. As pressões sobre a adolescente podem levá-la a tomar decisões graves, como a fuga do lar, o suicídio, o aborto provocado, a entrega de filho para adopção ou aos avós ou ainda, a um casamento de circunstâncias quase sempre voltadas ao insucesso.

A gravidez na adolescência nem sempre apresenta implicações negativas para a adolescente como está referido, mas também pode ter implicações positivas como referiu Castro *et al*. (2004) que o ter filhos pode ser para muitas adolescentes expressão de poder, compensação de outras faltas. E também pode envolver a alegria, satisfação, resposta a determinada situação vivida dentro da família ou ainda do seu meio ambiente. Pode também, em alguns casos, fortalecer a relação entre a jovem e os pais.

2.6 Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência

Ao nível psicológico a gravidez na adolescência pode causar na gestante uma auto-estima baixa, vivência de alto nível de *stress*, humilhação, tristeza, insegurança, depressão e choros (Davidoff, 2001).

A auto-estima pode ficar baixa, uma vez que a adolescente pode ficar confusa e assumir-se como culpada da situação, sentir-se inválida e incompetente em gerir as vontades ou conflitos da adolescência. A vivência de altos níveis de *stress* pode acontecer devido a

frustração, insónias criadas pela dificuldade de gerir os problemas e também pode-se dever à pressão social, sobretudo dos pais, e das outras adolescentes da mesma idade que não tiveram a experiência da gravidez. A humilhação consiste em sentir um peso de consciência ou receber palavras injuriosas dos pais ou outras pessoas. A insegurança pode surgir devido às dúvidas em relação ao futuro da adolescente e o medo pelo desenrolar da gravidez em si. A depressão acontece devido a todos outros motivos já mencionados acima.

Segundo Sprintall e Collins (1999), as consequências psicológicas de uma maternidade fora do casamento, durante a adolescência, são igualmente severas. O número de mães adolescentes que tenta o suicídio é sete vezes superior ao das outras jovens que não têm filhos.

A gravidez na adolescência pode causar na gestante os seguintes aspectos psicológicos positivos: alegria, conforto, segurança, aceitação na família e na comunidade (Seamark, e Lings, 2004; Montgomery, 2004; Montgomery, 2000). Durante a gravidez a adolescente enfrenta um dilema na tomada de decisão: continuar ou interromper os estudos? Continuar ou interromper a gravidez? Continuar ou interromper a vida na família?

Uma gravidez na adolescência envolve além dos parceiros, as respectivas redes familiares onde a adolescente se encontra enquadrada (Heilborn, 2002). É nesse meio familiar onde a adolescente grávida pode-se sentir valorizada ou rejeitada dependendo da reação dos seus familiares e também pode ser considerada adulta e preparada para o novo estatuto; e em caso de rejeição pela família poderá ser considerada como a culpada e violadora das normas pela situação.

2.7 Conhecimentos e o uso de anticonceptivos na adolescência

Os métodos anticonceptivos são recursos que podem ser usados, tanto pelos homens como pelas mulheres, para evitar a gravidez. (MISAU, 2002; Geração BIZ, (sd).

Segundo Dembo e Lundell (1979), um dos factores associados a não uso de anticonceptivos na adolescência é a falta de conhecimentos das adolescentes acerca dos

anticoncepcionais e questões sexuais. Estudos mais recentes indicam que este grupo continua mal informado, apresentando falta de compreensão de assuntos como o ciclo menstrual, o tempo de fertilidade e o processo de concepção (Boruchovitch, 1992). As adolescentes têm pouca consciência de que o uso de preservativo reduz o risco de gravidez ou de transmissão sexual. E apesar da adolescente se sentir capaz de ter relações sexuais com alguém, ela não se sente à vontade para discutir com seu parceiro questões ligadas ao uso de anticoncepcionais (Byrne, 1983).

De acordo com Byrne (1983), o uso dos métodos anticoncepcionais na adolescência envolve cinco etapas:

- *Primeira etapa*: a adolescente precisa ter informação científica a respeito de anticoncepcionais.

- *Segunda etapa*: a adolescente precisa reconhecer a possibilidade de seu engajamento e alguma relação sexual (essa etapa é árdua pois ela tende a ter dificuldades de planejar as atividades sexuais com antecedência).

- *Terceira etapa*: a adolescente precisa seleccionar, obter e saber usar correctamente o método escolhido.

- *Quarta etapa*: está relacionada com a comunicação, isto é, espera-se que a adolescente comunique a sua decisão escolhida ao seu parceiro.

Quinta etapa: uso efectivo e competente do anticoncepcional.

Segundo Costa (1998), a iniciação sexual precoce entre adolescentes tem sido motivo de preocupação em decorrência da frequente associação desse comportamento com desconhecimento sobre anticoncepção e saúde reprodutiva. Grande número de adolescentes encontra dificuldades para compartilhar suas vivências com a família, pelo temor de comprometer o relacionamento mútuo.

Segundo MISAU (2002), Geração BIZ (s/d) em Moçambique há vários métodos usados para a prevenção da gravidez, entre outros destacam-se:

- **Preservativo**: serve para prevenir a gravidez e as doenças de transmissão sexual e SIDA;

- **O diafragma** não interfere no ciclo menstrual, ajuda a conhecer melhor o corpo e raramente provoca efeitos colaterais;
- **Calendário ou Tabela** permite conhecer o ritmo do ciclo menstrual da mulher e localizar os dias do “período fértil”, isto é, os dias com possibilidades de engravidar, para evitar ter relações sexuais com penetração vaginal nesse período, a não ser que se use o preservativo ou o diafragma.
- **Coito Interrompido** que é uma prática que consiste em retirar o pénis da vagina antes da ejaculação.
- **Pílulas** É um comprimido feito com hormonas não naturais e de diferentes dosagens. Aconselha-se às adolescentes a esperar, no mínimo, 2 anos de menstruação regular para iniciar a tomar pílulas como método de contraceção.
- **As injecções**, como Perlutan ou Depo-Provera, são administradas por via intramuscular de uma só vez e são válidas por um período que varia de 1 a 3 meses.
- Os **implantes**, que aparecem sob o nome de Norplant, são inseridos no corpo através de bastonetes de hormonas colocados sobre a pele, geralmente na parte interna do braço. A sua acção pode ser de 3 a 5 anos.
- **Dispositivos Intra-Uterinos - DIU** É um objecto que, colocado no interior do útero através da vagina, evita a concepção. O único dispositivo utilizado em Moçambique é o DIU (dispositivo intra-uterino).
- **Laqueação ou ligação de trompas** consiste em cortar ou obstruir/amarrar as trompas, impedindo o encontro do óvulo com o espermatozóide.

Segundo Costa (1999), os métodos anticonceptivos recomendados para as adolescentes devem ser de fácil obtenção, de baixo custo e sobretudo reversíveis. Ainda para o mesmo autor o preservativo é considerado um método contraceptivo eficaz e de baixo custo, na responsabilidade da contraceção, representando uma opção para adolescentes, além de ser o único método que previne a ocorrência de DTS e SIDA.

Segundo Geração BIZ (s/d) dos métodos de contraceção disponíveis em Moçambique, o preservativo masculino/feminino e a pílula, são considerados os melhores para a prevenção da gravidez na adolescência. Entre eles, a pílula contraceptiva é considerada como o melhor

método, uma vez que é altamente efectiva, de fácil administração, bem tolerada pela adolescente e não compromete a fertilidade no futuro. O preservativo, como método de barreira, é extremamente eficaz quer para prevenção da gravidez quer das DTS/HIV/SIDA.

O uso desses métodos por parte da adolescente depende da educação sobre os mesmos que a adolescente tiver. Segundo Dembo e Lundell (1999), quanto mais alto o nível da aspiração educacional entre as adolescentes, maior é o uso de anticonceptivos por parte das mesmas.

2.8 Algumas considerações sobre Fenomenologia

A fenomenologia, como método de investigação, originou a partir dos trabalhos de Edmundo Husserl (1859 – 1938). Ele acreditava que o fenómeno vivido ou experimentado por um indivíduo não pode ser separado daquilo que o próprio indivíduo narra ou descreve sobre esse mesmo fenómeno no âmbito dum estudo (Jasper, 1994). Portanto, a fenomenologia é feita através das descrições pessoais/individuais de cada um dos participantes dum estudo. Subsequentemente ao Husserl, outros investigadores desenvolveram ainda mais a Fenomenologia como ciência, com destaque para os seguintes: Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Giorgi entre outros (Creswell, 1998). Algumas áreas científicas que mais recorrem à Fenomenologia incluem Ciências Sociais e Humanas especificamente Sociologia, Ciências de Educação, Psicologia, e Ciências de Saúde.

Ainda, segundo Turato (2005), as pesquisas qualitativas nas áreas de saúde valorizam, entre outros aspectos, os assuntos ligados a percepções/pontos de vista, perspectivas que estudam o modo de apreender que se dá pelos órgãos de sentidos dos sujeitos da pesquisa tendo como objectos os fenómenos que se apresentam como tais para sua identificação por parte do pesquisador. Por outro lado, as pesquisas qualitativas valorizam as vivências/experiências da vida que indaga o percebido e lembrado do que se viveu, sobre sentidos desconhecidos no processo da vida, ou sobre as significações não ditas dos conhecimentos adquiridos e acumulados historicamente pelas pessoas e grupos. É nesta metodologia qualitaiva onde se assenta o método fenomenológico. Nesta investigação segue-se uma abordagem fenomenológica, porque descreve as experiências e vivências

individuais de cada um e as perguntas orientadas pelo entrevistador centram-se na experiência e/ou percepção dos entrevistados (Creswell, 1997; Giorgi, 1985).

A perspectiva fenomenológica utilizada no âmbito deste estudo foi a de Husserl. Na visão de Husserl, segundo Giorgi (1985), a fenomenologia é uma ciência rigorosa, mas não exacta. Husserl considera fenomenologia como uma ciência eidética¹ que procede por descrição e não por dedução, ocupando-se de fenómenos vividos da consciência, e narrados como actos e os correlatos dessa consciência.

Segundo Corrêa (1997), enquanto modalidade de pesquisa qualitativa, a fenomenologia busca a compreensão do fenómeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações. O pesquisador não parte de um problema específico, mas conduz a sua pesquisa a partir de uma interrogação a cerca de um fenómeno, o qual precisa ser situado, ou seja, estar sendo vivenciado pelo sujeito. Para Giorgi (2006), com a filosofia fenomenológica obtem-se melhores conhecimentos na sociedade contemporânea e esta filosofia transformou-se num método que muitos cientistas estão interessados em usar quando estudam os fenómenos. O que se busca na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua expectativa vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições desses sujeitos.

2.9 Justificação

A escolha deste tema prende-se ao facto de não haver muita informação sobre o assunto aqui em Moçambique. O estudo recorre a uma abordagem fenomenológica sobre experiências e percepções da gravidez que poderá contribuir na melhor compreensão do fenómeno da gravidez na adolescência. A compreensão desse fenómeno é fundamental para o desenho de políticas relacionadas à prestação de atenção às jovens adolescentes grávidas.

¹ Corresponde ao olhar da inteligência para as próprias coisas captando a sua essência e elaborando um conceito para o fenómeno, isto é consiste numa análise para encontrar o seu verdadeiro significado.

3.OBJECTIVOS

3.1 Objectivo Geral

- Compreender as experiências e as percepções sobre a gravidez na adolescência sobretudo as relacionadas com a decisão de levar a gravidez ao termo e os problemas sócio-económicos e de saúde vivenciados pelas adolescentes ao longo da gravidez.

3.2 Objectivos específicos

- Descrever as experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência sob perspectiva das jovens envolvidas no estudo;
- Avaliar os factores favorecedores e as barreiras na decisão de levar a gravidez ao termo, incluindo as influências do agregado familiar e do parceiro;
- Avaliar as dificuldades vividas durante a gravidez na adolescência, com relação aos aspectos sócio-económicos e de saúde.

3.3 Pergunta de pesquisa

- Quais são as experiências e percepções das adolescentes que tenham tido uma gravidez de termo? Como os factores sócio-económicos e culturais contribuíram para a decisão de levar a termo a gravidez?

4. MATERIAL & MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se dum estudo qualitativo que recorre ao método Fenomenológico sob perspectiva de Husserl, assim como descrita por Giorgi (1985). Esta abordagem qualitativa fenomenológica pareceu a mais apropriada para responder à pergunta de pesquisa que foi colocada para este trabalho. A abordagem qualitativa é a mais apropriada para elucidar os complexos processos de constituição da subjectividade, como as crenças, as experiências e as percepções, os processos individuais de tomada de decisão (Holanda, 2006). Ao contrário, os métodos quantitativos procuram, entre outros, a predição, a descrição e a medição (Holanda, 2006). A fenomenologia reporta a vida de um determinado indivíduo, descreve o significado das experiências vividas por certas pessoas. Em suma, os fenomenólogos exploram a estrutura da consciência na experiência humana. No prefácio

da obra *Phenomenology and Psychological Research*, de Giorgi (1985), demonstra-se que o método fenomenológico é utilizado para pesquisas de fenómenos humanos, tais como vividos e experimentados. Assim, a fenomenologia pareceu a abordagem mais apropriada para este estudo porque permite compreender as experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência a partir das pessoas que viveram essas mesmas experiências.

4.2 Local de estudo e procedimentos de arrolamento dos participantes no estudo

O estudo decorreu no Hospital Geral de Chamanculo (HGC) entre os meses de Março e Junho de 2009. O Hospital localiza-se no Distrito Urbano número 2, na Cidade de Maputo. Este local foi escolhido por conveniência por possuir uma maternidade e também por ter um serviço de consultas de atendimento de crianças incluindo a consulta de peso de crianças. Estes dois locais foram vistos como potenciais para aceder as mães adolescentes. Contudo, porque se pretendia arrolar para este estudo as mães adolescentes que tivessem tido gravidez de termo, achou-se conveniente procurá-las na consulta de atendimento de crianças. Assim, todas as mães adolescentes elegíveis para este estudo foram abordadas nas consultas de peso de crianças se cumprissem com os critérios de elegibilidade estabelecidos para este estudo que foram: ser jovem adolescente com idade ≤ 19 anos e que tenham tido uma gravidez de termo; ter a sua criança a ser acompanhada nas consultas de peso no HGC; e aceitar participar no estudo voluntariamente quando convidada para tal.

O pessoal da saúde em serviço no local onde decorreu o estudo foi informado sobre o estudo e apoiou na divulgação do estudo às mães que atendiam as consultas. Aquelas que eram elegíveis foram abordadas pelo investigador que forneceu mais detalhes sobre o estudo. As que consentiram foram convidadas pelo investigador para participarem numa entrevista agendada por consenso. As mães adolescentes foram sendo recrutadas até se alcançar a *saturação teórica* que consistiu em suspensão de inclusão de novas participantes quando o investigador ficou com a percepção de que a informação recolhida começava a ser repetitiva ou quando teve a percepção de que não surgiam novos assuntos durante as últimas entrevistas efectuadas no âmbito deste estudo. Antes de começar com as entrevistas, as participantes eram novamente informadas sobre a pesquisa, os

objectivos e a importância. Todas as adolescentes que participaram no estudo assinaram a folha de consentimento informado (Anexo H).

4.3 Recolha de dados

As entrevistas tiveram lugar num gabinete na US disponibilizado pelos responsáveis da US onde decorreu o estudo. Este espaço era relativamente confortável e permitiu que o processo de entrevista pudesse decorrer com a devida privacidade e conforto para as entrevistadas.

Nesta investigação foi utilizado um guião de entrevista (Anexo A.) constituído por cinco tópicos seleccionados com base na revisão da literatura sobre o assunto. Assim, os tópicos foram os seguintes:

- As experiências e percepções sobre a gravidez;
- Reação dos familiares, amigos e parceiro no contexto da gravidez;
- Dificuldades enfrentadas durante a gravidez;
- Experiências e percepções sobre os cuidados recebidos ao nível da US;
- Experiências com os métodos anticonceptivos;

As entrevistas foram gravadas para ajudar ao investigador a prestar maior atenção às respostas das entrevistadas em vez de se preocupar em tirar notas. A gravação era anonimizada de modo que não fosse possível a sua identificação por outras pessoas. Antes do início da entrevista eram pedidas às mães adolescentes para ficarem à vontade para permitir que partilhassem com o pesquisador as suas experiências e percepções durante a entrevista. A entrevista foi conduzida pelo pesquisador. Cada entrevista durou cerca de 25 a 35 minutos. Este estudo foi iniciado após a aprovação pela Comissão Nacional de Bioética (Anexo E).

4.4. Análise de dados

A análise dos dados foi efectuada com recurso ao **método de análise fenomenológica** proposto por Giorgi (1985). Este método, segundo Giorgi (1985) oferece quatro passos claros para análise de dados que são:

- **1º Passo:** foram feitas múltiplas leituras após as transcrições afim de compreender o fenómeno em estudo numa forma geral.
- **2º Passo:** foram identificadas unidades significativas com base em aspectos considerados relevantes no âmbito do fenómeno em estudo. Unidades significativas eram aquelas partes/seguimentos das transcrições que parecem importantes para o investigador no contexto do fenómeno estudado. Assim, no contexto específico deste estudo, procurou-se identificar nas transcrições segmentos que se referiam de algum modo às experiências e às percepções das entrevistadas sobre o fenómeno em estudo. Foram anotadas com maior rigor as experiências e percepções individuais das mães adolescentes.
- **3º Passo:** consistiu em transformação das unidades significativas em linguagem técnica procurando enfatizar o fenómeno investigado.
- **4º Passo:** consistiu na busca numa síntese das unidades significativas transformadas em uma estrutura consistente procurando captar as experiências e percepções da gravidez

Esta metodologia de análise de dados permitiu obter a síntese da estrutura do fenómeno investigado, primeiro em estudo para cada participante e em seguida para o conjunto das participantes o que permitiu compreender melhor o fenómeno em estudo.

4.5 Validade ou rigor do estudo

A validade dos estudos fenomenológicos baseia-se em seguintes aspectos: credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade (Loureiro, 2006). Assim, de seguida caracterizam-se cada um desses aspectos referidos:

- **Credibilidade** consiste na busca de experiências vividas pelo entrevistado utilizando a entrevista e baseando-se na *saturação* dos dados para terminar a inclusão de novos dados e pela privacidade e conforto no local da entrevista.

Para a colheita de achados, neste estudo, usou-se uma entrevista semi-estruturada que explorou as experiências e percepções vividas pelas adolescentes e a suspensão de inclusão de novos dados fez-se através da *saturação*.

- **Transferibilidade** apresenta-se como paralelo à validade externa embora os dados deste estudo não podem ser generalizados, eles podem ser usados pela audiência se forem aplicáveis a uma nova situação. Utiliza-se amostras intencionais no sentido de verificar informações profundas sobre o fenómeno.
- **Dependência** é paralelo a fidedignidade, isto é, estabilidade. Consiste na apresentação de uma documentação detalhada de todo o processo de pesquisa bem como das decisões metodológicas tomadas que assegurem ao auditor a apreciação dos achados do estudo. Portanto, face à documentação apresentada, outros investigadores devem ser capazes de seguir o processo de investigação e poderem chegar a conclusões semelhantes, tendo em conta os dados recolhidos, a perspectiva e a situação.
- **Confiabilidade** é paralelo à objectividade. Consiste numa descrição das referências e abordagem fenomenológica e a utilização de autores relevantes que descrevem e aconselham este método. Os achados são confrontados com os de outros estudos fenomenológicos; apresenta-se os relevantes aspectos encontrados ao longo do estudo; faz-se uma síntese e apresenta-se as implicações do fenómeno estudado e finalmente dá-se recomendações (Loureiro, 2006).

Outros aspectos que os estudos fenomenológicos fazem uso para garantir a validade e o rigor essenciais numa pesquisa são:

- **Redução fenomenológica:** consiste no afastamento prévio de tudo que possa interferir na realidade, distorcer o seu sentido, sua autenticidade (não se trata de negar a realidade, mas de permitir a revelação da experiência na sua forma autêntica);
- **Redução eidética:** consiste na descrição do fenómeno de modo que se revele a sua essência;
- **Redução transcendental:** procura-se chegar a essência através das ideologias, crenças, valores, entre outros presentes nas vivências narradas.

Assim, no âmbito deste trabalho foram levados em conta todos esses aspectos para garantir a validade e o rigor necessários a qualquer processo de investigação científica, sobretudo, àquele que recorre ao método qualitativo como este.

4.6. Considerações éticas

A participação das adolescentes menores de 18 anos foi possível após o consentimento das pessoas adultas que as acompanhava. Aos acompanhantes dessas adolescentes foram-lhes informados que o resultado das entrevistas seria confidencial. Para as adolescentes com idade igual ou superior a 18 anos assinaram o termo de consentimento informado pessoalmente. O seguimento do estudo só foi possível após a sua aprovação pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique e todos os princípios éticos recomendados foram seguidos.

5. ACHADOS DO ESTUDO

Das 26 mães adolescentes que consentiram participaram na entrevista apenas uma não se apresentou. Portanto, o estudo apresenta os achados das entrevistas efectuadas a 25 mães adolescentes.

5.1 Características sócio-demográficas das participantes

Participaram no estudo 25 mães adolescentes com idade compreendida entre 15 e 19 anos das quais 3 tinham 15 anos; 4 tinham 16 anos; 5 tinham 17 anos; 7 tinham 18 anos e finalmente 6 tinham 19 anos.

Das 25 mães adolescentes entrevistadas 11 tinham 2 filhos, o que quer dizer que estas adolescentes eram mães pela segunda vez. Os dados sobre a educação formal estão sumarizados na Tabela em baixo.

Tabela: Educação formal

Classe a que a mãe adolescente terminou	Número de mães adolescentes
1 ^a -5 ^a	4
6 ^a -7 ^a	7
8 ^a -10 ^a	13
11 ^a - 12 ^a	1
Total	25

De todas as mães adolescentes entrevistadas somente 5 é que continuam a estudar no curso noturno, mas todas elas referiram terem abandonado os seus estudos durante a gravidez.

Das 25 mães adolescentes entrevistadas 16 viviam maritalmente e as restantes viviam com os pais ou outros familiares. Das 16 que viviam maritalmente, algumas 4 referiram que viviam com os pais do parceiro uma vez que ainda não possuíam casas próprias ou condições de viverem sozinhas. De referir que 2 das entrevistadas haviam perdido ambos os pais e 3 haviam perdido um dos pais.

Dentre as entrevistadas 20 nasceram na Cidade de Maputo e viviam no Bairro de Chamanculo; 1 mãe adolescente nasceu na Rússia e vivia no Bairro de Alto Maé; 3 nasceram na província de Gaza e viviam no Bairro da Malanga e 1 nasceu em Inhambane e vivia no Bairro Luís Cabral.

5.2 Unidades significativas identificadas

Os estudos fenomenológicos para a análise dos seus achados recorrem, antes de mais, a identificação das unidades significativas que são categorias de referência para a interpretação do fenómeno em estudo. Para a elaboração de unidades significativas o pesquisador baseou-se em dois momentos: relato ingénuo e identificação de atitudes (Morreira, *et al.* 2004). O relato ingénuo consiste na gravação de dizeres do sujeito da sua forma original sem alterar a grafia ou substituir termos. Depois segue-se a identificação de atitudes que consiste em não perder de vista o sentido geral do discurso do fenómeno

pesquisado o que pode ser conseguido através de várias leituras de depoimentos dos sujeitos em estudo captando o sentido através da seleção de passagens mais ricas do discurso do sujeito. Assim, o autor deste trabalho identificou 4 unidades significativas que são apresentadas abaixo:

1. Experiências e percepções sobre a gravidez;
2. Família, amigos e parceiro no contexto da gravidez na adolescência;
3. Dificuldades enfrentadas durante a gravidez e como mãe adolescente;
4. Experiências, conhecimentos sobre os métodos anticoncepcionais e seu uso;

Estas são as unidades significativas que o autor deste estudo usou para compreender o fenómeno das experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência com maior rigor com a finalidade de descrever o fenómeno tal como ele se apresenta, sem reduzi-lo a algo que não parece.

5.2. 1. Experiências e percepções sobre a gravidez

As jovens adolescentes entrevistadas no âmbito deste estudo apresentaram uma diversidade de experiências e percepções sobre a gravidez. Entre elas encontram-se aquelas que tiveram a experiência de gravidez pela primeira vez, mas também algumas vivenciaram a experiência pela segunda vez. Em relação àquelas adolescentes que são mães pela primeira vez, foram encontradas as seguintes experiências negativas: medo, tristeza, vergonha, sensação de insatisfação, interrupções de estudos (escola), rejeição pelos pais ou pelo parceiro. Em seguida apresenta-se alguns trechos de entrevista ilustrando estes aspectos.

“Quando fiquei grávida sentia-me mal, porque perdi ir à escola. Sentia-me ainda muito mal quando o meu pai disse-me que deveria ir viver com o homem que me engravidou. Assim, ele me expulsou de casa e nunca me quis ver. Nessa altura, senti-me abandonada, rejeitada pelo próprio pai, hiii.... Foi difícil (choro...)”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

“Durante a minha gravidez senti muito medo, porque tinha muita incerteza do que fazer com a barriga. Para além disso, sentia muita vergonha no meio das minhas colegas da minha idade que não estavam grávidas, por isso abandonei a escola. E também andava triste”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos).

Entretanto, algumas das entrevistadas referiram terem vivido experiências que se podem considerar como positivas: o apoio dos familiares do parceiro responsável pela gravidez, sentimentos de maior responsabilidade, alegria por ter concretizado o sonho e de ter um filho, como se pode ilustrar nos seguintes trechos:

“Quando fiquei grávida me senti bem, porque os familiares do meu namorado ficaram interessados com a minha gravidez, porque iria lhes dar o filho e eu fiquei feliz, porque teria alguma segurança para sustentar a minha filha”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“Quando fiquei grávida não fiquei assustada porque precisava dum filho eu até pensava que não dava filho, porque tinha namorado com vários homens e ninguém me engravidava. A minha mãe ficou nervosa porque não esperava esta gravidez e queria-me ver a estudar, mas eu lhe disse que mesmo assim eu não queria fazer aborto, porque era perigoso”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

De referir que algumas jovens referiram ter tido experiências e percepções que se podem considerar como uma mistura de aspectos positivos e negativos como a citação abaixo ilustra:

“Tive muito medo com a minha gravidez, medo dos meus pais saberem, medo do que poderia acontecer na minha vida, se podia morrer ou não. A minha sogra é que me ajudou a manter a gravidez. Achei positivo por manter a gravidez, porque tinha o meu namorado que queria o filho. Deveria agradecer a ele como pai.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, órfã do pai, tinha 16 anos de idade).

Apesar de temores ou receios de levar a gravidez ao termo, algumas entrevistadas fazem referências às estratégias utilizadas para superar esses receios como ilustra a citação abaixo:

“Quando fiquei grávida senti-me mal, porque era a primeira gravidez, mas depois me acostumei. Eu soube que estava grávida quando não apanhava a menstruação do mês seguinte. Consegui

ultrapassar o estado de tristeza, porque as pessoas foram-me aconselhando. Quando fiquei grávida deixei de brincar. Os meus amigos foram-me ajudando ao longo da gravidez". (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, órfã de pais, tinha 17 anos de idade).

Apesar de todas as entrevistadas terem todas uma gravidez de termo algumas já tinham pensado em interromper a gravidez, como refere a citação que se segue:

"Quando fiquei grávida tive medo até queria tirar a gravidez, mas não consegui. Tentei tirar numa clínica, mas não consegui, porque o medicamento que me deram para tomar não deu efeito, mas fiquei doente durante duas semanas e nessa altura saía um pouco de menstruação, mas nunca a minha gravidez se destruiu. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, órfã dos pais, tinha 15 anos de idade).

Algumas mães adolescentes que vivenciaram o fenómeno da gravidez pela segunda vez mostraram a transição da primeira para segunda gravidez e nesta revelaram sentimentos de responsabilidade, de aceitação da gravidez e ter sido intencional como é demonstrado nas narrativas abaixo:

" Na primeira gravidez fiquei triste e com vergonha na escola, mas nesta segunda já esperava que algum dia aconteceria. Nesta segunda gravidez, recebi muita ajuda dos meus pais, do meu parceiro e da minha irmã. Todos estiveram a favor da minha gravidez. Muitas das minhas amigas também têm bebés. Agora não há vergonha de ter dois ou mais crianças sem pai presente". (Mãe com 2 filhos, era solteira, vivia com os pais, tinha 16 anos de idade).

"Quando fiquei grávida mudei de comportamento senti-me mais responsável sobretudo nesta segunda gravidez. Fiquei grávida porque queria filho (...), pelo menos o pai da criança alimentá-nos e também deixei de fazer brincadeiras, namorar de mais com qualquer homem". (Mãe com 2 filhos, era solteira, órfã do pai, tinha 19 anos de idade).

Mas algumas mães adolescentes com dois filhos referiram ter tido outro erro e não como desejo ao ter a segunda gravidez, e ter sido rejeitadas e vistas como desobedientes pelos seus pais. Porém, a segunda gravidez trouxe-lhes alguma responsabilidade como se viu nos trechos anteriores e se pode ver ainda nos trechos seguintes:

“Quando fiquei grávida fiquei com medo e os meus pais pioraram a minha situação de medo porque eles ficaram muito zangados comigo e consideraram-me como a filha desobediente e imatura. Assim, vi-me rejeitada deles e de resto dos familiares uma vez que não aprendi com o primeiro erro, agora estou no segundo erro, mas acho que estou sendo mais responsável”. (Mãe com 2 filhos, era solteira, vivia com os pais, tinha 19 anos de idade).

“Quando fiquei grávida senti-me assim (... sem palavras...) ele propôs-me tirar a gravidez, mas preferi deixar e não tirar. Mas ele disse-me que se não fizer o aborto não iria assumir. Assim, nunca assumiu até hoje. Mesmo na primeira gravidez também foi um erro. Assim os meus pais não querem saber nada de mim. A gravidez ajudou-me a mudar o meu comportamento. Prefiro ter filha ao fazer aborto, porque tinha medo de morrer”. (Mãe com 2 filhos, era solteira, orfã do pai, tinha 19 anos de idade).

Os cuidados recebidos ao nível da unidade sanitária também fazem parte das experiências vividas durante a gravidez e contribuem para a percepção da mesma por parte da adolescente gestante. Por outro lado, os mesmos cuidados podem contribuir no aumento de auto-estima e da decisão de levar a gravidez ao termo. Assim, os cuidados recebidos na US são experienciados pelas jovens adolescentes de diferentes formas. É notório nas descrições delas referirem mais dos momentos da gravidez em que procuraram os cuidados médicos, a regularidade com que iam às consultas, e o processo do atendimento no pré-natal.

Todas as entrevistadas que tiveram a gravidez pela primeira vez referiram terem feito a primeira consulta entre o 2º e/ou 3º trimestre da gravidez. Porém a maior parte destas adolescentes (16 adolescentes) fez a primeira consulta pré-natal no 6º mês da gravidez e outras (3 adolescentes) só foram ao hospital para dar à luz, ou melhor, fizeram a primeira consulta relativa à sua gravida no 9º mês e o que lhes levava a não se apresentar ao hospital foram a vergonha e o medo. Estes aspectos são ilustrados pelos seguintes trechos:

“Fui a primeira consulta com 6 meses de gravidez, porque tinha medo de ser insultada pelas enfermeiras, uma vez que eu sou nova então acabei indo aos 6 meses de gravidez, (...)”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

“Fui ao hospital, não porque estava doente, mas precisava de fazer controle, assim abri a ficha com 7 meses de gravidez não fiz consulta nos primeiros meses, porque tinha muita vergonha da minha situação de ser mãe sendo jovem pequena e também tinha medo de ser insultada pelas enfermeiras”. (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 17 anos de idade.).

Uma das entrevistadas que ficou grávida pela segunda vez, referiu ter ido ao hospital por motivos de malária, na primeira gravidez e que na segunda foi nos primeiros meses sem receios como se pode ilustrar no seguinte trecho:

“Na minha primeira gravidez precisei de ir ao hospital, porque tive malária e a enfermeira que me atendeu perguntou-me se tinha a ficha de gravidez eu disse que não. Assim, ela me mandou para fazer consulta, porque esperava que ela me rejeitasse porque eu era nova, mas na segunda gravidez fiz a primeira consulta da minha gravidez nos primeiros meses”. (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

No que concerne ao atendimento hospitalar não há diferenças entre as mães adolescentes que tiveram a gravidez pela primeira e aquelas que tiveram a gravidez pela segunda vez. Algumas mães entrevistadas mostraram ter vivido experiências de atendimentos que lhes parecem ser positivas segundo os trechos em citação:

“No hospital fui bem atendida. Eu esperava ser insultada por ser uma menina nova mas não aconteceu, fiquei na bicha de outras mulheres grávidas, quando chegou a minha vez fui atendida e fui para casa. Assim, a enfermeira viu a minha barriga e mandou-me voltar no mês seguinte sem ter-me insultado como eu esperava.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“Na minha primeira consulta a enfermeira apalpou a minha barriga e disse-me que estava bem e que deveria ir ao hospital todos os meses para controlar a minha gravidez e a minha saúde; perguntou-me se eu estava doente e eu respondi-lhe que estava bem e foi dali que ela me disse

que não deveria faltar às consultas, porque podia estar a prejudicar a minha criança daí que nunca mais faltei.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

Após primeira consulta pré-natal as jovens envolvidas no estudo referem que deram continuidade as consultas subsequentes até dar à luz. Eis algumas narrativas:

“Fiz a primeira consulta aos 4 meses e a partir daí nunca faltei às consultas. Aqui no Hospital fui muito bem atendida que até dei o nome da enfermeira que me atendeu à minha filha.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, 15 anos de idade).

“Fiz a primeira consulta aos 6 meses de gravidez. Aqui no hospital fui bem recebida. Nunca me insultaram. Nunca faltei às consultas.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

5.2.2. Familiares, amigos e parceiro no contexto da gravidez na adolescência

Os amigos, familiares e parceiros desempenham um papel importante na vida das adolescentes, neste contexto, entende-se por familiares as pessoas com quem a adolescente vivia ou que cuidavam dela que poderiam ser pais, tios, irmãos entre outros. Dentre todos esses o papel dos pais parece ser o mais importante. Algumas mães adolescentes entrevistadas vivenciando a gravidez pela primeira vez mostraram total rejeição delas por parte dos seus pais tendo em conta as narrações das entrevistadas. Refira-se que não há diferenças entre mães adolescentes que vivenciaram a gravidez pela primeira e segunda vez, embora tenha sido referenciado alguns aspectos relativos a essas últimas mães.

“O meu pai ficou muito zangado com a minha gravidez nem queria me ver em casa, mas continuei a viver com ele fazer o quê? Aliás, a zanga dele ainda não passou, ele continuou a dizer que é um pai falhado e maldito, que Deus o maldiçoou por ter uma filha desobediente que nem eu. Mas, a minha mãe não reagiu da mesma maneira, primeiro zangou-se muito comigo até não queria falar comigo, mas com o tempo acabou aceitando-me e aceitou que ela seria avó, mas também as minhas tias não gostaram da minha gravidez e sempre disseram que eu era nova não podia ficar grávida”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“Senti-me ainda muito mal quando os meus pais disseram-me que deveria ir viver com o homem que me engravidou. Assim, estou a viver na família dele, porque ele não tem uma casa própria.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, na família do seu marido, tinha 15 anos de idade).

No entanto, uma mãe adolescente referiu uma indiferença dos pais perante o fenómeno da gravidez em que vivenciava como se pode entender no trecho a seguir:

“Quando fiquei grávida, os meus pais não ficaram surpresos, porque o meu namorado era conhecido e nós somos da Igreja.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

Outras entrevistadas referem que outros familiares mostraram insatisfação com a gravidez da adolescente como se mostra nas narrativas abaixo:

“Quem ficou zangado foi o meu irmão e pediu-me para tirar a gravidez e eu disse que gosto muito do meu namorado e é a pessoa que decidi que seja o pai da minha filha”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

“Quem se zangou com a minha gravidez foi a minha irmã porque eu era pequena”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

As jovens envolvidas no estudo umas declararam ter sido rejeitadas pelos amigos e outras aceites. Eis as reacções favoráveis à gravida referidas por uma mãe adolescente:

“As minhas amigas aconselheram-me em não tirar a gravidez porque diziam que ter filho é bom, porque eu podia ter único filho na minha vida”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

Porém, outras mães adolescentes mostraram que a sua gravidez foi o motivo de rejeição e exclusão dentro do seu grupo de amigos e também receberam conselhos para o aborto. Os trechos a seguir ilustram os aspectos referidos:

“Os meus amigos admiraram-se da minha gravidez e pediram-me tirar, porque diziam que ter filho é ser velha, também diziam que iria perder a escola e de facto perdi, mas não aceitei tirar, porque tirar seria aceitar tirar uma vida que Deus me deu” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

“Quando fiquei grávida as minhas amigas falaram mal de mim e disseram que eu era uma vadia sem respeito, e disseram que eu era muito atrevida para chegar aquela fase”. (Mãe com 1 filho vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

“As minhas amigas separaram-se de mim, aliás muito antes da minha gravidez eles já se tinham separado de mim porque eu era uma menina que não queria saber de estudo e consumia muito álcool e é aí onde encontrei a gravidez”. (Mãe com 2 filhos, era solteira, tinha 19 anos de idade)

No que concerne à reacção dos parceiros, as mães entrevistadas referiram diferentes reacções dos seus parceiros, sendo que uns aceitaram e outros rejeitaram a gravidez. A rejeição da gravidez pelo parceiro é expressa nos trechos seguintes:

“O meu namorado negou minha gravidez, porque brigamos antes de ele saber que eu estava grávida. Quando lhe quis informar aí ele disse que a gravidez não era dele e que eu deveria procurar o dono verdadeiro. Hii, sabes como os homens são nem...?” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

Mas nas reacções a seguir pode-se compreender que as mães adolescentes referem as reacções que podem ser consideradas positivas segundo os trechos que se seguem:

“A reacção do meu namorado foi de felicidade, ele disse que era a gravidez que sempre desejava de mim.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade)”

“Quando fiquei grávida o meu namorado aceitou a gravidez e aconselhou-me em não tirar e logo pediu aos meus pais para que eu passasse a viver na casa dos pais dele como a sua esposa. Os meus pais aceitaram e eu não tinha que negar aceitei” (Mãe com 1 filho, solteira, tinha 18 anos de idade).

“O meu namorado quando soube que eu estava grávida ficou muito feliz, aceitou-me e daí começamos a viver juntos” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

Em relação às mães adolescentes que vivenciaram a gravidez pela segunda vez, as reações dos seus familiares têm sido de indiferença ou aceitação da gravidez diferentemente a primeira gravidez como uma mãe adolescente referiu no trecho abaixo:

“O meu pai não reagiu negativamente. Ele disse que como o meu parceiro não aceitou vamos deixar assim. Mas na primeira ele não havia reagido assim, tinha-se zangado muito”. (Mãe com 2 filhos, era solteira, 19 anos).

Para além dos pais que desempenham um papel importante na vida da mãe adolescente as irmãs e outras pessoas mais próximas da jovem adolescente reagiram de diferentes formas. Algumas entrevistadas neste estudo que viveram pela segunda vez a gravidez referiram uma aceitação como ilustra o trecho a seguir:

“A minha irmã não se zangou só disse-me que deveria falar com o responsável da gravidez que foi diferente da primeira vez em que me retirou da sua casa.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente tinha 16 anos de idade).

“A minha tia não se zangou pela minha situação. Quando fiquei grávida fui visitar, a minha mãe mas ela não reagiu negativamente em relação a minha gravidez, porque já estou casada não havia nada a temer”. (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 19 anos de idade).

Algumas adolescentes envolvidas neste estudo que são mães pela segunda vez mostram que ficar grávida pela segunda vez é um desejo e cria satisfação para ela e sua mãe e reforça a responsabilidade da adolescente. Mas refira-se que não há diferenças entre estas e algumas adolescentes que tiveram a gravidez pela primeira vez, visto que referem a satisfação e responsabilidade. Eis as narrativas das adolescentes com a segunda gravidez:

“Quando fiquei grávida pela segunda vez a minha mãe gostou da minha gravidez porque para ela tratava-se da vinda do seu segundo neto. A minha mãe sempre me acompanhou e ela sabia

que eu namorava com aquele moço.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

“Muitas das minhas amigas têm bebês daí que me encorajaram a continuar com a gravidez. Disseram que eu estava de parabéns e ainda disseram que ser mãe pela 2ª vez é entrar numa vida onde as pessoas são mais responsáveis. (Mãe com dois filhos, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

5.2.3 Dificuldades enfrentadas durante a gravidez e como mãe adolescente

As dificuldades vivenciadas pelas mães adolescentes são compreendidas em sócio-económicas e dificuldades de saúde. As mães envolvidas neste estudo referem vários aspectos ligados a dificuldades sócio-económicas: falta de emprego, abandono escolar e falta de dinheiro. Estes aspectos são vivenciados tanto por mães com experiência de 1 filho bem como por aquelas que vivenciaram a gravidez pela segunda vez:

“As dificuldades que tive durante a gravidez é que eu não trabalho e meu marido também não. Desde que fiquei grávida até agora dependemos da ajuda dos meus pais, porque também os pais do meu parceiro estão desempregados”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

“Quando fiquei grávida tive que abandonar a escola, porque comecei a ter medo da direcção da escola, aliás se a direcção soubesse que eu estava grávida seria expulsa, assim antes de passar a vergonha optei por deixar a escola e isso foi bom para mim porque diminui a vergonha que eu tinha”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“O meu problema maior foi de não ter dinheiro para me sustentar e sustentar o meu filho”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 15 anos de idade).

“O meu marido foi para África do Sul. Vivo sem dinheiro e passo muito mal, porque não consigo sustentar a minha criança”. (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 15 anos de idade).

Relativamente às dificuldades ligadas à saúde, algumas jovens envolvidas neste estudo relataram problemas de anemia, dores de abdómen, dores de estomago e infecções

urinárias, tanto as que se tornaram mãe pela primeira vez como as que se tornaram mãe pela segunda vez, como se pode verificar nos trechos a seguir:

“Quando fiquei grávida tive problemas de anemia fiquei de baixa durante muito tempo no Hospital Central, e durante esse tempo passei muito mal, porque não tinha nada para comer o meu marido não trabalha e nem os pais têm emprego, é assim que vivemos a vida”. (Mãe com 1, filho vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

“Eu fui ao hospital para fazer a primeira consulta porque tinha problemas de abdómem, passava sempre doente é assim que a enfermeira descobriu que eu estava grávida de 4 meses”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, 15 anos de idade.)

“Durante a minha gravidez tinha problemas de estomago até aos 9 meses”. (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 17 anos de idade).

“Nas duas grávidas tive problemas de coluna vertebral, passei todo o tempo da gravidez a sentir dores.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“Eu necessitei de ir ao hospital para fazer a primeira consulta e controlo da minha gravidez, porque nessa altura tinha problemas de dores de abdómem, tinha muitas dores e até pensei que iria morrer”. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“Precisei de ir ao hospital enquanto grávida, porque tinha malária.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 19 anos de idade).

5.2.4 Experiências, conhecimentos sobre os métodos anticonceptivos e o seu uso.

O processo de gravidez na adolescência começa geralmente com relações sexuais, que se não forem protegidas podem levar a adolescente a viver experiências do fenómeno gravidez. Os métodos anticonceptivos nesta idade se não forem conhecidos ou usados correctamente também podem determinar vivência de gravidez precoce. Daí a necessidade de se descrever as experiências vividas por adolescentes envolvidas neste estudo sobre os métodos anticonceptivos, o seu uso incluindo a percepção sobre a educação dos mesmos.

No que concerne às experiências, conhecimentos e uso dos métodos anticoncepcionais, algumas mães adolescentes entrevistadas, no âmbito deste estudo, mostraram ter algum conhecimento dos métodos anticoncepcionais. Os métodos mais conhecidos são: pílulas, preservativos e método de injeção. Mas algumas mães apresentam um conhecimento sobre os métodos não consistente:

“Os métodos anticoncepcionais que conheço são: pílulas, injeções ou pica, sei lá..., aparelho e preservativo. Na minha vida já usei o preservativo.” (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 18 anos de idade).

“Os anticoncepcionais que conheço são: pílula e preservativo, mas também ouvi que há injeção para não ficar grávida. Na minha vida já usei pílula e preservativo. (Mãe com 1 filho órfão do pai, vive maritalmente, 15 anos de idade).

Para além do conhecimento dos métodos anticoncepcionais que é referenciado por algumas mães adolescentes, há aspectos de percepção sobre esses métodos, o seu uso ou não, falta de informação que está associado às crenças, a percepção das consequências do uso de pílulas ou outros anticoncepcionais e a forma como a adolescente é percebida quando ela quer enquadrar-se no sistema de planeamento familiar como revelam as narrativas seguintes:

“Os métodos anticoncepcionais que conheço são pílulas injeção, aparelho e preservativo. Nunca usei nenhum método. Nunca gostei de pílulas nem de injeção, porque dizem que a injeção provoca hemorragia.” (Mãe com 1 filho, órfã de pais, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

“Os métodos anticoncepcionais que conheço são pílulas, preservativos. (...). Não usei pílulas, porque a minha cunhada usava e não lhe caiu bem por isso não usei. Também quando uma menina toma pílulas as outras mulheres adultas dizem muitas coisas e outras pensam que tens muitos namorados.” (Mãe com 2 filhos, era solteira, tinha 18 anos de idade).

“Quanto aos métodos anticoncepcionais conheço pílulas, preservativo e injeções. Antes da gravidez já usei preservativo. Fiquei grávida, porque naquele dia falhei. “(Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

Uma mãe adolescente entrevistada no âmbito deste estudo conseguiu identificar os métodos, mas nunca usou e mostrou ter tido dificuldades em comprar por não possuir dinheiro e pelo medo do que se pode dizer a cerca de si, como se pode notar nas seguintes citações:

“Conheço alguns métodos anticoncepcionais, vacina, comprimidos, pílulas e preservativo. Nunca usei nenhum desses métodos. Eu nunca usei pílulas nas minhas relações sexuais, porque não tinha dinheiro para comprar. Mas também porque, quando as pessoas vêem uma menina a tomar pílulas sem filho dizem que você fez aborto. Mas na segunda gravidez com filho já não havia nenhum problema podia fazer o planeamento”. (Mãe com 2 filhos, era solteira, tinha 19 anos de Idade).

Uma entrevistada referiu que descobriu o serviço de planeamento quando acompanhava o filho da sua irmã às consultas de peso segundo se refere no trecho a seguir:

“Os métodos anticoncepcionais que conheço são: comprimidos e preservativos. Na minha vida usei pílula, mas naquele dia da gravidez esqueci tomar. Mas também tomava escondidamente, a minha mãe não sabia que ia a pré-natal. Eu trazia bebé da minha irmã e aí descobri que havia serviços de planeamento.” (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 17 anos de idade).

O uso dos anticoncepcionais por parte de algumas entrevistadas foi feito após o parto consoante a descrição da mãe com 2 filhos:

“Pela primeira vez fui ao planeamento depois do parto. Na minha vida já usei preservativo. Não usava pílulas ou outro método anticoncepcional, porque não sabia. Muita coisa percebeu depois da 2ª gravidez” (Mãe com 2 filhos, era solteira tinha 19 anos de idade).

As mães adolescentes envolvidas no estudo referiram também o que diziam as outras pessoas a respeito do uso dos métodos anticoncepcionais o que provavelmente terá influenciado na tomada de decisão para o seu uso segundo os trechos abaixo:

“Os métodos anticoncepcionais que conheço são: pílulas aparelho e preservativo, na minha vida usei preservativo, fiquei grávida porque houve falha, aprendi sobre os métodos anticoncepcionais na escola e com a minha mãe, mas nunca fui ao planejamento, porque pensei que era feito com pessoas de mais de 25 anos”. (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 17 anos de idade).

“ O método anticoncepcional que conheço é o preservativo, mas já ouvi dizer que outras pessoas tomam comprimidos para tirar grávida. Nunca usei preservativo e nunca tomei nenhum comprimido ou outro medicamento para não ficar grávida.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

A forma como as mães adolescentes aprendem sobre os métodos anticoncepcionais varia de pessoa para pessoa. Os métodos são aprendidos em casa com a mãe, irmãs, grupo de adolescentes da mesma idade ou na escola tanto para as mães que vivenciaram a gravidez pela 1ª vez como as que vivenciaram pela 2ª vez. Estes meios de aprendizagem são bem descritas nos seguintes trechos:

“ Ouvi falar desses métodos com as minhas irmãs e o meu marido, mas depois de dar à luz. Antes de dar à luz sabia que as pílulas deveriam ser usadas por uma pessoa que tem criança, porque você quando toma pílulas sem ter filho pode fechar a sua barriga e não ter filho nunca.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, 18 anos de idade).

“Ouvi das minhas amigas que há comprimidos que se tomam para não ficar grávida mas se você toma e falha fica grávida.” (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 19 anos de idade).

Em relação percepção sobre a educação dos métodos anticoncepcionais na US as mães adolescentes descreveram haver educação e referiram que professores, médicos e enfermeiros e os próprios jovens deveriam estar a frente do processo da educação, como se pode evidenciar nos trechos seguintes:

“Nas unidades sanitárias existe certeza a educação sexual só para pessoas grávidas ou então mães com bebês para evitar que a mãe fique grávida antes do seu bebê completar 2 anos.

Acho que é necessário haver educação para as raparigas não ficarem grávidas ainda cedo e quem deveria ocupar-se dessa educação seriam os médicos e professores.” (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 18 anos de idade).

“Aqui no hospital faz-se a educação sobre esses métodos. A educação deveria ser feita na Cidade de Maputo, porque aqui há muitas brincadeiras (relações sexuais). Quem deveria dar essas informações seríamos nós os jovens.” (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 18 anos de idade).

“No hospital há educação para o uso dos métodos anticonceptivos. Acho que deveria haver campanhas de educação de jovens. Os hospitais, escolas deveriam estar em frente da educação dos jovens. Quem deveria ensinar deveriam ser enfermeiros e professores.” (Mãe, com 2 filhos vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

“Na verdade, há educação dos métodos anticonceptivos nos hospitais, mas é uma educação dirigida àquelas mães que têm filho. Assim, deveria haver educação de jovens que ainda não tiveram filho, mas não conheço os lugares”.(Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, 19 anos de idade).

“Neste hospital tem havido a educação sobre os métodos anticonceptivos. Na minha opinião deveria haver educação para os jovens. Quem deveria estar a ensinar seriam os professores”. (Mães com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 17 anos de idade).

Uma entrevistada declarou que os responsáveis para a educação dos métodos anticonceptivos dos jovens deveriam ser os próprios pais.

Aqui no hospital tem havido palestras sobre o uso de preservativo. Deveria haver mais educação junto das nossas comunidades, e nas escolas, porque há muitas meninas que ficam grávidas ainda muito cedo. As pessoas que deveriam educar seriam os nossos pais, isto é cada pai deveria educar o seu filho e a mãe a sua filha. (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

Entretanto, há uma mãe adolescente que referiu não haver educação na US o que contraria as várias afirmações mencionadas anteriormente:

“Aqui no hospital não há educação. Acho que deveria haver educação para aqueles que não conhecem os métodos. As escolas, concretamente os professores deveriam estar a ensinar as outras pessoas. Assim, os enfermeiros e professores deveriam estar em frente do processo da Educação. Eu aconselharia as pessoas a usar o preservativo, porque para além de evitar a gravidez ajuda a evitar as doenças.” (Mãe com 1 filha, vivia maritalmente, tinha 18 anos de idade).

Ainda outra adolescente duvidou se havia educação na US sobre os métodos anticoncepcionais, embora tenha reconhecido a importância da educação sobre os mesmos.

“Nos hospitais não sei se há educação para o uso da pílula ou outro método anticoncepcivo. Acho que deveria haver educação sim nos hospitais, em casa e nas escolas, quem deveria ensinar seriam as parteiras”. (Mãe com 2 filhos, vivia maritalmente, tinha 19 anos de idade).

Algumas mães adolescentes entrevistadas, no âmbito deste estudo, referiram que deveria haver educação sexual para as meninas que ainda não tiveram experiência de gravidez. As escolas, igrejas, bairros e mercados deveriam ser os locais de educação sexual. Eis algumas afirmações de algumas mães:

“Deveria haver mais campanhas para evitar gravidez na adolescência. Os locais de sensibilização deveriam ser mercados igrejas, e bairros. Quem deveria estar a ensinar seriam os médicos e enfermeiros.” (Mãe com 1 filho, vivia maritalmente, tinha 16 anos de idade).

“No Hospital, há educação sobre os métodos anticoncepcionais. Deveria haver mais campanhas para evitar gravidez na adolescência. Os locais de sensibilização deveriam ser mercados igrejas, e bairros. Quem deveria estar a ensinar seriam os médicos e enfermeiros.” (Mãe com 1 filho, era solteira, tinha 18 anos de idade).

6. DISCUSSÃO DOS ACHADOS

As experiências vividas relacionadas com o fenómeno da gravidez pelas participantes envolvidas neste estudo diferem umas das outras tendo em conta o contexto familiar e social de cada adolescente. Assim, dentre as participantes, há aquelas que viveram o fenómeno gravidez de termo pela primeira e outras pela segunda vez. Há aspectos comuns e diferentes a realçar quanto às experiências vividas pelas adolescentes durante a gravidez. Os aspectos comuns relevantes encontrados nos dois grupos foram: o abandono escolar, vergonha, por se engravidar cedo relativamente as outras adolescentes da mesma idade; sentimentos de culpa pela gravidez e por estar desligado ao ensino; sentimentos de crescimento e responsabilidade por ter que cuidar um filho; dificuldades económicas caracterizadas por fraca capacidade de compra, falta de actividades rentáveis para a sua sustentabilidade, e finalmente a falta de uso dos anticonceptivos. As diferenças encontradas nestes dois grupos foram, para as mães que vivenciaram pela primeira vez a gravidez de termo: consulta pré-natal tardio, iniciadas no sexto mês da gravidez e falta de informação sobre prevenção da gravidez. Relativamente ao grupo das mães que vivenciaram a gravidez pela segunda vez verificaram-se os seguintes aspectos: início de consulta pré-natal precoce e frequência regular às consultas, planificação da segunda gravidez e sentimentos de alegria por estar grávida.

É importante referir que existem diferentes vivências da maternidade e, que pelo menos para um grupo de jovens mães, a maternidade é uma experiência de vida plena de significados positivos e negativos para a adolescente (Silva, 2003; Mercer, 1980; Mercer, 1985; Santos e Schor, 2003).

As narrativas de experiências relatadas por algumas mães adolescentes envolvidas neste estudo variam entre as que se podem considerar positivas e negativas, como exemplo, das positivas destacam-se: o desejo de ter filho e que a gravidez trouxe-lhes alegria, esperança, responsabilidade e crescimento sobretudo as que vivenciaram o fenómeno gravidez pela segunda vez. Segundo Almeida (1987) na gravidez vivencia-se o desejo de ser adulta e ser tratada como tal, o desejo de ter alguém para lhe proteger, o desejo de assumir uma responsabilidade especial e a esperança de que o filho lhe dê amor. Um estudo feito por Lings (2004), intitulado: *Positive experiences of teenage motherhood: a*

qualitative study, revela que para as mães adolescentes ter filho mudou as suas vidas e permitiu-lhes crescer e ser responsáveis para si e para os seus filhos.

As narrativas que se podem considerar como negativas evidenciam-se, entre outras, a vergonha, o medo, e incerteza. Segundo Jorge *et al* (2006) a gravidez na adolescência favorece os sentimentos de culpa, vergonha, e incerteza pela suposta desobediência às leis sociais.

Os factores favorecedores para ocorrência da gravidez na adolescência neste estudo foram basicamente: a desestruturação familiar caracterizada pela perda de um dos pais ou de ambos; a vulnerabilidade familiar e da adolescente que é caracterizada por falta de alimentação, incapacidade do controle familiar para a adolescente e condições habitacionais precárias; falta de informações sobre a gravidez e os métodos anticoncepcionais; baixo nível de educação formal, sobretudo da educação sobre a sexualidade. Outros estudos comparativamente a este também encontraram os seguintes aspectos: falta de acesso a métodos anticoncepcionais e falta de informação sobre a sexualidade e sobre o desenvolvimento do próprio corpo, tentativa de compreender a gravidez como forma de comprometer o namorado ou parceiro no relacionamento mútuo e carência de atenção familiar (Silva e Salomão, 2003; Araújo, 1996; Gauderer, 1996; Guimarães e Colli, 1998).

Estar grávida na adolescência tem-se mostrado um processo complexo na tomada de decisão da primeira gravidez. Contudo, para as mães que viveram a gravidez pela segunda vez também levaram a termo este aspecto, mas a experiência tida durante a primeira gravidez parece ter influência neste processo. Entretanto, para se tomar uma decisão de levar a gravidez ao termo há vários factores favorecedores, como por exemplo: o desejo de ter filho, o apoio familiar e das outras adolescentes com experiências de gravidez para além do parceiro responsável pela gravidez. Este fenómeno também foi um dado importante no estudo feito por Frizzo, *et al.* (2005), onde todas as adolescentes disseram que o companheiro gostou de saber de que iria ser pai, assim apoiou a gravidez. Também a aceitação da gravidez pelo parceiro é um factor importante

para a adolescente tomar uma decisão de levar a gravidez ao termo ou não. É como referem os autores Jorge *et al.* (2006) que a jovem grávida busca, no namorado, uma ajuda para tomar decisão importante: abortar ou não que é o primeiro questionamento nessas circunstâncias.

Em relação à reacção dos familiares das adolescentes em estudo, pode-se inferir que cada família reage de diferentes formas dependendo de cada situação. Algumas mães adolescentes foram aceites pela sua família e pelo seu parceiro. Este facto é corroborado pelo estudo feito por Jorge *et al.* (2006) que afirma que as reacções familiares variam de família para família. Por outro lado, outras mães sentiram-se rejeitadas pelo seu próprio pai e foram expulsas de casa. Ainda outras foram forçadas a se casarem precocemente como forma do pai ou da pessoa que cuida da jovem de se aliviar dela. Segundo Neto (2007) na gravidez há conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos da sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da mãe adolescente.

Um dado importante neste estudo que faz parte do aspecto comum é que todas as mães adolescentes entrevistadas interromperam os seus estudos, umas no ensino primário, outras no ensino secundário do primeiro ciclo e uma no segundo ciclo. Todas viram-se forçadas a abandonar a escola, ora pela situação de saúde delas, ora forçadas a deixarem pelos responsáveis das escolas ou porque foram transferidas para o curso nocturno o que piorava a sua situação. Um estudo sobre a *Socialização escolar: educação familiar e escolar e violência de género nas escolas* feito por Osório (2007), na cidade de Maputo e Zambézia refere que a gravidez é uma realidade que implica abandono e desistência escolar, segundo a argumentação dos dirigentes de educação para a punição das alunas grávidas.

Todas as mães envolvidas no estudo referiram dificuldades de se alimentarem e alimentar o filho, uma vez que elas encontravam-se desempregadas. Segundo Sprinthal e Collins (1999) as adolescentes que dão à luz têm menos probabilidade de encontrar um emprego

estável. Ainda, Frizzo *et al.* (2005) defendem que uma das consequências sociais da gravidez é a restrição das possibilidades de futuras melhorias nas condições sócio-económicas das adolescentes, porque elas encontram-se sem actividades de rendimento para se sustentar.

A outra dificuldade enfrentada pelas adolescentes está relacionada com a saúde. Algumas participantes neste estudo afirmaram terem tido alguns problemas relativos à saúde como: a anemia, dores do abdómem e infecções urinárias. Segundo Goldenberg *et al.* (2005) na gravidez da adolescente há riscos de saúde e complicações perinatais e neonatais. As mães adolescentes vivendo a gravidez pela primeira vez algumas fizeram a primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre da sua gravidez, umas no segundo e outras no terceiro trimestre da gravidez como forma de esconder a gravidez dos pais e dos meios sociais que frequentavam (escola, igreja, hospital etc). Um estudo feito por Amarray *et al.* (1998) revelou que o diagnóstico da gestação das entrevistadas foi tardio, após os três meses. Um outro dado importante neste estudo é que todas as mães após a primeira consulta pré-natal nunca faltaram às consultas subsequentes, o que provavelmente revela terem encontrado um atendimento e acompanhamento favorável como referiram todas as entrevistadas que foram bem tratadas no HGC desde à primeira consulta até à consulta de peso de crianças. Contudo, o facto das entrevistas terem tido lugar neste hospital pode constituir um enviesamento com relação a este aspecto.

Relativamente aos anticonceptivos, as mães entrevistadas no âmbito deste estudo, umas mostram não terem conhecimentos suficientes, mas 2 revelaram não terem ouvido falar em quaisquer dos métodos e as restantes 23 disseram pelo menos que já ouviram falar de pílulas do preservativo. Por outro lado, algumas delas nunca usaram os métodos anticonceptivos e outras que referiram ter usado fizeram-no numa maneira inconsistente ou irregular. A informação sobre os anticonceptivos e processo da gravidez é adquirida através do grupo de amigos ou da irmã ou das pessoas mais próximas da adolescente, é como refere Santiago *et al.* (2003) que as adolescentes tentam adquirir informações para se orientar, mas muitas vezes estas são conseguidas nas ruas, com amigos de uma maneira distorcida e incompleta. Algumas adolescentes deste estudo declararam que

souberam dos anticoncepcionais das irmãs ou outros amigos, mas percebe-se que os conhecimentos que possuem nem sempre são os mais correctos. O estudo feito por Martins (2006) refere que adolescentes com baixo nível educacional tornam-se activamente sexual ainda muito novos e isso mostra que tem conhecimentos inadequados sobre os métodos anticoncepcionais.

No presente estudo 2 das adolescentes entrevistadas mostraram uma crença sobre os anticoncepcionais relacionada com a falta de informação, onde afirmavam que não optaram pelo uso de pílulas, porque provocava a hemorragia. A outra ideia que se tinha era que as pílulas eram tomadas por pessoas com mais de 25 anos de idade. Um outro aspecto encontrado é o medo de ir ao hospital e fazer um planeamento regularmente por causa de receio de enfrentar mulheres mais velhas que elas e que possam olhar para elas com estranheza por serem muito novas para usarem métodos anticoncepcionais.

Um estudo feito por Schor e Lopez (1990) sobre a adolescência e anticoncepção concluiu que 1/3 das adolescentes estudadas não puderam exercer o direito pessoal de ter ou não uma gravidez, pois a opção a esse direito sofreu a influência, sobretudo, de falta de conhecimento de métodos anticoncepcionais. Segundo Martins (2006), o acesso a boa qualidade de informação e acesso aos anticoncepcionais são cruciais para o planeamento familiar. Um conhecimento inadequado de anticoncepcionais pode-se tornar num factor resistente de aceitação e seu uso. Isto pode explicar, por exemplo, o facto de alguns jovens neste estudo terem tido gravidez de termo pela segunda vez ainda na adolescência.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados porque trata-se dum estudo fenomenológico (qualitativo) que só explorou as experiências e percepções das mães envolvidas no estudo e essa informação pode não espelhar a experiência de todas as mães adolescentes da Cidade de Maputo. Porém, este estudo traz achados importantes que podem contribuir não só para o melhor entendimento do fenómeno da gravidez na adolescência, mas também servir de fonte de evidência de definição de estratégias de prevenção de gravidez na adolescência.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O fenómeno da gravidez na adolescência não pode ser isolado do seu contexto, sobretudo da família, redes da sociabilidade da adolescente e aspectos sócio-económicos. A gravidez na adolescência cria situações algo complexo para a adolescente e que podem ter efeitos negativos para o seu futuro. Daí que a prevenção da gravidez na adolescência deve ser privilegiada nas actividades de promoção e de educação para saúde. Por outro lado, deve-se priorizar o acesso aos métodos anticonceptivos e conscientizar os jovens adolescentes de ambos os sexos sobre a sua importância na planificação da gravidez.

Alguma atenção particular deve ser também prestada às adolescentes grávidas nas consultas pré-natais como aconselhamento sobre as consultas e também durante a gravidez e cuidados a prestar ao bebé após o seu nascimento. Um bom aconselhamento pode contribuir para prevenir futuras grávides ainda durante a adolescência como foi observado no caso de algumas participantes neste estudo.

Finalmente, os profissionais de saúde devem assumir com maior firmeza o compromisso de orientar, informar, escutar e acolher as adolescentes. Os pais e os responsáveis comunitários devem ser formados em matéria de métodos anticonceptivos e sensibilizados para maior envolvimento no suporte social das jovens adolescentes nas suas comunidades. Estudos futuros, por exemplo do tipo epidemiológico ou populacional podem ajudar a perceber melhor a dimensão do problema ao nível provincial ou nacional e contribuirá para incrementar a escassez de evidências ou informação actualmente existente.

8. BIBLIOGRAFIA

- Alegria, et al.(1989). Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Revista saúde pública*, 23 (6): 473-7
- Almeida, J. M. R. (1987). *Adolescência e Maternidade*. Lisboa: Fundação Caloste Gulbenkian.
- Boruchovitch, E. (1992), Factores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista saúde Pública*. 26(6): 437-43
- Brandão, E. R; Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescente. *Revista Saúde Pública*. 24 (6): 120-130
- Bueno, G. M. (2007). Adolescência, Sexualidade e Gravidez. (On line). Disponível em www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html
- Byrne, D. (1983) Personality and atitudinal barriers contraception. *Adolescents, sex and contraception*. 3-31
- Camarano, A. C. (1998), Fecundidade e anticoncepção da população jovem. *Jovens acontecendo na trilha das políticas Públicas*. 109-133.
- Capalbo, C. (1998). *Fenomenologia e ciências humanas*. Rio de Janeiro: J. Ozon
- Castro et al. (2004). *Juventude e sexualidades*. Brasília: NESCO.
- Corrêa, A.K. (1997). Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. *Revista Latino Americano de Enfermagem*: 5 (1): 83-88
- Costa, et al. (1998). Desafios da abordagem ao adolescente: confidencialidade e orientação contraceptiva. *Jornal de Pediatria*. (?)
- Creswell, J. W. (1997). *Qualitative inquiry and research design: choosing an five traditions*. London: SAGE Publications
- Darroch, J.C. et al (2001). Differences in Teenage Pregnancy rates among five developed Countries. The Roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 33(6):244-258 & 281
- Davidoff, L.L. (2001). *Introdução à Psicologia*. 3ª ed. São Paulo: Makron Books
- Dembo, M. H. e Lundell, B. (1979). Factors effecting adolescent contraception. *Adolecent* 16 (56): 657-64.
- Duarte, et al. (2006). Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Revista Panam Salud Publica/Pan am J Public Health*. 19(2)

- Faria *et al.* (1996). Mães adolescentes: alguns aspectos da sua inserção social. *Revista de Epidemiologia*. (Supl.). 10 (4): 9-14
- Frizzo, *et al.* (2005). Aspectos Psicológicos da Gravidez na Adolescência. *Psicologia* V.36, n1. 13-20
- Frota, D. A. L. e Marcopito, L.F. (2004). Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Revista Saúde Pública*. 38(1):85-92
- Gama, S.G.N. *et al.* (2000). Experiências de gravidez na adolescência, factores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (1):153-161
- Gaspar, M.C. (1998). Moçambique: *Inquérito Demográfico e de Saúde 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Geração BIZ (s/d) *Manual de Formação de Facilitadores. Educação e Aconselhamento em Sexualidade, Saúde, Direitos Reprodutivos e HIV/SIDA para Adolescentes e Jovens*. Maputo: Geração BIZ
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as a human science: A phenomenologically based approach*. New York: Harper & Row.
- Giorgi, A. (1978). *Psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica*. 4ª ed. Belo Horizonte: Interlivros.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (org.). *Phenomenology and psychological research* (8-22). Pittsburg: Duquesne
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 24 (3), 353-361.
- Goldenberg, *et al.* (2005). Gravidez na adolescência pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, *Cadernos Saúde Pública*. 21 (4): 1077-1086, Jul-Ag. (2005).
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológico. *Uma análise Psicológica*. (2006). 3 (XXIV): 363-372
- Jasper M. A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 309 &314.
- Joffily, S. M. L. C.; Costa, L. F. (2008) É possível prevenir a gravidez? (On line). Disponível em: www.psicologia.cxom.pt. Acessado em 23 de Agosto de.2009

- Jorge M *et al.* (2006). A fenomenologia existência como possibilidade de compreensão das vivências da gravidez em adolescência. *Revista Latino-am enfermagem* 14(6): 907-14.
- Lereno, I. (1996). Mães adolescentes: alguns aspectos da sua inserção Social. *Revista de Epidemiologia*. (Sept. 10 (4): 9-14.
- Lings, P. (2004) Positive experiences of teenage motherhood: a qualitative study. *British Journal of General Practice* (4):66-73.
- Lores, *et al.* (2007). A gravidez precoce e suas implicações sociopatológica e educativa para os adolescentes. (On line). Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/a-gravidez-precoce2.shtml1.2>. Acesso em 27 de Setembro de 2008
- Loureiro, L. M. J (2006). Adequação de rigor na investigação fenomenológica em enfermagem- crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência II a Série – no 2*
- Lourenço, M.A.E. (2003). *A Saúde da Mulher e gravidez na adolescência: estudo comparado sobre as percursos para a vida da jovem no rio de Janeiro – Brasil e Maputo – Moçambique*. Tese apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro
- Machungo, F. (2004) Aborto inseguro em Maputo. Publicado em outras vozes, WILSA Moçambique. (On line). Disponível em http://www.wlsa.org.mz//index.php?-target=Tex_AbortoInseguro. Acesso em 07 de fevereiro de 2008.
- Maklin, NR (1992). *Early adolescent pregnancy: a search for meaning* (Phd Thesis). Ann Arbor: Saint Luis University.
- Martins, J. et al. (1990). A fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa: algumas considerações. *Revista Escolar de Enfermagem USP*: 24 (1), 139-147.
- Martins, L.B.M (2006). Knowledge of contraceptive methods among adolescent students. *Revista. Saúde Pública*. 40(1).
- Merecer, R. T. (1980). Teenage motherhood: the first year. *Nurs res* 9:16-27
- Merecer, R.T. (1985). The process of material role attainment over the first year. *Nurs res*. 1985; 34:1998-204).
- MISAU. (2001). *Política e estratégia de saúde sexual Reprodutiva de adolescentes*. Maputo. Versão Preliminar

- MISAU. (2002). *Saúde Reprodutiva, PF, DTS e SIDA: Manual para o agente Comunitário da saúde*. Maputo: MISAU
- Montgomery K. S (2004). Planned Adolescent Pregnancy: Themes related to the pregnancy. *Perinatal education*, 13 (4)
- Montgomery, K. S. (2000). Creating Consistency and control out of Chaos: a qualitative view of planned pregnancy during adolescence. *Perinatal Education*. vol. 9, no 4.
- Morreira, V. (2004). O Método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 17 (3), 447-456
- Morreira, W.W. (2005). Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *Revista de Ciência e Movimento*, 13(4):107-114.
- Neto, F. R. G. X. (2007). Gravidez na Adolescência: motivos e percepções de Adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3):279-85.
- Oliveira, M.W. (1998). Gravidez na adolescência: dimensões do problema. *Cadernos CEDES*. 19 (45).
- OMS. (1965) *Problemas de salud de la adolescência. Série de Informes técnicos*, Geneva: OMS.
- Osório, C. (2007). A socialização escolar: educação familiar e escolar e violência de gênero nas escolas. *Outras vozes*. Maputo: WILZA
- Pantoja, A.L (2003). Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/ maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos Saúde pública*. (Sup.) 19 (2): 335-343.
- Roche, M. V. (2006). Uma abordagem fenomenológico-existencial para a questão do conhecimento em psicologia.. *Estudos de Psicologia*. 11(2), 153-158.
- Sabroza, A.R. et al (1999). *Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do rio de Janeiro* . Rio de Janeiro (?)
- Santiago, L.C.P.; (2003). Quando a gravidez chega cedo: motivos pelos quais algumas adolescentes engravidam. *Revista do Hospital universitário/UFMA*.
- Santos et al. (2007) Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na Adolescência. *Ciência Cuid. Saúde* 2007 Out/Dez; 6(4):479-485.

- Schor, N. e Lopez A. F. (1990). Adolescência e anticoncepção: 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. *Revista. Saúde Pública.* 24 (6): 506-511.
- Silva, D.V. e Salomão, N.M.R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. (On Line) . Disponível em: <http://www.br/pdf/especific/v8n1/17243.PDF>. Acessado em 10 de Agosto de 2008
- Speizr, I *et al.* (2002). Gender differences in Cues that Affct condom use among adolescents in Lóme, Togo. *African Journal of Reproductive Health,* 6 (3)
- Sprinthal, N.A. e Collins W.A. (1999). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista.* 2ª ed. Lisboa: Fundação Clouste Gulbenkian.
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. *Revista Saúde Pública.* 39 (3):507-14 .(On line). Disponível em www.fsp.usp.br/rsp. Acessado 15 de Setembro de 2008.
- WHO. (2004). *Adolescent Pregnancy: Issues in adolescent Health and development.* Genebra. World Health Organization

ANEXOS

ANEXO – A: Guião de Entrevista

O objectivo desta entrevista é compreender as experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência. Assim, ao falar consigo esperamos alcançar este nosso objectivo. Por outro lado, os achados deste estudo irão ajudar-nos também a traçar recomendações no sentido de melhorar os serviços públicos de atendimento aos adolescentes.

Nesta entrevista, iremos procurar saber, entre outros aspectos, sobre as suas experiências e percepções sobre a gravidez, particularmente sobre o que fez com que assumisse a sua gravidez até ao termo; sobre as suas experiências e sentimentos pessoais durante a gravidez; sobre como os seus pais e familiares reagiram quando souberam da sua gravidez; sobre os eventuais problemas que vivenciou enquanto grávida; sobre aspectos que considera positivos e negativos relacionados com a sua gravidez.

Esta entrevista será gravada principalmente para ajudar ao entrevistador a prestar maior atenção às suas respostas em vez de se preocupar em tirar notas. A gravação será anonimizada de modo que não seja possível identificar a entrevistada. Por favor, esteja à vontade para partilhar conosco as suas experiências e percepções durante esta entrevista. Sempre que quiser interromper diga-nos para tal.

Informação demográfica:

- Idade: _____ (em anos).
- Estado marital:
- Naturalidade:
- Residência:
- Nível educacional mais elevado atingido:
- Profissão:
- Estado Ocupacional:

Perguntas:

- Quantos filhos tem (e as suas respectivas idades):
- Fale-nos da sua experiência e percepções sobre a gravidez
 - Que experiências e percepções (sentimentos) teve quando tomou conhecimento sobre a sua gravidez (negativas e positivas)? Como ultrapassou as dificuldades sentidas?
 - Quais foram as suas experiências e percepções ao longo da gravidez (negativas e positivas)?
 - O que mudou positivamente e negativamente na sua vida após a gravidez?
 - O que a levou a tomar a decisão de levar a gravidez ao termo? Em que momento da gravidez tomou essa decisão?
- Descreva a reacção dos seus familiares, amigos e parceiro.
 - Qual foi a reacção dos seus pais ou das pessoas com quem vive (vivia) depois de saber que estava grávida? (tanto positivas como negativas)
 - Quem ajudou-a (moralmente, financeiramente, outros apoios) a levar a termo a gravidez? Quem se opôs? Como ultrapassou essa oposição?
 - Qual foi a reacção dos seus amigos mais próximos? Que ajuda recebeu deles/delas?
 - Como reagiu o seu parceiro? (Aprofundar o relacionamento antes da gravidez, quando foi informado da gravidez e após o nascimento do bebé)?
- Fale das dificuldades que enfrentou durante a gravidez? E como mãe adolescente? (sócio-económicas, financeiras, de saúde, outras)
 - Fale-nos das suas experiências e percepções sobre os cuidados recebidos ao nível das Unidades Sanitárias?
 - Em que momento da gravidez procurou cuidados médicos? Com que regularidade ia às consultas? Fale das suas experiências sobre os cuidados recebidos e sobre o atendimento? (explorar sobre as experiências com as consultas pré-natais)
- Fale um pouco da sua experiência com os métodos anti-conceptivos?

- Que métodos conhece? Já usou algum? Onde aprendeu sobre os métodos? Que dificuldades teve em obter informações (se alguma!)? Quem ajudou no acesso à informação? Que dificuldades teve no acesso dos próprios métodos (explorar dificuldades sócio-econômicas e outras como estigma por ser menor, etc.). O que acha sobre a educação dos métodos anticoncepcionais nas US? Acha que deveria haver mais campanhas de educação dos jovens? Que locais sugere? Quem deveria assumir o papel principal nessa educação? Algumas recomendações que queira dar baseadas na sua experiência sobre este assunto?
- Antes de terminar, gostaria de dizer algo sobre o que falamos aqui? Ou sobre a saúde no geral? Ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar conosco?

Muito Obrigado Pela Sua Atenção

ANEXO-B: Dados demográficos das mães adolescentes

Maes adolesc entes	Idade	No de filhos	Classe que terminou	Vive maritalmen te	Vive sozinha	Vive com a família do marido	Vive com os pais	O pai ou a mãe faleceu
Mãe 1	18	2	7 ^a	Sim	Não	Sim	Não	Não
Mãe 2	15	1	3 ^a	Sim	Não	Sim	Não	Não
Mãe 3	19	2	3 ^a	Não	Não	Não	Sim	Sim/pai
Mãe 4	18	1	7 ^a	Não	Não	Não	Sim	Não
Mãe 5	17	1	8 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 6	17	1	9 ^a	Sim	Não	Não	Não	Sim/todos
Mãe 7	15	1	7 ^a	Sim	Não	Não	Não	Sim/pai
Mãe 8	16	1	9 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 9	15	1	5 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 10	18	1	8 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 11	17	1	9 ^a	Não	Não	Não	Sim	Não
Mãe 12	18	1	9 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 13	19	2	8 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 14	16	2	8 ^a	Não	Não	Não	Sim	Não
Mãe 15	19	2	9 ^a	Não	Não	Não	Sim	Não
Mãe 16	18	2	6 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 17	18	2	7 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 18	19	2	5 ^a	Não	Não	Sim	Não	Não
Mãe 19	19	2	9 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não
Mãe 20	17	2	10a	Sim	Não	Sim	Não	Não
Mãe 21	16	1	7 ^a	Sim	Não	Não	Não	Sim/pai
Mãe 22	19	2	11a	Não	Não	Não	Sim	Não
Mãe 23	17	1	7 ^a	Não	Não	Não	Não	Não
Mãe 24	18	1	9 ^a	Aão	Não	Não	Não	Não
Mãe 25	16	1	8 ^a	Sim	Não	Não	Não	Não

ANEXO C – Carta de cobertura para a realização do estudo



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO

DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO

GABINETE DO DIRECTOR

Exmo Senhor
Presidente da Comissão Nacional de
Bioética do MISAU

MAPUTO

N/Ref. **3271** /DSCM-GD/08 V/Ref. v/Com. DATA: 04/11/08

ASSUNTO: Carta de Cobertura para realização de um estudo.

Serve a presente para submeter à V.Excia, o Projecto de Investigação do senhor dr. **Fernando Mitano** com o título "**Experiências e percepções sobre a Gravidez na Adolescência**", para obtenção do Grau Mestre – pela Universidade Eduardo Mondlane - Faculdade de Medicina, sobre o qual somos de parecer favorável a sua autorização, desde que reúna os requisitos exigidos.

Sem mais de momento, queira V.Excia aceitar os ossos melhores cumprimentos.

O Director

António Paulino Rodrigues
(Médico Generalista Interno de 1ª classe)

ANEXO D – Carta de autorização do Sr. Ministro da Saúde para a realização do estudo.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Exmo Senhor
Fernando Mitano

Nota n.º 368 / 002 /GMS/09

Maputo, 09 de Março de 2009

Assunto: Pedido de realização de estudo

Incumbe-me S. Excia o Ministro da Saúde, Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido, de acusar o requerimento formulado pelo **Fernando Mitano**, na qual solicita a autorização para realização de um estudo sobre *“Experiência e percepções sobre a gravidez na adolescência : um estudo fenomenológico”*, e, tenho a informar o despacho recaído, cujo o teor é o seguinte:

“Autorizo.”

Assinado: Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido
(08/03/2009)



ANEXO E - Carta de aprovação do protocolo de investigação



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor
Dr. Fernando Mitano
Faculdade de Medicina

Ref. *U201*/CNBS

Data 8 de Dezembro de 2008

Assunto: Parecer sobre estudo experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência.

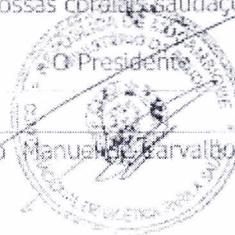
O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou as respostas relativas ao protocolo com seguinte: "**Experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência: um estudo fenomenológico**", sobre o mesmo o CNBS chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que dá a sua devida aprovação.

Contudo recomenda-se aos investigadores que mantenham informado o CNBS do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administração.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.



Dr. João Manuel Barvalto Fumane

ENDEREÇO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane Sakador Alameda

Telefone: 430814-4271311(9)
Telex: 5012 JHS AU MO
FAX: 258411435347
35811135320

ANEXO F - Credencial para a investigação da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo.


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO
CREDENCIAL

A Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, credencia o estudante do Curso de Mestrado em Saúde Pública na Universidade Eduardo Mondlane, senhor *Fernando Mitano*, para fazer um trabalho de Investigação Científica, no Hospital Geral de Chamanculo, cujo tema é "Experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência – um estudo fenomenológico".

Maputo, aos 25 de Fevereiro de 2009

A MÉDICA CHEFE
Marta Benigna Pedro Matsinhe
(Médica Especialista Interno de 2ª classe)



ANEXO G - Autorização para a realização de investigação pela Direcção do Hospital Geral de Chamanculo



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO
HOSPITAL GERAL DE CHAMANCULO

Ao
Ministério da Saúde – Gabinete
de S.Exc.ª o Ministro da Saúde

MAPUTO

Nota nº 81 / HGC/2009

24 de Fevereiro de 2009

Assunto: Realização de Investigação

Na sequência do pedido formulado pelo Sr. Fernando Mitano, de autorização para a realização de investigação no Hospital Geral de Chamanculo com vista a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, informa-se que foi autorizado

Cordiais Saudações.



C.C. do Gabinete do
Sr. Director de Saúde
da Cidade de Maputo.

ANEXO H- Consentimento informado para entrevista.

Consentimento informado para a entrevista

Título: *Experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência: um estudo fenomenológico*

Investigador: **Fernando Mitano**

É convidada a participar nesta parte de um estudo onde poderá responder a algumas questões sobre as suas experiências sobre a gravidez.

A escolha deste tema prende-se ao facto de não haver muitas publicações sobre o assunto aqui em Moçambique e pela exígua atenção nas políticas de saúde pública, que enfatizam um acompanhamento particularizado de adolescentes grávidas e mães adolescentes; e finalmente pela inexistência de documentos aprofundados e dados sistematizados sobre experiências pessoais, implicações individuais e sociais, e as estratégias de busca de soluções. Com este estudo, espera-se que se compreenda o fenómeno da gravidez na adolescência. E a compreensão desse fenómeno é fundamental para o desenho de políticas relacionadas ao acompanhamento (atendimento) e educação sexual da adolescente e que se melhore a qualidade de vida das adolescentes. O estudo é feito no âmbito do programa de Mestrado em saúde Pública na área de Gestão.

Este trabalho tem como objectivos: compreender as experiências e as percepções sobre a gravidez na adolescência sobretudo as relacionadas com a decisão de levar a gravidez ao termo e os problemas sócio-económicos e culturais vivenciados pelas adolescentes ao longo da gravidez; descrever as experiências e percepções sobre a gravidez na adolescência sob perspectiva das jovens envolvidas no estudo; avaliar os factores favorecedores e as barreiras na decisão de levar a gravidez ao termo, incluindo as influências do agregado familiar e do parceiro; avaliar as dificuldades vividas durante a gravidez na adolescência, com relação aos aspectos sócio-económicos e culturais

Farão parte de estudo adolescentes com idade \leq a 19 anos de idade que teve gravidez de termo. As participantes serão seleccionada por conveniência. Serão entrevistadas aquelas que se encontrarem na consulta de peso. O investigador irá identificar as participanters contactando-as e explicando-as o propósito do estudo. Aquelas que aceitarem farão parte do estudo. O processo da entrevista durará cerca de 30 minutos.

Espera-se que entre 20 a 25 participantes forneçam informações que sejam suficientes para se atingir a chamada *saturação teórica*, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição não sendo relevante persistir na colecta de dados.

Todos os dados serão confidenciais e a participação neste estudo é voluntária. A recusa em participar ou a decisão de abandonar o estudo em qualquer das etapas não terá qualquer repercussão negativa sobre os seus direitos. Toda a informação obtida nesta entrevista será usada apenas no âmbito deste estudo e tem um carácter anónimo.

Obrigado pela valiosa colaboração. Em caso de dúvida contacte **Fernando Mitano**, investigador deste estudo. Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina. Cell: 828946960

Eu _____ declaro que já fui informada sobre este estudo.

Maputo aos _____ de _____ de 2009-10-29

Obrigado pela valiosa colaboração
Investigador Fernando Mitano