

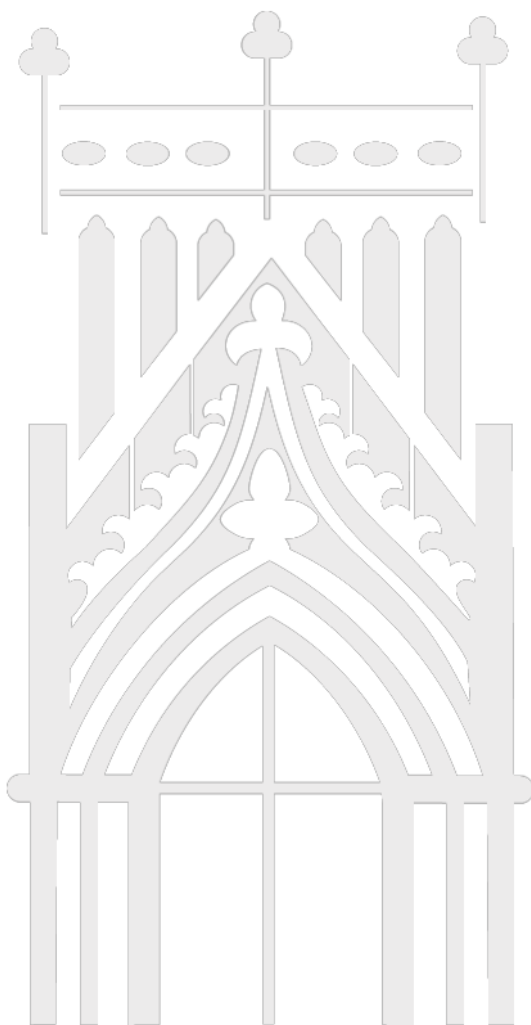
Mestrado em Enfermagem Comunitária

Enfermeiros de cuidados de saúde primários e interrupção voluntária da gravidez.

“Representações sobre comportamentos de fecundidade e utilização de cuidados de saúde”

Sara Isabel da Silva Nabais Pereira

novembro | 2015



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E INTERRUPÇÃO
VOLUNTARIA DA GRAVIDEZ**

Sara Isabel da Silva Nabais Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Guarda
2015



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E INTERRUPÇÃO
VOLUNTARIA DA GRAVIDEZ
“REPRESENTAÇÕES SOBRE COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE E
UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária
Sara Isabel da Silva Nabais Pereira

Orientado por:
Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Co-orientado por:
Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa

Guarda
2015

Aos meus filhos Tomás e Dinis
Ao meu marido José Luís
Pelas constantes ausências

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de um percurso de crescimento pessoal no qual o contributo de muitas pessoas se revelou fundamental.

Ao professor Doutor Ezequiel Carrondo e Professora Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa, que me orientaram com competência e rigor científico, o meu obrigado pela disponibilidade, incentivo e apoio que sempre demonstraram e sem o qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

Ao Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP e ao Exmo. Sr. Diretor executivo da UCSP Covilhã Doutor. João Bento, que agradeço a autorização concedida para a realização deste estudo.

Aos colegas da UCSP da Covilhã, com a sua imprescindível colaboração tornaram possível a realização do trabalho.

À professora Doutora Isabel Craveiro pela disponibilidade e colaboração na formulação do guia das entrevistas.

Às colegas e amigas Elisabete Fernandes, Julieta Martins, Beatriz Sá e Célia Bonifácio cuja amizade e apoio foi fundamental ao longo deste percurso, o meu agradecimento.

Um agradecimento especial aos meus sogros, mãe, irmãos e cunhados pelo incentivo e apoio com que me brindaram ao longo deste percurso.

A minha chefe de serviço enfermeira Lurdes Moreira pelo incentivo, colaboração, flexibilidade de horários que me proporcionou, o meu agradecimento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APF – Associação Planeamento Familiar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSR – Cuidados de Saúde Reprodutiva

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DGS – Direção Geral da Saúde

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

INE – Instituto Nacional Estatística

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização Nações Unidas

PF – Planeamento Familiar

PNS – Plano Nacional de Saúde

RSI – Rendimento Social de Inserção

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UR – Unidade Registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

Durante séculos e na maior parte dos países, a prática da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), foi efetuada clandestinamente. Hoje, é um procedimento legal efetuado em vários países, tendo sido pela primeira vez legalizado em 1920 na antiga União Soviética e depois no Japão, sendo a Suécia o primeiro país europeu a legalizar o aborto sob algumas condições em 1938. Em Portugal a IVG é efetuada desde 2007, após publicação da lei n.º 16/2007 de 17 de Abril.

Segundo a OMS (1995), o aborto inseguro é considerado um sério problema de saúde pública e cada país deve adotar medidas que minimizem as consequências deste ato. Em Portugal esta lei veio permitir dar assistência médica a este grupo de mulheres.

O aborto provocado tem sido apontado por alguns autores Portugueses como consequência de motivos de ordem pessoal, económicos e familiares e de suporte social (Fernandes, 2014).

Pretende-se com a realização deste estudo identificar as representações dos enfermeiros de CSP, sobre comportamentos de fecundidade e forma de utilização de cuidados de saúde reprodutiva e PF das mulheres que efetuam IVG.

Para atingir os objetivos, definiu-se um estudo descritivo simples, recorrendo-se à abordagem qualitativa com uma amostra por conveniência, constituída por um total de dez enfermeiros da UCSP Covilhã. A colheita de dados foi efetuada no mês de setembro 2014, através da realização de entrevistas semiestruturadas validadas com os participantes. Os aspetos éticos e critérios de rigor científico foram assegurados durante a investigação.

Os resultados revelam que, segundo as representações dos enfermeiros CSR os fatores que mais influenciam os comportamentos de fecundidade são, as formas de utilização de métodos contraceptivos diretamente influenciáveis pela área das motivações pessoais no caso das adolescentes / universitárias “mais novas”, o “não uso de métodos contraceptivos”, o de não efetuarem PF e não utilizarem os CSR. No caso das mulheres “mais velhas” é a área dos conhecimentos e dos fatores monetários que mais influenciam os comportamentos de fecundidade.

Relativamente às representações dos fatores que influenciam a utilização dos CSR e PF, estes estão divididos em duas áreas: o relacionamento profissional /utente e a organização de serviços.

Conclui-se que o relacionamento de empatia/profissionalismo/utente permite melhorar a prestação de CSR, contudo segundo as representações dos enfermeiros estes revelam que as mulheres sentem-se constringidas nas consultas de PF quando são observadas por um médico.

Segundo os enfermeiros em estudo, na área de organização de serviços foram identificadas algumas lacunas que influenciam a utilização dos CSR e PF, nomeadamente as consultas de enfermagem e médicas não se realizarem conjuntamente em algumas extensões do centro de saúde, comprometendo a interdisciplinaridade na prestação de CSR, assim como a inexistência de alguns métodos contraceptivos, dificultando o acesso gratuito a todos os métodos. Quanto à área hospitalar segundo as representações dos enfermeiros, o que dificulta a utilização dos CSR é o tempo de espera para marcação de consultas.

Face aos resultados obtidos considera-se que ainda há muito trabalho para fazer nos CSR e PF, para tal, os profissionais de saúde têm um papel muito importante na área de apoio e formação para a saúde destes grupos de mulheres, conjugado os esforços entre os diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015).

ABSTRACT

For centuries and in most countries, the practice of voluntary interruption of pregnancy (VIP), was conducted clandestinely. Today, it's a legal procedure performed in several countries and was first legalized in 1920 in the former Soviet Union and then in Japan, and Sweden the first European country to legalize abortion under certain conditions in 1938. In Portugal the VIP is made since 2007, after publication of Law No. 16/2007 of 17 April.

According to WHO (1995), unsafe abortion is considered a serious public health problem and each country should adopt measures to minimize the consequences of this act. In Portugal this law has allowed to give medical care to this group of women.

Induced abortion has been touted by some Portuguese authors as a result of personnel reasons, economic and family and social support (Fernandes, 2014).

The aim of this study to identify the representations primary health care of nurses on fertility behavior and manner of use of reproductive health care and family planning (FP) of the women who perform VIP.

To achieve the objectives, we set up a simple descriptive study, using for the qualitative approach with a convenience sample consisting of a total of ten nurses from primary health care unit of the Covilha. Data collection was conducted in September 2014 by carrying out semi-structured interviews validated with the participants. The ethical aspects and scientific rigor criteria were provided during the investigation.

The results show that, according to the representations of nurses reproductive health care (RHC) the factors that most influence the behavior of fertility are the ways of using contraception directly influenced by the area of personal motivations in the case of teenagers / university students "younger", "no use of contraception, "the FP fail to make and do not use the RHC. For women "older" is the area of knowledge and monetary factors that most influence the behaviors of fertility.

With regard to representations of the factors influencing the use of RHC and FP, these are divided into two areas: the professional / user relationship and service organization.

It was concluded that the relationship of empathy / professional / user improves the provision of RHC, however according to the representations of nurses reveal that these women feel constrained in FP queries when they are seen by a doctor.

According to the nurses study in the area of service organization we identified some gaps that affect the use of RHC and FP, including nursing and medical consultations are not held together in some health center extensions, committing interdisciplinarity in providing RHC, as well as the absence of some contraception, hindering free access to all methods. As for the hospital area according to the representations of nurses, which hinders the use of RHC is the waiting time for appointments.

In view of the results it's considered that there is still much work to do in RHC and FP, to this end, health professionals play an important role in the area of support and training for the health of these women's groups, combined efforts between different professional groups and institutions to achieve the maximum health potential of the target population, favoring the effective teamwork and partnership (OE, 2015).

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caraterísticas sócio-demográficas dos participantes	46
Quadro 2 - Controlo de fecundidade e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG... 47	47
Quadro 3 – Formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva nas mulheres que efetuam IVG.	48
Quadro 4 – Caracterização socio demográfica das mulheres que efetuam IVG	49
Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias dimensionadas às classes temáticas segundo a aplicação programa Nvivo:	53
Quadro 6 – Distribuição da categoria 01 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	59
Quadro 7 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 01	59
Quadro 8 – Distribuição da categoria 02 e subcategorias	62
Quadro 9 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 02	63
Quadro 10 – Distribuição da categoria 03 e subcategorias	64
Quadro 11 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 03	65
Quadro 12 – Distribuição da categoria 04 e subcategorias	67
Quadro 13 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 04	67
Quadro 14 – Distribuição da categoria 05 e subcategorias	68
Quadro 15 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 05	68
Quadro 16 – Distribuição da categoria 06 e subcategorias	70
Quadro 17 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 06	71
Quadro 18 – Distribuição da categoria 07 e subcategorias	74
Quadro 19 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 07	75
Quadro 20 – Distribuição da categoria 08 e subcategorias	78
Quadro 21 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 08	79
Quadro 22 – Distribuição da categoria 09 e subcategorias	80
Quadro 23 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 09	80
Quadro 24 – Distribuição da categoria 10 e subcategorias	83
Quadro 25 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 10	83
Quadro 26 – Distribuição da categoria 11 e subcategorias	84
Quadro 27 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 11	84
Quadro 28 – Distribuição da categoria 12 e subcategorias	85
Quadro 29 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 12	86

Quadro 30 – Distribuição da categoria 13 e subcategorias	86
Quadro 31 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 13	87
Quadro 32 – Distribuição da categoria 14 e subcategorias	88
Quadro 33 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 14	88
Quadro 34 – Distribuição da categoria 15 e subcategorias	89
Quadro 35 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 15	90
Quadro 36 – Distribuição da categoria 16 e subcategorias	91
Quadro 37 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 16	91

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo a idade.....	57
Tabela 2 - Distribuição das participantes segundo categoria profissional	57
Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo tempo de exercício profissional.....	58
Tabela 4 - Distribuição das participantes segundo nº anos como especialista	58

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – A SAÚDE DA MULHER E O PLANEAMENTO FAMILIAR.....	25
1.1 - REVISÃO HISTÓRICA	25
1.2 - SAÚDE DA MULHER.....	27
1.3 – O CUIDAR EM ENFERMAGEM	29
1.4 - CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	31
1.5 - A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR.....	32
1.6 - COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE / FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL	33
1.7 - FATORES QUE DETERMINAM E CONDICIONAM OS COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE.....	36
2 – INTERRUPTÃO VOLUNTARIA DA GRAVIDEZ E OS SEUS DETERMINANTES 	38
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
1 – METODOLOGIA	43
1.1– JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	43
1.2 – TIPO DE ESTUDO	44
1.3 – POPULAÇÃO / AMOSTRA.....	44
1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	45
1.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	50
1.6 - TRATAMENTO DE DADOS	51
1.7 - CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA.....	54

2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
2.1 – DADOS RELATIVOS ÀS PARTICIPANTES	56
2.2 – DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES QUE EFECTUAM IVG....	58
2.3- SINOPSE DOS RESULTADOS	92
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICES	107
APÊNDICE A - Guia da entrevista	109
APÊNDICE B - Pedido consentimento para aplicação do guia da entrevista	115
APÊNDICE C - Pedido de autorização ao ACES Cova da Beira	119
APÊNDICE D - Material de apoio informativo	123
APÊNDICE E - Consentimento livre e esclarecido da participante	133
APÊNDICE F - Validação das categorias e subcategorias	137
ANEXOS	
ANEXO A - Autorização para aplicação do guia da entrevista	143
ANEXO B - Autorização da comissão de ética para saúde da ARS Centro, para aplicação das entrevistas	147
ANEXO C - Validação das categorias e subcategorias	153

INTRODUÇÃO

Este estudo surge na sequência da despenalização da interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal através da portaria nº 741- A7 2007 de 21 de julho. A lei nº 16/2007 de 17 abril, alterou o artigo 142º do código penal, aprovado pelo decreto-lei nº 48/95 de 15 março através da lei nº 90/97 de 30 julho, no sentido de passar a não ser punível a realização de interrupção da gravidez por opção da mulher, mediante a alínea e) “Se esta for realizada por opção da mulher nas primeiras dez semanas” de gravidez comprovadas ecograficamente.

A interrupção da gravidez por opção da mulher, não sendo uma forma de planeamento familiar, levanta questões relacionadas com o mesmo, não só porque é imperativo o encaminhamento para o planeamento familiar de todas as mulheres que sejam submetidas a um aborto, mas também, porque muitas vezes a interrupção voluntária da gravidez (IVG) surge na sequência de gravidezes indesejadas que resultam de um planeamento familiar ineficaz (Canário, 2009), relacionados com as formas de utilização dos cuidados de saúde sexual e com comportamentos de fecundidade.

O envolvimento em conjunto dos prestadores de cuidados de saúde nos três níveis de prevenção, irá refletir-se na saúde da população em geral e principalmente na saúde da mulher.

Estudos como o de Craveiro e Ferrinho (2011:239) refletem a “existência de representações nem sempre coincidentes entre mulheres e profissionais de saúde, no que diz respeito à fecundidade e às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva”.

As representações sociais no ponto de vista analítico situam-se, segundo Lay (1988, cit. por Craveiro & Ferrinho, 2011), no domínio das teorias do senso comum. Jodelet (1989, cit. por Craveiro & Ferrinho, 2011:239) define representações sociais, como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um lado prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um grupo social”.

Estas representações globais, por sua vez, influenciam a realidade do dia-a-dia da generalidade dos seres humanos. É compreensível que a relação dos profissionais de saúde com os seus utentes possa ser influenciada pelas suas representações e crenças em relação aos mesmos (Ryn e Burke, 2000; cit. por Portugal, 2009). Sendo esta uma realidade relatada e vivida pelos profissionais e face ao desconhecimento da existência de estudos sobre representações dos enfermeiros sobre interrupção voluntária da gravidez na UCSP Covilhã, e conjugado com o desejo de obtenção do grau académico de mestre em enfermagem comunitária desenvolveu-se um trabalho de investigação que permitiu identificar as representações dos

enfermeiros sobre, os comportamentos de fecundidade e as formas de utilização de cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG.

O presente estudo e os dados que dele resultarem são de relevante importância para estudar a temática em Portugal de forma a esclarecer os profissionais de saúde que contactam ou possam vir a contactar com este grupo de utentes e enquadra-se segundo (Serrão, 2007) como um problema de saúde comunitária, devendo dar origem à implementação de projetos de intervenção comunitária aos três níveis de prevenção, de acordo com as necessidades detetadas através de programas de planeamento familiar e de proteção das situações de gravidez em que a mulher-mãe declara querer abortar. Permite também uma melhor articulação entre profissionais de saúde (Serrão, 2007), aumentando a vigilância nas mulheres com as características identificadas e consciencializando os profissionais de saúde para a importância da responsabilização deste grupo de mulheres para a sua comparência na 1ª consulta após a IVG e em todas as consultas de planeamento familiar. Uma vez que “La interrupcion del embarazo no se considera un método anticonceptivo porque uno de los objetivos de la PF es reducir al mínimo su frecuencia (...)” contudo a IVG é “un derecho fundamental de la persona” (Zurro e Pérez, 2008:682).

Analisando ainda as unidades de competência dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública propostas pela ordem dos enfermeiros, faz também parte das funções do enfermeiro especialista (OE, 2011a) proceder à vigilância epidemiológica, que se revela um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença, que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Seguindo esta linha de pensamento e para enquadrar o estudo, interrupção voluntária da gravidez, os profissionais de saúde são o elemento chave na vigilância epidemiológica desta população de forma à implementação de um projeto de intervenção comunitária na área da saúde sexual tal como defende o relatório final da comissão para os determinantes sociais de saúde da OMS (2010:16). “Aumentar o investimento em programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva, promovendo os direitos e cobertura universais”. Um claro conhecimento das representações dos enfermeiros e da realidade das características / etiologia, facilita a introdução de medidas profiláticas reduzindo a probabilidade de reincidência e permite o acompanhamento preventivo deste grupo de mulheres.

Desenvolveu-se a investigação na UCSP Covilhã no mês de Setembro de 2014, pelo facto de a investigadora ser enfermeira nessa cidade e ter acesso facilitado à respetiva população estudada.

Definiu-se um estudo descritivo simples, com uma abordagem qualitativa onde se pretende:

-
- ✓ Identificar as representações dos enfermeiros sobre comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG;
 - ✓ Identificar as representações dos enfermeiros, sobre a forma de utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG;
 - ✓ Analisar as representações dos enfermeiros, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG.

Este relatório visa expor o percurso desenvolvido ao longo da investigação e encontra-se estruturado em duas partes.

Na primeira parte, aborda-se a saúde da mulher e o planeamento familiar, o cuidar em enfermagem e a sua importância, a interrupção voluntária de gravidez e os seus determinantes. Foi efetuada uma revisão da literatura relevante que permitiu a determinação do “estado de arte” neste domínio e foram identificados dados disponíveis, a nível nacional e internacional. Foram também consultados documentos oficiais de organizações de referência, como a ordem dos enfermeiros, organização mundial de saúde, DGS e monografias especializadas em planeamento familiar/ educação sexual, IVG e saúde reprodutiva destinadas a profissionais de saúde, assim como artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutoramento sobre a temática.

A segunda parte diz respeito à fase metodológica, onde são descritos, os objetivos de investigação, o tipo de estudo realizado, a população/amostra selecionada, o instrumento de colheita de dados e por último a análise dos dados obtidos e a discussão dos resultados.

De referir que as entrevistas não foram aplicadas a mulheres que efetuaram IVG por questões de dificuldade em obter autorização da comissão nacional de proteção de dados, da autorização de ARS Centro IP, assim como a autorização e colaboração das mulheres que efetuam IVG.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – A SAÚDE DA MULHER E O PLANEAMENTO FAMILIAR

1.1 - REVISÃO HISTÓRICA

Internacionalmente foi na década de quarenta que se estruturou a Federação Internacional para o Planeamento da Família em Londres onde se filiaram associações para planeamento da família de 94 países do mundo, incluindo Portugal.

É interessante analisar que só em 1968, com a conferência das nações unidas sobre os direitos humanos em Teerão é que surge o primeiro reconhecimento internacional do planeamento familiar como direito da pessoa humana, a partir de então foi-se desenvolvendo e enraizando o conceito de planeamento familiar como um direito fundamental da pessoa humana.

Em 1970, uma comissão de peritos da OMS (1970; cit. por Vicente, Souza, 1979:6) referiu-se ao planeamento familiar nos seguintes termos: “As acções que constituem o planeamento familiar são destinadas a levar indivíduos e casais a alcançar determinados objectivos bem definidos: evitar nascimentos não desejados, espaçar as gravidezes, ajustar a ocasião das gravidezes em função da idade dos pais e decidir o número de filhos do casal.” Já nesta altura a OMS diz que para serem atingidas estes objetivos (Vicente, et al., 1979:6): “(...) o planeamento da família poderá assegurar vários serviços tais como: informação e aconselhamento, fornecimento de contraceptivos, tratamentos de fertilidade, e educação sexual”

Por sua vez em Portugal em 1967 foi fundada a Associação para o Planeamento da Família, organização não-governamental, esta fundação só foi possível de oficializar graças à compreensão e esforços do então diretor-geral de assistência.

Anteriormente, porém, alguns grupos de casais católicos dedicavam-se ao estudo e informação do planeamento familiar através dos métodos naturais, desenvolvendo a sua atividade em bairros de Lisboa e em diversos pontos do país. Intitularam-se de serviço de entreaajuda e documentação conjugal, organização que continua em atividade, está filiada na federação internacional de ação familiar.

Quanto aos serviços oficiais, foi em 1973, que a DGS determinou que funcionassem consultas de planeamento familiar em vinte dispensários materno-infantis dos arredores de Lisboa e Porto, a procura destes serviços foi desde logo notável.

Vale a pena referir a ação pioneira do Dr. Albino Aroso Ramos que a partir de 1969 organiza a consulta de planeamento familiar no hospital de santo António do Porto. A rede de

serviços médicos a cargo da caixa de providências não tinha, consultas nesta área, o seu receituário também não incluía nenhum contraceptivo até 1979, quando começaram a compartilhar os anovulatórios assim como os dispositivos intra-uterinos.

A situação modificou-se após o 25 de Abril com o despacho de 16 de Março de 1976 aprovado pelo então secretário de estado da saúde, Dr. Albino Aroso Ramos informando que a OMS tem vindo a chamar a atenção de todos os países para a importância do planeamento familiar na saúde materno-infantil e que está provado que o planeamento familiar diminui a taxa de mortalidade materna e infantil tendo uma ação preventiva contra o aborto. Na altura e segundo a mesma autora (Vicente, 1979) em Portugal o número de abortos estava calculado em mais de 100.000 com graves consequências na saúde materna. Perante esta realidade, tomaram-se medidas urgentes que permitiram modificar a situação. Foi então determinado que, em todos os centros de saúde, fosse criada uma consulta de planeamento familiar, integrada na valência da saúde materna.

Com o 25 de Abril deu-se a emancipação da mulher, surgem os meios contraceptivos e consequentemente as mulheres passam a ter a capacidade de decidir se querem ter filhos, quantos e em que altura da vida, em suma, fazer planeamento familiar. Um dado que na altura e pela primeira vez na história veio permitir ao casal decidir sobre a sua fecundidade e consequentemente alterou gradualmente o pensamento da sociedade.

Em 1977, a comissão da condição feminina, solicitou ao fundo das nações unidas para as atividades da população auxílio técnico e participação financeira, para desenvolver ações de informação, educação e investigação sobre planeamento familiar. Foram efetuados dois estudos para auscultar o grau de extensão de conhecimento da população e sua atitude face ao planeamento familiar e respetivos serviços. Estes estudos inserem-se numa perspetiva de planeamento familiar entendida como medida fundamental de saúde e por tanto de bem-estar e qualidade de vida da população.

Para a altura era evidente que a igualdade de direitos e o planeamento familiar não podiam ser considerados supérfluos, assim a ONU (cit. por Vicente,1979:5) efetuou um relatório sobre o estatuto das mulheres e o planeamento familiar que valoriza a igualdade de direitos e refere que só assim o planeamento familiar constituirá “(...) um impulso decisivo para uma alteração da demografia e para a expansão dos direitos humanos e liberdades básicas.”

Com as políticas implementadas e pós ter sido alcançado o objetivo a que se propôs Portugal, sobre a contenção da natalidade passando de taxa de natalidade 17,5 ‰ em 1978 para 7.9 ‰ em 2015 (DGS, 2015a), melhorando os níveis de saúde e qualidade de vida. Esta tendência manteve-se e na verdade hoje, os países desenvolvidos apresentam um índice de fecundidade cada vez menor, não estando garantida a substituição das gerações havendo uma

inversão da pirâmide, Portugal afasta-se da média Europeia com taxas de natalidade de 10,0‰ (DGS, 2015a).

De acordo com o programa de ação da conferência internacional sobre população e desenvolvimento do Cairo (1994; cit. por DGS, 2008a), o planeamento familiar afigura-se atualmente como um conceito cada vez mais abrangente relacionado cada vez mais com o conceito de saúde reprodutiva. As atividades do planeamento familiar são, agora encaradas como indispensáveis na prestação de cuidados em saúde reprodutiva e implica que as pessoas tenham uma vida sexual saudável, satisfatória e segura; que possam decidir quando e com que frequência o querem ter filhos. “O que implica o direito dos homens e das mulheres a terem e acesso à informação e aos métodos de planeamento familiar e assim poderem exercer a sua escolha”. (DGS, 2008a:5). Nesta linha de pensamento, segundo a mesma entidade, as atividades de planeamento familiar insurgem-se com o objetivo de promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência da DST e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade; melhorar a saúde e o bem-estar da família. O objetivo da educação e informação em planeamento familiar/paternidade responsável destinava-se a proporcionar ao indivíduo ou ao casal o exercício de um direito fundamental, uma escolha tão livre quanto possível dentro do contexto socioeconómico. O desenvolvimento de actividades de educação em PF, efetuada pelos serviços prestadores de cuidados de saúde, irá refletir-se na saúde da população em geral e principalmente na saúde da mulher.

1.2 - SAÚDE DA MULHER

A passagem da adolescência à vida adulta, foi vista em muitas sociedades como tendo o seu ponto de viragem no casamento e na gravidez, hoje as mulheres assumem uma relação matrimonial e a maternidade cada vez mais tarde. Os anos reprodutivos ou férteis tem segundo a OMS um enorme impacto na saúde geral e no bem-estar das mulheres, com o aumento da esperança média de vida nos países de alta renda, devido ao acesso e ao conhecimento da existência de métodos que evitam o sexo inseguro, que pode causar infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas. Segundo a OMS “nos países de alta renda, as principais causas de morte femininas são os acidentes de trânsito, o suicídio e o câncer de mama” por sua vez os “países de baixa renda, as três principais causas de morte são HIV/AIDS, condições maternas e tuberculose” (DGS, 2011:39).

Globalmente e segundo a OMS os “anos entre a puberdade e a menopausa oferecem múltiplas oportunidades de realização e desenvolvimento pessoal. Porém, este pode ser um período de risco de saúde (...) associado ao sexo” (DGS, 2011:39).

Os problemas de saúde materna, incluindo os decorrentes de aborto inseguro, surgem segundo a OMS como “uma causa importante de óbito e incapacidade entre as mulheres (...)”. Mulheres que “em toda a parte do mundo enfrentam (...) problemas de saúde relacionados com infecções sexualmente transmissíveis (...) por não terem acesso a informações e serviços adequados” (DGS, 2011:47).

Desta forma, fazem parte das ações estabelecidas como prioritárias para todos os países segundo a OMS “garantir que todas as mulheres tenham acesso à contraceção moderna, serviços de aborto seguro” segundo a lei em vigor em cada país. É também relevante a triagem de infeções sexualmente transmissíveis e estratégias de prevenção e resposta à violência do parceiro e sexual (DGS, 2011:47).

O programa de ação da conferência internacional sobre população e desenvolvimento do Cairo (1994; cit. por Patriota, 1994), relativamente à saúde reprodutiva estabelece como uma das metas quantitativas ou qualitativas para todos os países, até ao ano de 2015, que a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas de idades apropriadas, através do sistema de cuidados de saúde primários.

Os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem assim, um conjunto diversificado de serviços, procedimentos e métodos que contribuam para o acesso a métodos de planeamento familiar para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida, independentemente do país, cultura, religião ou sociedade em que estão inseridas. É neste contexto que surge o desafio de melhorar as condições de vida das mulheres e de educá-las para a saúde, visando prevenir e gerir alguns fatores de risco, como por exemplo a diferença entre géneros, as barreiras sociais, económicas e culturais específicas que dificultam o acesso à prestação ideal de cuidados de saúde (Patriota, 1994). Realizar os cuidados certos, no momento adequado, da forma apropriada, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis: são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível (Pedreira, 2009).

Alguns estudos revelam mesmo que cuidados mais personalizados resultam numa melhor comunicação e maior envolvimento do utente no processo terapêutico e consequentemente numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Melo, 2005; Gasquet, 1999). Por conseguinte, a qualidade das capacidades interpessoais dos prestadores de cuidados e

a comunicação eficaz produzem melhores resultados no estado de saúde do utente do que a quantidade de orientações que lhes são fornecidas; muitas vezes o não compreender ou não lembrar o que lhes foi dito resulta do fato de os utentes não fazerem perguntas, mesmo quando tem dúvidas sobre a informação que lhes está a ser transmitida (Melo, 2005). O cuidar de excelência em enfermagem, revela-se assim um importante meio para capacitar os utentes na aquisição de conhecimentos que os tornem responsáveis pela sua saúde.

1.3 – O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Cuidar é a essência da enfermagem, podendo até afirmar-se que a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar (Festas, 1999). O cuidar é caracterizado como um encontro com o outro, é estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança (Moniz, 2003).

Cuidar e tratar são atitudes distintas, contudo intrínsecas ao exercício profissional dos Enfermeiros (Valadas, 2005; Pacheco, 2002). Quem pretende prestar cuidados de enfermagem holísticos e humanísticos, tem que desenvolver competências de cuidar e tratar simultaneamente tendo como principal preocupação a pessoa, tida como um ser único e insubstituível (Pacheco, 2002). Os cuidados de enfermagem baseiam-se na relação permanente com o outro, no toque, comunicação e cuidado físico. Estes aspetos são fundamentais para a relação enfermeiro/utentes pois com estes gestos consegue-se criar uma relação muito próxima com o indivíduo ou com o grupo que pretendemos capacitar. Os enfermeiros intervêm de duas formas: uma mais técnica, relacionada com o tratamento; e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – cuidar (Valadas, 2005).

Ser prestador de cuidados implica por em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado, os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, apresentam competências para ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias do ser humano (Ferreira, Pontes e Ferreira 2009), considerando a individualidade de cada utente e valorizando o seu contexto de vida (Busanello, Kerber, Lunardi e Santos, 2011).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assume “fruto do seu conhecimento e experiência clínica, (...) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade)” obtendo ganhos em saúde (OE, 2010:2).

Para obter estes ganhos em saúde, o enfermeiro especialista primeiramente procede à avaliação do estado de saúde da comunidade, identificando as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica. Após esta avaliação efetua um plano estratégico programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e “empowerment” dos grupos problemáticos identificados ou da comunidade em geral, tendo sempre presente os programas de saúde do plano nacional de saúde.

Atendendo a que as boas práticas de enfermagem, são procedimentos tendo como orientação, normas ou guias orientadores, baseados em estudos com evidência científica sustentada, recorrendo a documentos nacionais e internacionais, tendo em conta, entre outras a qualidade e a satisfação com os cuidados de enfermagem e que os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Tendo sempre presente o quadro de referência, orientador do exercício profissional dos Enfermeiros em qualquer contexto de ação que assenta nos seguintes pilares: o código deontológico do enfermeiro; os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; as “competências do enfermeiro dos cuidados gerais, as comuns e as específicas do enfermeiro especialista”, tendo em atenção as boas práticas de enfermagem. (OE, 2010:3). A OE compilou vários guias orientadores de boas práticas que têm como finalidade tornar explícitas as recomendações sobre a boa prática dos cuidados de enfermagem, que permitam apoiar as decisões dos enfermeiros nesta área e contribuir para a qualidade do seu desempenho profissional através de uma prática orientada e sistemática. Um destes documentos fala-nos sobre a inovação nos cuidados de saúde primários e defende que os enfermeiros prestadores de cuidados nesta área “encontram-se numa posição única para impulsionarem a inovação neste campo. Dado que os enfermeiros trabalham em proximidade com as comunidades, o seu papel na participação da comunidade e ação da comunidade para a saúde é crucial para conseguir comunidades saudáveis e um desenvolvimento sustentável” (OE, 2009c:12). Assumindo os Enfermeiros uma posição única na prestação de cuidados nesta área. (MS, 2012; cit por OE, 2009c) e constituem um ponto de partida para a construção e implementação de programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (...) (OE, 2011).

1.4 - CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os direitos aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva são recentes, e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. A (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing) em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não-governamentais e a sociedade civil em geral têm-se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos (DGS, 2008b).

Para a OMS, a sexualidade é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” OMS (1992; cit. por Pontes, 2011). Esta definição, apesar de todas as suas fragilidades, limitações e contornos pouco claros, é certamente uma das mais divulgadas de todas as definições de sexualidade (Pontes, 2011).

Para a mesma autora, a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais que as políticas de saúde e os profissionais de saúde não podem esquecer.

Em Portugal, existem políticas governamentais específicas destinadas aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, segundo o programa nacional de saúde reprodutiva, criado em julho de 2007, os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos. Para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida. Este programa pretende dar continuidade ao trabalho já desenvolvido, visando reforçar as boas práticas nas suas diferentes vertentes com vista à obtenção de ganhos em saúde. Como o criado através da lei nº 60-2009 de 6 de Agosto 2009 (DR, 1ª série- nº 151A) que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Emite também recomendações de forma a prevenir a gravidez na adolescência através da resolução da Assembleia da República nº 27/2007 a 21 de julho 2007 onde pode ler-se que: deve ser elaborado um programa nacional sobre prevenção da gravidez na adolescência de acordo com as realidades concretas de cada área geográfica. Este plano deve ser elaborado por um grupo de especialistas ao nível da saúde e educação, que deve avaliar as experiências já realizadas nesta área, como é o caso do levantamento de dados ou estudos aplicados.

Pode concluir-se através do supra citado, que este estudo trará novos conhecimentos nesta área de forma a permitir efetuar diagnóstico da situação de saúde nesta região e aplicar medidas que visem as boas práticas de cuidados obtendo ganhos em saúde.

1.5 - A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR

Cuidar como foi dito anteriormente cuidar é aceitar o outro como um ser único, biopsicosocioculturalmente. Por esta razão o enfermeiro em saúde comunitária e saúde Pública, deve acompanhar cada etapa de vida do cidadão, ajudando-o a adaptar-se, não tomando decisões por este nem substituindo-o, tornando-o responsável através de educações para a saúde, não esquecendo as crenças populares/mitos, que muitas mulheres e suas famílias possuem sobre cuidados de saúde sexual e reprodutivo, que podem dominar no momento de tomada de decisão das mulheres, originando comportamentos e atitudes negativas colocando em risco a saúde sexual e psicológica da mulher.

Segundo as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública os enfermeiros asseguram os cuidados especializados em enfermagem nos contextos onde os utentes se encontram (instituições de saúde, domicílios, comunidade, entre outros); garantem a acessibilidade; contribuem para a satisfação dos utentes; produzindo ganhos em saúde.

Atendendo a que o papel do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, consiste em efetuar o diagnóstico dos problemas de saúde de uma comunidade ou grupo e apresentar intervenções educativas individuais ou coletivas caminhos que visem a resolução dos problemas de saúde diagnosticados, tendo por base o PNS 2012/2016, os programas de saúde da DGS, e que os profissionais de saúde não são isentos de representações sociais que influenciam a prestação de cuidados. Tendo presente que a finalidade deste trabalho é abordar as representações dos enfermeiros de CSP sobre comportamentos de fecundidade e utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG, torna-se pertinente clarificar o conceito de representações sociais. Assim sendo, as representações sociais são entendidas como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um lado prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um grupo social” (Jodelet D., 1989; cit. por Craveiro & Ferrinho, 2011:241). Foi no contexto desta definição que foi elaborado este trabalho, uma vez que os seres humanos tendem a construir representações de determinadas categorias ou grupos de

peçoas e a generaliza-las a todos aqueles que consideram pertencer a esses grupos ou categorias (Klopf, 1991; cit. por Portugal, 2009).

O enfermeiro prestador de cuidados deve procura assim identificar a realidade dos contextos onde presta cuidados, percecionando se as suas representações estão de acordo com a realidade da população, só assim poderá obter o potencial máximo de saúde das utentes, capacitando-as para o autocuidado e autovigilância, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados nomeadamente com comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos cuidados de saúde sexual.

1.6 - COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE / FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL

Para conhecermos as representações dos enfermeiros, face aos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam interrupção voluntária da gravidez, mais concretamente após a despenalização até às dez semanas de gestação comprovadas ecograficamente fomos analisar o programa de saúde reprodutiva, que se enquadra segundo a DGS e o PNS, como um programa nacional de saúde considerado prioritário, assim como a prevenção e controlo de infeção por VIH/ sida e DST. Estes programas têm um carácter nacional e segundo a DGS devem ser executados por todos os intervenientes no sistema de saúde, incluindo os cidadãos.

Assim sendo, as atividades de planeamento familiar são uma componente fundamental na prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva e a consulta de planeamento familiar deve assegurar segundo a DGS (2008b:5), a “informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções de transmissão sexual, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.” Adquirindo todo o cidadão conhecimentos com os profissionais de saúde, para poderem de uma forma responsável e livre tomar decisões importes e informadas.

Martins (2004:7) defende que “É através das relações sociais, admitidas pelo acto educativo, que o individuo evolui, se encontra e se estrutura, o que constitui um verdadeiro ensino/aprendizagem”. Esta autora defende que, o enfermeiro desempenha um papel muito importante na co-responsabilização das utentes, nas tomadas de decisão no contexto de saúde familiar adequadas à sua personalidade e cultura, fatores biológicos, psicológicos, culturais e espirituais. O profissional de saúde deve ainda, reconhecer a vulnerabilidade da mulher não esquecendo que muitas delas, estão mal informadas, mal orientadas, sob influência de mitos ou

crenças e temem parecer ignorantes quando efetuam questões sobre atividade sexual/reprodutora segundo Martins (2003; cit. por Martins, 2004).

O estudo de Craveiro & Ferrinho (2011:239) vem ao encontro desta autora e “reflete a existência de representações nem sempre coincidentes entre mulheres e profissionais de saúde, no que diz respeito à fecundidade e às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva”.

A autora identifica três áreas de comportamentos de fecundidade:

- As representações de maternidade e fecundidade das mulheres que efetuam interrupção voluntária da gravidez, englobando os sentimentos, as funções parentais e os níveis de privação.

- As formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar, contempla a acessibilidade e formas de utilização de métodos contraceptivos diretamente influenciáveis pela área das motivações pessoais onde se identificam três tipos de barreiras à utilização de cuidados de saúde. “Forma como as mulheres se relacionam com o próprio corpo (...). O papel da família como incentivador, ou não, de utilização de cuidados de saúde, (...) a falta de informação, (...) das mulheres e influência a forma como se relacionam com os cuidados de saúde, podendo mesmo constituir-se como uma barreira à utilização dos cuidados de saúde (...)” (Craveiro & Ferrinho, 2011:249).

- Os fatores que influenciam a utilização dos cuidados de saúde e prestação de serviços também divididos em duas áreas, o relacionamento profissional/utente e a organização dos serviços, que nem sempre se coaduna ao “imediatismo” destas populações. Na área da organização dos cuidados de saúde, surgiu um estudo realizado em Fortaleza, de Moura e Silva em (2004) relativo à informação e planeamento familiar como medidas de promoção de saúde que teve por objetivo, descrever as barreiras relacionadas com o acesso à informação sobre planeamento familiar e métodos contraceptivos. Onde uma das principais barreiras apresentadas neste estudo é a sobrecarga de tarefas e o elevado número de famílias vinculadas a uma equipa de saúde familiar.

Em Minas Gerais, Marcolino (2004) estudou as representações de uma equipa de saúde sobre planeamento familiar e esterilização feminina, e concluiu que os profissionais de saúde consideram como fator influente na utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF “O acesso aos meios para a regulação da fecundidade (...)” (Marcolino, 2004:427).

Também, a carta dos direitos reprodutivos datada de 1999, defende que os profissionais de saúde devem estar disponíveis para todas as pessoas e casais, em particular os mais jovens, numa base de respeito aos seus direitos de privacidade e confidencialidade, não esquecendo que as assimetrias económicas e regionais de nível educativo, que condicionam o acesso às

consultas de planeamento familiar e conseqüentemente influenciam os comportamentos de fecundidade e a forma de utilização dos cuidados de saúde sexual. Relativamente às acessibilidades, em Portugal, apesar de todos os avanços nos indicadores de saúde, como a diminuição nas taxas de mortalidade infantil e materna e o aumento da esperança de vida, continuam a verificar-se desigualdades na acessibilidade à saúde e seus serviços, talvez por essa razão uma das estratégias gerais orientadoras do PNS é dar “prioridade aos mais pobres”.

Rosa & Marques (2012) elaboraram um estudo cujo objetivo foi “compreender a influência do meio rural e do meio urbano nos conhecimentos dos adolescentes de ambos os sexos, na área da sexualidade”. Este estudo conclui que o meio onde vivem tem influência nos conhecimentos dos adolescentes quanto às representações da anatomia dos aparelhos reprodutores (Rosa & Marques, 2012:86) “os alunos de origem urbana realizam, em média, mais identificações correctas que os de origem rural, (...)” assim como a nível das infeções sexualmente transmissíveis. O segundo bloco deste estudo, pretendia identificar as fontes de informação a que os adolescentes recorrem para esclarecimento de questões ligadas à sexualidade, surgem em primeiro lugar com 76,3% os professores, seguidos dos amigos (61,2%), da televisão (45,5%), da mãe (43,1%) e a internet com (40%) (Rosa & Marques, 2012:86). Estes dados vêm confirmar o que defende Vilar & Ferreira (2009; cit. por Rosa & Marques, 2012), quando refere que os adolescentes adquirem conhecimentos na área da sexualidade com aos professores, amigos, televisão / filmes, com a mãe e na internet.

Estes dados são preocupantes, uma vez que todo o cidadão deve adquirir conhecimentos nesta área com o profissional de saúde, o Conselho de Enfermagem pronuncia-se sobre o tema emitindo um parecer sobre a Educação Sexual nas escolas, solicitado pela digníssima bastonária, referenciando o estudo de Vilar & Ferreira, onde pode ler-se: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional os enfermeiros assumem o fornecimento de informação geradora de aprendizagem (...)” (OE, 2009b:3). Os enfermeiros são os profissionais de saúde fundamentais na colaboração com as escolas nas educações para a saúde.

No mesmo seguimento, surge um estudo efetuado na Colombia por Eliana, Roa, Q., Serrano, R (2010), que pretendeu analisar as características sócio-demográficas das mulheres que efetuaram IVG num hospital público, concluindo que 85% da população em estudo, teve acesso a informação sobre saúde, mas destes só 27,3% a obtiveram através de profissionais de saúde qualificados. Mais preocupantes são os dados sobre o tema planeamento familiar, em que 57% da população afirmam ter obtido esta informação através de amigos e família. Esta questão também é abordada em Portugal através do parecer sobre educação sexual nas escolas efetuado pelo conselho de enfermagem, que cita Vilar & Ferreira (2008) afirmando que, a aprendizagem sobre o tema planeamento familiar nas raparigas é adquirida com os amigos e com a família,

preferencialmente com as mães. Portugal, segundo o conselho de enfermagem, é o 2º país da Europa com maior número de gravidez na adolescência depois do Reino Unido (OE, 2009b).

1.7- FATORES QUE DETERMINAM E CONDICIONAM OS COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE

Atendendo a que, “os enfermeiros estão em posição única para defender as políticas que aumentem o acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva (...) ao aconselhamento da contraceção (...)”, que o problema da “gravidez não intencional existe tanto entre adolescentes como entre mulheres adultas” (Stanhope & Lancaster, 2011:672) e que as perspetivas dos profissionais de saúde têm influência direta nas atitudes e consequentemente na prestação de cuidados de saúde materna e planeamento familiar a este grupo de mulheres influenciando e condicionando os seus comportamentos de fecundidade. Decidimos, efetuar uma revisão literária relativamente aos fatores que influenciam os comportamentos de fecundidade deste grupo de mulheres.

Analisando o estudo de Craveiro & Ferrinho (2011) que levantou as representações de mulheres e profissionais de saúde sobre cuidados de saúde reprodutiva, verificámos que na perspetiva dos profissionais de saúde, os fatores que influenciam a componente comportamentos de fecundidade e planeamento familiar são: o nível de habilitações da mulher, os baixos níveis de literacia das mulheres uma vez que dificulta que estas compreendam a informação que lhes é transmitida., no caso das mulheres pobres surge também o fator “imediatismo” que se traduz na forma como estas fazem ou não planeamento familiar e como se relacionam com os cuidados de saúde, com elas e com os filhos. São ainda referidas as diferenças étnicas, nomeadamente a etnia cigana que apresenta dificuldades na utilização da contraceção. Ao longo do estudo é referido também o facto de ser feita pouca utilização de consultas pré-concepcionais e segundo os profissionais de saúde a motivação destas mulheres para a utilização dos cuidados de saúde “acontece com pressupostos de “negociação”. Isto é, o acompanhamento de saúde em troca de “um papel”, ou de um “comprovativo para o RSI” (Craveiro & Ferrinho, 2011:248).

Kendall C. por sua vez vem acrescentar um novo fator que condiciona os comportamentos de fecundidade e refere-se à questão da gravidez na adolescência como sendo uma forma das jovens “(...) se afirmarem e emanciparem (...)” (Kendall C., 2005; cit. por Craveiro & Ferrinho, 2011: 246), fator pessoal que influencia o comportamento de fecundidade.

Em Minas Gerais, Marcolino, (2004) estudou as representações de uma equipa de saúde sobre planeamento familiar e esterilização feminina, e concluiu que os profissionais de saúde

consideram como fator influente nos comportamentos de fecundidade “(...) a falta de conhecimentos de alguns métodos contraceptivos, como o principal problema do planeamento familiar” (Marcolino, 2004:427).

2 – INTERRUPTÃO VOLUNTARIA DA GRAVIDEZ E OS SEUS DETERMINANTES

A questão do aborto é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e reclama diligências para a tentativa de seu enquadramento social ao longo da história (Marta & Job, 2008).

Aborto, segundo APF se não é espontâneo o que implica uma ocorrência acidental ou natural, consiste na interrupção de uma gravidez com menos de vinte semanas de gestação ou seja, aborto induzido ou interrupção voluntaria da gravidez ou também chamado aborto provocado por ação humana deliberada.

Canário (2009:5) traz-nos uma definição mais completa e defende que “A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma condição em que o término da gravidez é desejado pela mulher grávida, sem que existam problemáticas de saúde da mulher ou do embrião/feto que comprometam o normal decurso da gestação. Inclui-se também neste critério a interrupção da gravidez que resultou de uma relação sexual não consentida, aquela que foi havida a um crime contra a auto-determinação sexual da mulher”.

Sabendo que o aborto clandestino ainda é uma realidade a Organização Mundial de Saúde refere que “cerca de 13% das mortes maternas conhecidas devem-se a complicações resultantes de abortos em condições inseguras” (cit. por DGS, 2007:3). Outras complicações deste ato são o comprometimento reprodutivo da mulher causando muitas vezes infertilidade. Na declaração dos objetivos para o novo milénio, das Nações Unidas, estabelece-se como meta para 2015 a redução da taxa de mortalidade materna, refletindo desse modo, a importância dada à promoção da saúde reprodutiva como componente essencial para o desenvolvimento, a redução da pobreza e das desigualdades a nível mundial.

Em Portugal e apesar dos métodos de planeamento familiar serem largamente acessíveis e utilizados e divulgados, podem ocorrer gravidezes inesperadas que as mulheres não desejam prosseguir, recorrendo ao aborto, são vários os fatores que determinam a opção pela interrupção voluntaria da gravidez estudados e relatados na literatura.

Efetuar uma interrupção da gravidez pode ser um processo difícil, são inúmeros os fatores que influenciam a tomada da decisão, e por isso é importante falar abertamente sobre eles. Nestes poderão estar incluídas questões como segundo Rivera (1998:230) “a carreira profissional; a estabilidade financeira e de relacionamento; a qualidade de relação; a dimensão do agregado familiar; a idade; a religião; a opinião que tem em relação à própria interrupção e

aos métodos, a representação que tem do que é um feto e das consequências que poderá ter fisicamente e psicologicamente para si”.

Um estudo efetuado em Bucaramanga em 2010 por Eliana et al acrescenta como determinantes, questões como, extrato sócio-económico baixo, o acesso a cuidados de saúde primários e educativos em planeamento familiar e ainda a influência do companheiro para efetivamente optar pela IVG.

Também Pais, Ribeiro (1998:179) analisou as motivações para a decisão de IVG e concluiu no seu estudo que as razões mais frequentemente assinaladas para a procura da IVG, em todas as faixas etárias, se relacionam com “(...) motivos sócio-económicos, questões financeiras; situação académica/laboral”, relativamente às características sócio-demográficas surge o “estatuto sócio-económico proeminentemente baixo; elevada proporção de estudantes e desempregadas”, com a indesejabilidade da gravidez.

Segundo um estudo epidemiológico de Tomé (1998) sobre os determinantes dos atos de abortamento estes estão diretamente relacionados com estado civil, conclui que 52,6% das mulheres que efetuaram IVG eram solteiras. Os motivos sociais como justificativos da decisão foram invocados somente por 6% das mulheres.

Atualmente e segundo os relatórios da DGS (2012) relativos à IVG, as características sociodemográficas das mulheres que efetuaram IVG até às dez semanas, disponíveis para análise, são a idade estabelecida por intervalos entre os quinze anos e mais de cinquenta, nacionalidade (Portuguesa, outra e desconhecida), o regime de coabitabilidade (sim, não), a situação laboral da mulher onde desempregada, estudante, trabalhadoras não qualificadas ocupam os três primeiros lugares, o nível de instrução (Não sabem ler, sabem ler sem ter escola, ensino básico 1º, 2º e 3º ciclo, ensino secundário, ensino superior e desconhecido), o número de filhos e de IVG anteriores.

Numa tentativa de enquadrar as habilitações académicas destas mulheres no nosso estudo e segundo o ministério da educação o sistema educativo português compreende a educação pré-escolar, o ensino básico, secundário e superior. Segundo a legislação em vigor lei nº 85/2009 estabelece o regime de escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontrem em idade escolar com idades compreendidas entre os seis e os dezoito anos.

O Ministério da Educação (2007:9) considera que os “indivíduos tem baixos níveis de qualificação quando não terminam o ensino obrigatório ou ensino básico”, no nosso estudo dividimos estes baixos níveis em duas categorias: baixos níveis até 6º ano e médio do 7º ao 12º ano e alto mais de 12º ano de forma a enquadrar as mulheres que efetuam IVG segundo níveis de escolaridade a atendendo às representações dos enfermeiros em estudo.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

No início de uma investigação ou de um trabalho, o cenário é quase sempre idêntico, sabe-se vagamente o que se pretende investigar mas não se sabe de que forma fazê-lo (Quivy & Campenhoudt, 1995). Segundo Vilelas (2009:19), a primeira fase metodológica de qualquer estudo “Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações”, ou seja pretende orientar o caminho desde o pensamento à prática. “(...) definir os meios de realizar a investigação” Fortin (2009:53).

Contudo “Só é possível escolher uma técnica de pesquisa quando se tem uma ideia da natureza dos dados a recolher, o que implica que se comece a definir bem o projeto” (Quivy & Campenhoudt, 1995:23).

É, nesta fase que se faz o desenho da investigação para conseguir obter a resposta às questões de investigação, para tal é necessário definir o método, tipo de estudo, variáveis, população e amostra, meio onde o estudo decorrerá, instrumento de colheita de dados, tratamento de dados e questões éticas, descritas seguidamente.

1.1– JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Atendendo a que, segundo Stanhope e Lancaster (2011:672), “os enfermeiros estão em posição única para defender as políticas que aumentem o acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva (...) e ao aconselhamento da contraceção (...)”, que o problema da “gravidez não intencional existe tanto entre adolescentes como entre mulheres adultas” e que as perspetivas dos profissionais de saúde tem influência direta na prestação de cuidados a este tipo de mulheres e conseqüentemente na adesão destas ao planeamento familiar e formas de utilização dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, este estudo tem como pretensão contribuir com elementos de compreensão da mudança social e poder fornecer dados que gerem debates sobre políticas promotoras da equidade de cuidados, “contribuindo para uma organização dos serviços de saúde mais adequada à realidade de quem os procura e consciente das representações de quem os presta” Craveiro & Ferrinho (2011:241).

No contexto acima referido e face ao desconhecimento da existência de estudos acerca das representações dos enfermeiros sobre, comportamentos de fecundidade e forma de utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG, na área de abrangência da UCSP Covilhã surge a questão: Quais as representações dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre comportamentos de fecundidade e utilização de cuidados de saúde reprodutiva e PF das mulheres que efetuam interrupção voluntária da gravidez?

No presente estudo definiram-se os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as representações enfermeiros sobre comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG;
- ✓ Identificar as representações dos enfermeiros sobre a forma de utilização de cuidados de saúde reprodutiva e PF das mulheres que efetuam IVG;
- ✓ Analisar as representações dos enfermeiros, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Face aos objetivos definidos parece adequado orientá-lo como um estudo descritivo simples, em que “(...) o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factor, mais do que para o estudo de relações entre factores” (Fortin, 2009:135).

Quanto à abordagem de investigação é qualitativa, neste tipo de abordagem o investigador inicialmente “não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa, (...) aprofundará a revisão da literatura sobretudo perto do final da investigação para ver como os resultados se comparam com os obtidos por outros investigadores (...)” (Fortin, 2009:148).

1.3 – POPULAÇÃO / AMOSTRA

Relativamente à população definida, o investigador deve considerar o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra (Fortin, 2009). “A investigação quantitativa tem como base amostras de maiores dimensões seleccionadas aleatoriamente, enquanto a investigação qualitativa tipicamente focaliza-se em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos, seleccionados intencionalmente” (Carmo & Ferreira, 1998:191). A amostra é considerada “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo e um subconjunto dessa população” e a amostragem o “processo pelo qual um grupo de pessoas ou porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira” (Fortin, 2009:312).

O processo de seleção da amostra teve por base o princípio da amostragem não probabilística “uma vez que tem por base critérios de escolha intencional” e por conveniência “utiliza um grupo de indivíduos que esteja disponível” (Fortin, 2009:209). Na impossibilidade de aplicar o instrumento de colheita de dados a toda a população, houve necessidade de seleccionar os participantes no estudo. Neste sentido, Streubert e Carpenter (2011), defendem que na investigação qualitativa, a amostra por conveniência refere-se aos profissionais de saúde, escolhidos por encerrarem em si informação à qual é importante aceder, tendo em consideração

a sua experiência e o conhecimento aprofundado sobre o tema em estudo. Os mesmos autores defendem ainda que na investigação qualitativa, não existem normas inequivocamente determinadas e globalmente aceites sobre o número de informantes, pelo contrário, este poderá ser muito variado, devendo ser em número suficiente que permita efetuar uma colheita de dados rica e profunda. A saturação dos dados foi atingida quando deixámos de obter informação nova, ou quando esta se repetia, ou seja, considerámos que neste tipo de estudo não foi o critério numérico ou percentual que definiu o número de participantes, mas antes o conteúdo das entrevistas realizadas num total de dez enfermeiros.

O processo de seleção dos participantes obedeceu a critérios de inclusão pré-definidos tendo o enfermeiro chefe da UCSP Covilhã (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), assumido o papel de colaborador privilegiado, uma vez que ajudou na seleção dos enfermeiros que participaram no estudo designadas ao longo do mesmo por participantes (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10). Face ao exposto, considerámos como critérios de inclusão dos participantes: ser enfermeiro/a e exercer funções na UCSP Covilhã; desenvolver na atividade profissional cuidados em contexto de PF que contactem com mulheres que efetuaram IVG; apresentar capacidade de expressão linguística, com facilidade na comunicação, aceitar participar de livre vontade no estudo, autorizando a gravação áudio da entrevista e assinando o consentimento informado.

1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é uma etapa essencial num trabalho de investigação, esta vai permitir obter informação necessária para responder à questão de partida e atingir os objetivos traçados.

O instrumento de colheita de dados escolhido são as entrevistas semiestruturadas ou parcialmente estruturadas, uma vez que “as entrevistas não estruturadas convêm às abordagens qualitativas” (Fortin, 2009:130). Sendo este instrumento o de eleição pela sua facilidade de aplicação aos profissionais de saúde da amostra e por permitir uma flexibilidade na interação entre profissionais de saúde e a entrevistadora.

As entrevistas não são utilizadas com o intuito de verificar hipóteses pré-estabelecidas, mas sim “de abrir o espírito de ouvir, e não de fazer perguntas precisas” (Quivy & Campenhoudt, 1995:70). Pretende-se criar “um ambiente de partilha voluntária de informação e não de aquisição coerciva da mesma” (Carmo & Ferreira, 1998).

Para os momentos de colheita de dados elaborou-se um guião da entrevista, tendo presente a bibliografia consultada, os objetivos do estudo e o tipo de informação que se pretende colher.

O guia da entrevista G1 (Apêndice A) é constituído por duas partes, e foi adaptado do guia de entrevista da Dr.^a Isabel Craveiro após pedido de consentimento (Apêndice B).

Na primeira parte (quadro 1) incluem-se questões dirigidas à caracterização sócio-demográfica dos participantes no estudo (idade, sexo, categoria profissional, tempo de exercício profissional).

Quadro 1 – Características sócio-demográficas dos participantes

CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	CATEGORIAS / OBSERVAÇÕES
Idade	Por intervalos pré-estabelecidos.
Sexo	Feminino/ masculino.
Categoria Profissional	Enfermeira/o Especialista. Enfermeira/o Generalista. Outra:
Tempo de exercício Profissional	Anos de exercício profissional, por intervalos pré-estabelecidos. Anos de exercício profissional como especialista, por intervalos pré-estabelecidos.

Na segunda parte incluem-se questões e tópicos de questionamento referentes às representações que os enfermeiros têm sobre os comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, formas de utilização dos CSR das mulheres que efetuam IVG e caracterização socio demográfica das mulheres que efetuam IVG.

O guia da entrevista (Apêndice A) correspondentes aos momentos de colheita de dados e é composto por questões designadas por A, B e C e tópicos de questionamento. Este guia foi elaborado através da análise dos instrumentos de colheita de dados do estudo de Craveiro & Ferrinho (2011) com autorização formal do autor para a utilização do mesmo (Anexo A), foi também tida em consideração a revisão histórica da realidade global, da análise do desenvolvimento de conceitos e compreensão do fenómeno efetuada a partir de vários estudos nacionais e internacionais na área que foram abordados na primeira parte do trabalho. O guião elaborado, para a entrevista, foi previamente testado com dois enfermeiros, com a finalidade de aferir se as questões eram bem compreendidas pelos entrevistados e se suscitavam dúvidas ou ambiguidades, os elementos colhidos nestas entrevistas não foram considerados no estudo. Este momento foi fundamental, na medida em que nos permitiu fazer uma estimativa do tempo médio despendido em cada entrevista, treinando o uso do dispositivo áudio, aperfeiçoando a

técnica e adquirindo experiência na execução das questões, enquanto se procedia à validação das mesmas. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), todos os instrumentos de recolha de dados devem ser aplicados previamente, com o desígnio de avaliar se o enunciado das questões é suficientemente claro, objetivo e livre de tendências, devendo estimar-se ainda, se o guião reclama a informação que se ambiciona adquirir. Os quadros 2, 3 e 4 referem-se à categorização/observações de cada uma das questões referidas.

Quadro 2 - Controlo de fecundidade e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG

CLASSE TEMÁTICA	OBSERVAÇÕES/TÓPICOS DE QUESTIONAMENTO:	CATEGORIAS/OBSERVAÇÕES
Comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG.	-Meios de obter informações sobre planeamento familiar.	Profissionais de saúde, meios audiovisuais, família, mãe, amigos, profissionais de ensino...
	-Escolha do método contraceutivo.	Influência família, amigos, por influência do profissional de saúde, por comum acordo profissional-utente, individual.
	-Formas de utilização método contraceutivo.	Esquecimento, má utilização, medicação associada, situação, relativização.
	-Não utilizou método contraceutivo qual o motivo.	Falta de conhecimentos, influências do parceiro, opinião própria.

	- Efetivamente tiveram consultas de planeamento familiar ou ginecologia.	Sim- falhou porque: Não- Falta de conhecimentos, idade, acessibilidade, barreiras.
--	--	---

Quadro 3 – Formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva nas mulheres que efetuam IVG.

CLASSE TEMÁTICA	OBSERVAÇÕES/TÓPICOS DE QUESTIONAMENTO:	CATEGORIAS/OBSERVAÇÕES
Formas de utilização dos Cuidados de saúde reprodutiva e PF.	-Na área de organização de serviços.	Acessibilidade, na marcação de consultas, aquisição do método contraceptivo escolhido.
	-Na área dos relacionamentos profissionais de saúde/utentes. O profissional de saúde/ enfermeiro influencia a utilização dos cuidados de saúde e PF? O profissional de Saúde/enfermeira de família tem influência no planeamento familiar de um utente?	Relação de empatia, agendamento antecipado, idade. Fazem consulta: Sim, não.
	-Na área das motivações das utentes. Consulta antes de iniciarem vida sexual? Consulta após início da vida sexual? Forma como lidam com o próprio corpo?	Fazem consulta: Sim, não. Imagem influência a utilização cuidados saúde reprodutiva? Sim, não.

Quadro 4 – Caracterização socio demográfica das mulheres que efetuam IVG

CLASSE TEMÁTICA	OBSERVAÇÕES/TÓPICOS DE QUESTIONAMENTO:	CATEGORIAS/OBSERVAÇÕES
Caracterização sócio-demográfica das mulheres que efetuam IVG.	-Na sua opinião qual a escolaridade/ instrução das utentes que efetuam IVG?	Escolaridade: básico 2º ciclo, 3º ciclo / secundário, superior, não existe padrão
	-Na sua opinião acha que o nível de instrução tem relação com a decisão de optar por interromper a gravidez?	Sim, não.
	-Na sua opinião as utentes que efetuam IVG tem uma relação estável com o companheiro?	Situação conjugal: com parceiro, sem parceiro.
	-Na sua opinião qual a situação laboral/económica dessas utentes?	Situação laboral: Desempregada, estudante, não existe padrão, sem problemas económicos, com problemas económicos.
	-Na sua opinião já efetuaram IVG anteriormente?	IVG Anteriores: Sim, não.
	-Na sua opinião tem filhos?	Tem filhos: Sim, não
	-Na sua opinião estas utentes vêm do meio urbano ou rural?	Meio Habitacional: Rural, urbano.
	-Na sua opinião existe uma idade média em que se repetem mais a IVG? Se sim qual? Se não porquê?	Idade: Adolescentes (10-17anos), Universitárias (17-22 anos), Intermédia (>22) Pré-menopausa, não existe padrão.

1.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados realizou-se no mês de Setembro 2014, após solicitação e respetiva autorização do ACES Cova da Beira depois da submissão do estudo à aprovação da comissão de ética da administração regional de saúde do centro (Anexo B).

Os contactos com os enfermeiros foram efetuados pessoalmente atendendo à disponibilidade de horário laboral e apresentando uma breve exposição dos objetivos do estudo, agendou-se o dia e a hora para a realização das entrevistas.

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada individualmente decorreu UCSP da Covilhã num ambiente e contexto adequados, informando-se a participante da duração provável da entrevista, cerca de meia hora. A entrevistadora orientou a entrevista com perguntas pertinentes para que a participante comunicasse a sua experiência.

Do ponto de vista técnico tornou-se indispensável gravar a entrevista, com o compromisso de respeitar o anonimato, de usar as entrevistas exclusivamente para esta investigação e de apagar as gravações logo que estas tenham sido transcritas. Esta opção metodológica encerra a vantagem adicional de ajudar a organizar, regularizar e a conferir os dados, de maneira rigorosa, sendo menos dispendioso. Assegura a fidelidade e facilitam as comparações entre os sujeitos, garante o anonimato das respostas permitindo a expressão livre de opiniões que se considerem mais pessoais.

Durante a entrevista evitou-se tomar notas, evitando distrações da entrevistadora e da participante. Foram apenas colhidos alguns termos utilizados pelos participantes: pontos a esclarecer, temas ainda não abordados (Quivy & Campenhoudt, 1995).

As entrevistas decorreram num ambiente sereno e acolhedor, predominando um clima de confiança e de naturalidade, propício à expressão de respostas sinceras e espontâneas, estando os entrevistados livres de pressões externas que colocassem em causa a confidencialidade dos dados. No decurso das mesmas, os participantes foram tratados ora na segunda, ora na terceira pessoa do singular, de acordo com o grau de conhecimento e intimidade previamente estabelecida com o participante e com a ligação profissional pré-existente. As entrevistas, apenas foram dadas como finalizadas quando ambas as partes assumiram o esgotamento da informação. No final de cada entrevista foi feito o agradecimento e disponibilidade para a consulta da mesma, após a sua transcrição, como forma de validação das mesmas com o entrevistado (exemplo, Apêndice D). Tendo todos os participantes demonstrado interesse e disponibilidade para a leitura da transcrição das suas entrevistas e manifestando gosto em conhecer os resultados finais do estudo.

1.6 - TRATAMENTO DE DADOS

Concluídas as entrevistas, todo o conteúdo foi reunido por participantes e transcrito na íntegra para facilitar a análise. Os dados provenientes das entrevistas foram analisados recorrendo à análise de conteúdo. Os métodos de análise de conteúdo implicam a aplicação de processos técnicos relativamente precisos (o cálculo das frequências dos termos utilizados). Bardin (1977: 31) faz referência às seguintes questões:

O que é ou não é a análise de conteúdo? Onde começa e acaba a análise de conteúdo? É necessário definir o seu campo (...). Para que serve a análise de conteúdo? É preciso dizer *por que razão* e com que finalidade, recorremos a este instrumento. Como funciona ela? É necessário familiarizarmo-nos com o seu manejo e fornecer um modelo de utilização. Sobre que materiais funciona a análise de conteúdo? É preciso indicar os lugares possíveis do *seu território*...

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise de comunicações” e desde que se começou a lidar com comunicações, que se pretende compreender para além de significados imediatos (Bardin, 1977:31).

As diferentes fases da análise de conteúdo, seguindo a técnica de análise categorial proposta por Bardin (1977). Vivenciamos as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação.

Na pré-análise, organizamos os dados pelo uso da lógica, da intuição e das experiências e conhecimentos acumulados, sistematizando as ideias iniciais por repetidas leituras dos conteúdos, identificando pontos de semelhanças e divergências, permitindo agrupar os dados por temáticas oriundas de sentimentos ou ações expressas pelos sujeitos. Nesta fase, a escolha de documentos depende dos objetivos do estudo, tendo como pretensão: identificar as representações dos enfermeiros sobre comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, identificar as representações dos enfermeiros sobre a forma de utilização de cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG, utilizou-se todo o material da colheita de dados, sendo o *corpus* constituído por dez entrevistas.

Tendo presente Bardin (1977) realizou-se uma leitura flutuante do material da colheita de dados, estabelecendo-se o primeiro contacto e permitindo o aparecimento das primeiras impressões e orientações, tendo como tema central identificar os fatores que favorecem e interferem nas formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e identificação dos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG segundo as representações dos enfermeiros, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG.

Na fase da exploração do material, realizou-se uma leitura mais exaustiva e aprofundada do conteúdo de cada entrevista e realizou-se a codificação ou enumeração com ajuda programa

NVIVO. Para facilitar a contagem dos eventos, numerámos os roteiros das entrevistas de um a dez e dos enfermeiros de P1 a P10. Existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados, mas percebemos um interesse maior pela análise temática (temas), o que nos leva ao uso de frases ou parágrafos como unidades de análise. O evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, consegue-se segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta a mensagem explícita, ora as significações não aparentes do contexto (Bardin, 1977:117). Não obstante, podemos dizer que a opção por essa ou aquela unidade temática é uma conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias explicativas adotadas pelo pesquisador e por que não dizer as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador. Neste constante ir e vir entre os objetivos do trabalho, teorias e intuições do pesquisador emergem as unidades de análise que futuramente são categorizadas.

O tratamento dos resultados iniciou-se com a identificação de três classes temáticas, seguindo-se a definição das categorias, sendo estas “rubricas significativas, em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado” (Grawitz, 1993; cit. por Carmo & Ferreira, 1998:255).

Para Bardin (1977:103):

tratar o material é codificá-lo. A *codificação* corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (...)

Desta forma, as unidades de registo foram recortadas, representando o tema através de uma palavra ou de uma frase. Seguiu-se a agregação e classificação das unidades, tendo-se produzido a categorização e a subcategorização dos dados. Os dados foram orientados em três classes temáticas distintas, como se verifica no quadro 5.

A primeira classe temática “Fatores que influenciam comportamentos de fecundidade” agregou cinco categorias e vinte subcategorias. A segunda classe temática agregou os “Fatores que influenciam utilização cuidados de saúde reprodutiva e PF”, com quatro categorias e dezassete subcategorias. A terceira classe temática “Caraterização socio demográfica” com sete categorias e vinte e uma subcategorias.

Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias dimensionadas às classes temáticas segundo a aplicação programa Nvivo:

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS
<p>Fatores que influenciam comportamentos de fecundidade</p>	<p>Fatores pessoais: autoestima, monetário, opção de não fazer PF, papel na família e sociedade.</p> <p>Formas de utilização método escolhido: coito interrompido, descuido esquecimento, doença, falibilidade do método, mitos pilula, mudança de método.</p> <p>Influência na escolha do método: amigos, companheiro, família, profissionais saúde-utente.</p> <p>Informação sobre cuidados de saúde sexual e reprodutiva: desconhecimento possibilidade de gravidez menopausa, desconhecimento possível gravidez na primeira relação sexual.</p> <p>Origem informação CSR PF: amigas, família, profissionais saúde, saúde escolar.</p>
<p>Fatores que influenciam utilização cuidados de saúde reprodutiva e PF</p>	<p>Motivações da utente para utilização CSR e PF: formas de utilização CSR e PF antes de iniciar vida sexual, depois de iniciar vida sexual, depois de IVG, pedir encaminhamento para IVG, Imagem, Influência familiar, Problemas Familiares.</p> <p>Organização de serviços centro de saúde: acessibilidades, agendamento de consulta médica e de enfermagem, aquisição de métodos contraceptivos, Idade da utente, prática de horários centros de saúde/consultas.</p> <p>Organização de serviços Hospital: encaminhamento para consulta IVG, marcação de consulta planeamento familiar.</p>

	<p>Relacionamentos profissionais de saúde utente.</p> <p>Conhecimento pessoal da equipa de saúde, género feminino ou masculino da equipa saúde, relacionamento empatia confiança com profissional de saúde.</p>
<p>Classe Temática 3. Caracterização socio demográfica</p>	<p>Escolaridade: básico 2 ciclo, 3º ciclo/ secundário, superior, não existe padrão.</p> <p>Idade: adolescentes (10-17 anos), universitárias (17-22 anos), intermédia (> 22), pré-menopausa, não existe padrão.</p> <p>Meio Habitacional: rural, urbano.</p> <p>Situação Conjugal: com parceiro, sem parceiro.</p> <p>Situação Laboral: desempregadas, estudantes, não existe padrão, trabalhadoras sem problemas económicos, trabalhadoras com problemas económicos.</p> <p>Tem Filhos: Sim, não.</p> <p>IVG anteriores: Sim, não.</p>

1.7 - CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

As considerações éticas são sempre pertinentes no que concerne à investigação científica, quando nela estão implicados seres humanos e comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral e os direitos humanos necessitam sempre de ser protegidos (Fortin, 2009).

O anonimato e a confidencialidade são um dos direitos do Homem; estes são assegurados se a identidade do indivíduo não puder ser associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Neste estudo respeitaram-se estes direitos pelo que as respostas às questões colocadas ao longo da entrevista são anónimas e não terão qualquer elemento que identifique as participantes.

Atendendo a que este estudo aborda as representações dos enfermeiros, sobre planeamento familiar/Interrupção Voluntária da Gravidez, torna-se pertinente referenciar o Código Deontológico do Enfermeiro. O enfermeiro deve abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (Diário da República, 1998). Ao longo do estudo, respeitou-se a opinião que os enfermeiros têm relativamente, aos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG e sobre a forma de utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG, tendo em consideração as suas características;

Os princípios do Código de Ética, também foram tidos em consideração durante a investigação, nomeadamente o princípio da Beneficência, não será causado qualquer dano físico ou psíquico à participante do estudo, o princípio do Respeito pela Dignidade Humana, a participante decide livremente se quer participar no estudo, sendo informada sobre a natureza e os objetivos do estudo e tendo o direito de em qualquer momento desistir, o princípio da Justiça, garantido à participante o direito à sua privacidade (Comissão Nacional da UNESCO, 2006).

Para a realização do estudo foi pedida autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Centro IP e ao Diretor executivo do ACES Cova da Beira (Apêndice C), tendo sido aprovado pela comissão de ética da ARS Centro (Anexo B). Foi solicitado a todos os enfermeiros da UCSP Covilhã que aceitaram participar no estudo o consentimento livre e esclarecido (Apêndice E), após serem informados acerca da natureza e dos objetivos do mesmo, dos benefícios da participação, da garantia da confidencialidade das informações obtidas e do direito à recusa ou desistência em qualquer fase do trabalho; respeitando-se todas as decisões, inclusive de não colaborarem ou desistirem do estudo.

2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os dados obtidos, em função de toda a informação colhida através das entrevistas realizadas. Também, se pretende proceder à análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos, interpretando-os à luz das conceções de referência e sempre que possível, tendo presentes os resultados encontrados noutros trabalhos de investigação.

Por uma questão metodológica, irá começar-se por efetuar a caracterização das participantes do estudo, seguindo-se a apresentação e exposição das classes temáticas que agregam as categorias e subcategorias, onde serão descritos: Fatores que influenciam a os Comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, fatores que influenciam a utilização cuidados de saúde Reprodutiva, PF das mulheres que efetuam IVG e a caracterização sócio demográfica das mulheres que efetuam IVG.

Como critério de julgamento de rigor da investigação, para assegurar a credibilidade dos resultados, foi utilizada a auditoria por pares, validação das categorias e subcategorias (Apêndice F) e (Anexo C), descrita por (Lincol e Guba 1985; cit. por Streubert e Carpenter, 2011:50) como “Um processo de se expor a um par desinteressado, de modo paralelo, em sessões analíticas...” com a finalidade de explorar aspetos da pesquisa que de algum modo permanecem implícitos para o inquiridor este processo, pode segundo (MCBrien 2008; cit. por Streubert e Carpenter, 2011:50) “capacitar o investigador a fazer escolhas metodológicas reflectidas e assegurar que a emergência de temas e padrões estejam substanciadas nos dados”, garantindo assim que nenhum dado relevante da pesquisa permaneça oculto ou diluído nos dados.

2.1 – DADOS RELATIVOS ÀS PARTICIPANTES

Fazem parte do estudo dez participantes, enfermeiros que prestam cuidados na UCSP Covilhã que obedeceram aos critérios abordados anteriormente para seleção da amostra e que se mostraram disponíveis para participar.

Caraterização sócio-demográfica

Através da análise da tabela 1 verifica-se que a faixa etária onde se concentra maior número de participantes situa-se entre os 40-44 anos, com 60%, seguindo-se a faixa etária compreendida entre 45-49 com 20%, com 10% surgem os extremos com idades entre 35-39 e maiores de 50 anos.

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo a idade

IDADE	Nº	%
25-29	0	0
30-34	0	0
35-39	1	10
40-44	6	60
45-49	2	20
50	1	10
Total	10	100

Como se pode verificar na tabela 2, relativamente distribuição das participantes segundo a categoria profissional temos uma população em que 50% são enfermeiros especialista e os restantes 50% ocupam funções como enfermeiros generalistas. As habilitações académicas dos participantes denotam que estes investem na sua formação e que as áreas de aposta formativa se relacionam com os cuidados de saúde familiar e comunitária.

Tabela 2 - Distribuição das participantes segundo categoria profissional

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	Nº	%
Enfermeira/o Especialista	5	50
Enfermeira/o Generalista	5	50
Total	10	100

No que se refere, ao tempo de experiência profissional, a média situa-se entre os 15 e os 24 anos de experiência com 40% em cada intervalo. Este ponto torna-se importante, pois no conjunto dos participantes, encontramos alguma diversidade de realidades. Por um lado, foi entrevistada uma enfermeira generalista com um curto tempo de experiência profissional 10-14

anos, por outro lado, a restante população em estudo é detentora de uma experiência profissional de mais de 15 anos.

Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo tempo de exercício profissional

ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Nº	%
0-9	0	0
10-14	1	10
15-19	4	40
20-24	4	40
25-29	1	10
Total	10	100

Da totalidade da amostra 50% dos enfermeiros são especialistas e destes 80% são especialistas à relativamente pouco tempo entre 0-4 anos, apresentando um conhecimento fortemente influenciado quer pela formação académica recente quer pela experiência profissional, tornando a pesquisa mais rica, fidedigna e abrangente, OE (2009a) e Pocinho & Costa (2002).

Tabela 4 - Distribuição das participantes segundo nº anos como especialista

ANOS COMO ESPECIALISTA	Nº	%
0-4	4	80
5-9	1	20
Total	5	100

2.2 – DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES QUE EFECTUAM IVG.

Classe temática 1 – Fatores que influenciam comportamentos de fecundidade

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, foram identificadas as representações dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam os comportamentos de

fecundidade das mulheres que efetuam IVG, esta classe temática agregou cinco categorias com vinte subcategorias.

Categoria 01: Fatores pessoais

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros tem sobre fatores pessoais que influenciam comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, autoestima, monetário, opção de não fazer PF e o papel da mulher na família e sociedade, como se pode verificar no quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição da categoria 01 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 01	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Fatores pessoais	Autoestima	2
	Monetário	1
	Opção de não fazer método contraceptivo e PF	7
	Papel família e sociedade	2

Analisando o quadro 6, podemos visualizar que a subcategoria com mais unidades de registo é a opção de não fazer planeamento familiar com sete unidades de registo, o que se torna preocupante na área da saúde sexual. Alguns princípios básicos deverão ser estabelecidos para que a atuação dos profissionais de saúde tenha êxito e se consiga reverter esta situação. “Talvez, dentre eles, o mais importante seja não basear a educação sexual apenas no uso de preservativos e anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções.” (Saito e Leal, 2000; cit. por OE, 2009b:3). Assumindo assim o enfermeiro o papel de capacitar e auto responsabilizar este grupo de mulheres.

No quadro 7 apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 7 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 01

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Autoestima	“Há muita gente que diz, porque estou a tomar a pílula engordou (...)”. (P1)	2

	<p>“A forma como veem o corpo tem influência na utilização métodos contraceptivos principalmente medo de engordar (...)”. (P2)</p>	
Monetário	<p>“(...) nesse momento não estão a fazer ou porque falharam a consulta e não tem método ou por falta de dinheiro para o adquirir”. (P4)</p>	1
Opção de não fazer método contraceptivo e PF	<p>“(...) relações são feitas em vãos de escadas, em jardins, completamente ocasional (...) engravidam mesmo por descuido por não querer saber do uso de métodos contraceptivos, foi ao São João e teve relações sexuais com três (...) diz embebedei-me (...)”. (P1)</p> <p>“(...) pensam que não acontece (mais nas mais jovens), que na maioria não faziam contraceptivos”. (P2)</p> <p>“(...) jovens não utilizam planeamento família e métodos porque não querem saber (...) mais velhas, mais por não ter parceiro depois de repente aparece alguém e não estão a fazer planeamento familiar, método contraceptivo e arriscam não sei (...)”. (P3)</p> <p>“(...) não fazem PF e tomam a pílula do dia seguinte e muitas vezes não passam por nós vão diretamente farmácia (...)”. (P6)</p> <p>“(...) é uma relação pontual, e a maior parte não utiliza métodos contraceptivos por decisão pessoal (...) universitárias, que dispõem de toda a informação correta dada por Profissional de saúde não se traduza no comportamento esperado”. (P7)</p> <p>“(...) mulheres que têm um companheiro mais velho e não tomam nada, depois numa relação ocasional com outro, ficam grávidas”. (P8)</p> <p>“(...) adolescência, falta de preocupação”. (P10)</p>	7
Papel Família e sociedade	<p>“(...) mais em famílias desestruturadas, ainda agora uma menina de dez/onze anos com pais</p>	2

	<p>separados iniciou a vida sexual, tem problemas económicos”. (P6)</p> <p>“(…) nos ciganos, eles não querem que elas usem nada, elas veem às escondidas, muitas vezes optam por implantes colocados no hospital e quando eles descobrem, querem que elas tirem”. (P8)</p>	
--	--	--

Da análise das quatro subcategorias, pode concluir-se que a subcategoria com mais unidades de registo é a opção pessoal de não efetuar PF e não usar método contraceptivo, estando esta análise relacionada como se pode verificar nas unidades de registo com a população de jovens adolescentes que apesar de "disporem de toda a informação (...) dada pelos profissionais de saúde" sobre saúde sexual a negligenciam por "facilitismo", "falta de preocupação".

Estes dados são preocupantes e o conselho de enfermagem emitiu um parecer sobre a situação onde pode ler-se que, “apesar de se poder afirmar que o conhecimento sobre comportamentos de risco estar relativamente generalizado, o facto é que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, (...) por mães com idades entre os 12 e os 19 anos” (OE, 2009b:2)

Por outro lado, apesar dos meios disponíveis na sociedade atual permitirem um acesso facilitado à informação, o estudo realizado pela APF e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, comprova que a nível da educação sexual, os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte e a toma da pílula, o interesse dos adolescentes em atividades sexuais, e as IST (Vilar & Ferreira, 2008).

Conjugando a falta de informação e formação com comportamentos de risco, muitas vezes a vida destes jovens é marcada de forma dramática.

Relativamente às mulheres “mais velhas”, estas por sua vez negligenciam o PF em relações ocasionais. Surgiu ainda a referência ao "medo de engordar", aos problemas económicos, com referência à negligência de não efetuar método contraceptivo por problemas monetários para o adquirir, também condicionado pela categoria Organização de serviços de saúde uma vez que não estão disponíveis todos os tipos de métodos contraceptivos gratuitamente.

O papel destas mulheres na família e sociedade surge como fator influente nos comportamentos de fecundidade em famílias desestruturadas, onde o papel das "raparigas mais novas” se vê alterado em relação às famílias estruturadas.

Surtem ainda a referéncia às mulheres de etnia cigana que são condicionadas nas suas escolhas contracetivas pelos seus familiares.

Categoria 02: Formas de utilização método escolhido

Esta categoria refere-se à representação que os enfermeiros tem sobre Formas de utilização método contracetivo escolhido efetuado pelas mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias coito interrompido, descuido esquecimento, doença, falibilidade do método, mitos pilula, mudança de método, como se pode verificar no quadro 8.

Quadro 8 – Distribuição da categoria 02 e subcategorias

CATEGORIA 02	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Formas de utilização método contracetivo escolhido	Coito interrompido	2
	Descuido esquecimento	9
	Doença	5
	Falibilidade do método	1
	Mitos pilula	1
	Mudança de método	1

Analisando o quadro 8, podemos visualizar que a subcategoria com mais unidades de registo é o descuido ou esquecimento da utilização do método contracetivo escolhido pelas mulheres que efetuam IVG com nove unidades de registo, seguindo-se com cinco unidades de registo a doença como fator que influencia o comportamento de fecundidade agrupado na categoria 02 formas de utilização método contracetivo escolhido.

No quadro 9, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 9 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 02

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Coito interrompido	<p>“(…) porque o parceiro diz ai não ponho porque não sai nada”. (P1)</p> <p>“(…) tem relações sem preservativo ou com coito interrompido”. (P6)</p>	2
Descuido esquecimento	<p>“Descuido/esquecimento do Método contraceptivo”. (P1)</p> <p>“(…) gravidez indesejada (nas mais velhas) é porque houve um descuido ou um esquecimento da pílula”. (P2)</p> <p>“As mais jovens é que se descuida”. (P3)</p> <p>“(…) porque se esquecem de tomar a pílula ou porque negligenciam”. (P4)</p> <p>“(…) adolescentes se fazem negligenciam os métodos contraceptivos. Não são estanques (...) não veem buscar, interrompem, depois uma relação ocasional engravidam”. (P9)</p> <p>“(…) esquecem, (...) umas porque é hábito esquecerem-se outras porque os afazeres do dia-a-dia pelo cansaço”. (P5)</p> <p>“(…) as mais velhas tomavam métodos contraceptivos mas esqueceram-se de tomar”. (P6)</p> <p>“As mais velhas (...) porque se esquecem”. (P7)</p> <p>“As adolescentes (...) porque se esqueceram”. (P8)</p>	9
Doença	<p>“Antibiótico”. (P1)</p> <p>“As mais velhas, (...) problemas de saúde “ (mal dispostas)”. (P9)</p> <p>“As mais velhas (...) doença e param com método”. (P7)</p> <p>“As adolescentes (...) tiveram problema de saúde e falhou o método”. (P8)</p>	5

	“(...) falham por problemas de saúde, mais entre os 35-38 anos”. (P10)	
Falibilidade do método	“(...) tomaram certinho mais com a “Ginera” e engravidam na mesma. Também acontece com DIU’s (...) pouco utilizado”. (P8)	1
Mitos pilula	“As estudantes (...) férias vão a casa e fazem a pausa da pilula (mitos) da família”. (P7)	1
Mudança de método	“(...) fui-lhe colocado um implante, (...) ela quis tirar (...) usar outro método contraceptivo mudou para a pílula e passados uns meses estava outra vez grávida e voltou a interromper”. (P3)	1

Da análise das sete subcategorias pode concluir-se que a subcategoria que mais influência tem na forma de utilização dos métodos contraceptivos, como mais unidades de registo refere-se ao descuido esquecimento na toma do método contraceptivo, por "cansaço" ou no caso das adolescentes porque "já é habito esquecerem-se", “negligenciam-no”, “não são estanques”. Em segundo lugar com cinco unidades de registo surge a doença, mais frequente em mulheres “mais velhas”. Surge também a referência a mitos, a família assume aqui um papel de influência conjugado com a falta de informação fornecida por profissionais, também verificada no estudo de Craveiro & Ferrinho (2011), Vilar & Ferreira (2008), Martins (2004).

Categoria 03: Influência na escolha do método

Esta categoria refere-se à perceção que os enfermeiros têm, sobre a influência na escolha do método contraceptivo nas mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias amigos, companheiro, família, profissionais saúde-utente, como se pode verificar no quadro 10.

Quadro 10 – Distribuição da categoria 03 e subcategorias

CATEGORIA 03	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Influência na escolha do método	Amigos	2
	Companheiro	4
	Família	3
	Profissionais saúde-utente	9

Analisando o quadro 10, concluímos que estas utentes são influenciadas principalmente pelo profissional de saúde com nove unidades de registo, com quatro unidades de registo surge a influência do companheiro e da família.

No quadro 11, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 11 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 03

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Amigos	“(…) com as amigas”. (P9) “(…) mais novas a escolha (….) têm influência das amigas”. (P8)	2
Companheiro	“À influência por parte do parceiro (….) nas casadas”. (P2) “(…) as mais velhas (….) influência por parte do parceiro”. (P4) “(…) existe influência (….) parceiro, principalmente nas que tem baixa auto estima e poucos conhecimentos (….)”. (P7) “(…) mais velhas também acho que há influência do parceiro”. (P8)	4
Família	“(…) mais velhas pela avó mãe (….)”. (P4) “(…) da família (….) principalmente nas que tem baixa auto estima e poucos conhecimentos (….)”. (P7) “(…) mais velhas (….) família (….)”. (P8)	3
Profissionais Saúde-utente	“(…) mais velhas com o profissional de saúde (….)”. (P1) “(…) mais velhas, a escolha é efetuada entre Profissional de saúde e a utente (….)”. (P2) “(…) mais novas, até porque elas têm medo de contar aos pais e vêm falar connosco, (….) tomam a pilula às escondidas) (….)”.“(…) A decisão é tomada com o profissional de saúde (….)”. (P3)	9

	<p>“(…) As que fizeram IVG, maior parte das vezes o método é imposto mais nas jovens (…)”. (P3)</p> <p>“(…) conosco (…)”. (P9)</p> <p>“Com o Profissional de saúde Enfermeiro/utente/médico (…)”. (P5)</p> <p>“(…) a decisão é conjunta mas, as utentes que põem o implanon no hospital (após IVG) e no final de algum tempo querem tirar, e o implanon é caríssimo (…)”. (P6)</p> <p>“(…) Aqui como profissional de saúde na consulta (…)”. (P7)</p> <p>“(…) mais velhas, sim, elas veem ter com o profissional de saúde e médico (…)”. (P8)</p> <p>“(…) a maior decisão é mesmo delas, depois da informação com o profissional de saúde (…)”. (P10)</p>	
--	---	--

Da análise das quatro subcategorias encontradas como influentes na escolha do método contraceptivo, pode concluir-se que na opinião dos profissionais de saúde esta escolha é efetuada entre profissional de saúde e utente, principalmente nas “mais velhas”. Surgem também duas unidades de registo que revelam a imposição de um método após IVG, gerando descontentamento e rejeição desse método por parte da utente. A influência dos companheiros e familiares regista-se apenas nas utentes “mais velhas” e com baixa autoestima.

Categoria 04: Informação sobre cuidados reprodutiva e PF

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros têm, sobre informação que as mulheres que efetuam IVG tem sobre cuidados de saúde reprodutivos e PF e são objetivadas nas subcategorias desconhecimento possibilidade de gravidez menopausa, desconhecimento possível gravidez na primeira relação sexual, como se pode verificar no quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição da categoria 04 e subcategorias

CATEGORIA 04	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Informação sobre cuidados reprodutiva e PF	Desconhecimento possibilidade de gravidez menopausa	3
	Desconhecimento possível gravidez na primeira relação sexual	1

Analisando o quadro 12, concluímos que estas utentes desconhecem a possibilidade de gravidez na menopausa com três unidades de registo.

No quadro 13, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 13 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 04

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Desconhecimento possibilidade de gravidez menopausa	“(…) menopausa (…) não sabem que podem engravidar (…”. (P4)	3
	“(…) mulheres na menopausa (…) e pensam que já não engravidam (…”. (P7)	
	“(…) pré-menopausa engravidam (…) deixam de tomar, porque acham que não engravidam e temos muitas IVG’s aos 40 anos (…”. (P8)	
Desconhecimento possível gravidez na primeira relação sexual	“(…) porque nem sabem o que pode acontecer (engravidar) as mais novas (…”. (P4)	1

Da análise das duas subcategorias pode concluir-se que a subcategoria desconhecimento sobre a possibilidade de engravidar na menopausa assume nas representações dos enfermeiros um fator influente nos comportamentos de fecundidade, com três unidades de registo.

Categoria 05: Origem da informação sobre CSR e PF

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros têm, sobre a origem da informação sobre cuidados de saúde reprodutiva e PF das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, amigas, família, profissionais saúde, saúde escolar como se pode verificar no quadro 14.

Quadro 14 – Distribuição da categoria 05 e subcategorias

CATEGORIA 05	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Origem informação CSR PF	Amigas	4
	Família	3
	Profissionais Saúde	5
	Saúde Escolar	7

Analisando o quadro 14, concluímos que a representação dos enfermeiros sobre a origem da informação de CSR e PF destas utentes é obtida com o profissional de saúde e na saúde escolar com cinco e sete unidades de registo respetivamente, surgem depois os amigos e a família. Um estudo levado a cabo por Vilar & Ferreira (2009) vai ao encontro destes resultados e afirma mesmo que “as raparigas atribuem alguma importância à aprendizagem obtida junto da família, em particular das mães, é reconhecido que tanto esta como a escola deveriam ter um papel mais relevante no que toca à educação sexual, já que é sobretudo a informação trocada com o grupo de amigos aquela que acaba geralmente por prevalecer na formação dos jovens” (Vilar & Ferreira, 2009).

No quadro 15, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 15 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 05

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Amigas	“(…) é adquirida através de pessoas amigas”. (P4) “(…) outras com as amigas”. (P7) “(…) com as amigas, as miúdas na escola entre elas (...)”. (P8) “Normalmente é passa a palavra umas às outras (...)”. (P10)	4

Família	<p>“As mais velhas com a família mãe, avó”. (P4)</p> <p>“(…) e com a família”. (P5)</p> <p>“(…) elas às vezes vêm mal esclarecidas pela família”. (P10)</p>	3
Profissionais Saúde	<p>“(…) na consulta dos 11 /13 anos”. (P2)</p> <p>“(…) ou de profissionais de saúde”. (P4)</p> <p>“Informação aqui no centro saúde”. (P5)</p> <p>“(…) com o profissional de saúde”. (P7)</p> <p>“(…) obtêm connosco na consulta planeamento”. (P8)</p>	5
Saúde Escolar	<p>“(…) nós fazemos muito tipo de sensibilização no meio escolar”. (P1)</p> <p>“(…) informação também vem da escola”. (P2)</p> <p>“Através das nossas consultas, nas escolas”. (P3)</p> <p>“(…) na escola com profissionais de saúde”.(P4)</p> <p>“Adquirem a informação connosco, na escola (…”. (P9)</p> <p>“A saúde escolar (… funciona (… intervenção é fantástica e a Acção escolar de intervenção de informação resultou”. (P6)</p> <p>“(…) na saúde escolar (…”. (P8)</p>	7

Analisando a categoria, verificamos que segundo os enfermeiros, a origem da informação sobre CSR e PF provem da saúde escolar com os profissionais de saúde com sete unidades de registo o que significa que “Acção escolar de intervenção de informação resultou” e que o PF se deve iniciar “na consulta dos 11 /13 anos”. Registaram-se também nas utentes “mais velhas” a obtenção de informação através da família, por sua vez as “mais novas” obtêm informação com as amigas, como o verificado no estudo de Craveiro & Ferrinho (2011:224) que revela que as mulheres na sua maioria obtiveram as primeiras informações “sobre formas de controlo de fecundidade/ contraceção (...) através de amigos, mídia ou de vizinhos.”

Classe Temática 2 Fatores que influenciam a utilização CSR e PF

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, foram apreendidas as representações dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a utilização dos cuidados de saúde reprodutiva, PF das mulheres que efetuam IVG, esta classe temática agregou quatro categorias com dezassete subcategorias.

Categoria 06: Motivações da utente para utilização CSR e PF

Esta categoria refere-se à perceção que os enfermeiros têm sobre as motivações que levam as mulheres que efetuam IVG a utilizar os CSR e PF, são objetivadas nas subcategorias, as Formas de utilização CSR e PF antes de iniciar vida sexual, depois de iniciar vida sexual, depois de IVG, pedir encaminhamento para IVG, imagem, influência familiar, problemas familiares, como se pode verificar no quadro 16.

Quadro 16 – Distribuição da categoria 06 e subcategorias

CATEGORIA 06	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Motivações da utente para utilização CSR e PF	Formas de utilização CSR e PF antes de iniciar vida sexual	8
	Formas de utilização CSR e PF depois de iniciar vida sexual	8
	Formas de utilização CSR depois de IVG	5
	Pedir encaminhamento para IVG	8
	Imagem	6
	Influência familiar	3
	Problemas Familiares	1

Da análise do quadro 16, podemos visualizar que as subcategorias com mais unidades de registo são, com o mesmo nº unidades de registos oito, as subcategorias “Formas de utilização dos CSR e PF antes de iniciar a vida sexual”, “(...) depois de iniciar a vida sexual” e para “pedir encaminhamento para IVG”, surge ainda a subcategoria imagem com seis unidades de registo.

No quadro 17 apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 17 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 06

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
<p>Formas de utilização CSR e PF antes de iniciar vida sexual</p>	<p>“(…) as mais velhas sim fazem (…)”. (P1)</p> <p>“(…) As mais novas que efetuam IVG nem todas vêm consulta PF (…)”. (P2)</p> <p>“As mais velhas umas fazem”. (P4)</p> <p>“(…) minhas utentes que vieram para fazer IVG faziam PF antes de iniciar vida sexual”. (P5)</p> <p>“(…) Algumas (as mais velhas) que efetuaram IVG faziam PF e tomavam (…) antes de iniciar vida saxual”. (P6)</p> <p>“(…) As mais velhas vêm fazer PF”. (P7)</p> <p>“(…) Sim as mais velhas”. (P8)</p> <p>“As mais velhas sim”. (P10)</p>	<p>8</p>
<p>Formas de utilização CSR e PF depois de iniciar vida sexual</p>	<p>“As mais novas não (…) depois de iniciar a vida sexual ou são trazidas por um professor por uma amiga nunca vêm com a mãe ou com o pai (…)”. (P1)</p> <p>“As mais novas (…) nem todas vêm consulta PF antes de terem relações (...). A maioria não, só depois (...)”. (P2)</p> <p>“As que efetuam IVG não fazem PF antes de iniciar a vida sexual (...)”. (P3)</p> <p>“As mais novas não fazem, só depois de iniciarem a vida sexual (...)”. (P4)</p> <p>“Adolescentes, não fazem PF antes, só depois. (...)”. (P9)</p> <p>“(…) algumas iniciaram a vida sexual antes mas depois vieram (...)”. (P5)</p> <p>“As mais novas andam por aí um bocadinho perdidas não fazem PF antes de iniciar a vida</p>	<p>8</p>

	<p>sexual (...)”. (P6)</p> <p>“Como já disse, não as mais novas (...)”. (P10)</p>	
<p>Formas de utilização CSR depois de IVG</p>	<p>“(…) vêm (...) da consulta com um método instituído, depois tem que vir cá obviamente para dar continuidade”. (P3)</p> <p>“(…) quando vem da IVG, já vêm com um método instituído (...) são aqui seguidas”. (P9)</p> <p>“Após efetuarem IVG já vêm com método contraceptivo do hospital (...) o 1º ano conseguimos manter aqui o seguimento (...)”. (P7)</p> <p>“Depois de efetuarem IVG são cá acompanhadas”. (P8)</p> <p>“Vem após para serem seguidas e fazerem PF aqui (...)”. (P10)</p>	5
<p>Pedir encaminhamento para IVG</p>	<p>“(…) Muitas vem trazidas por uma amiga ou pelo professor já para fazer IVG”. (P1)</p> <p>“(…) já sabem o que querem, eu acho que também se banalizou um bocadinho o ato sexual e que a IVG é encarada como um método contraceptivo”. (P3)</p> <p>“Vem decididas, querem saber se estão grávidas e se estão querendo ser encaminhadas”. (P4)</p> <p>“(…) vêm bem decididas do que querem fazer., (IVG) (...)”. (P9)</p> <p>“Vem para fazer IVG”. (P5)</p> <p>“(…) ou encaminhamento para IVG, há também aqui um uso abusivo da pílula do dia seguinte”. (P6)</p> <p>“(…) 2/3 situações em que é o rapaz que vem procurar ajuda e como é que deve fazer, eles querem estar presentes a apoiar e acompanhar esta situação (IVG)”. (P7)</p> <p>“Procurar encaminhamento (...)”. (P8)</p>	8

<p>Imagem</p>	<p>“forma como lidam com o seu corpo não interfere na adesão consulta de PF (...)”. (P1)</p> <p>“A beleza não interfere”. (P2)</p> <p>“(…) não parece que isso tenha relação com a forma como lidam com o corpo, uma vez que não se preocupam com PF”. (P9)</p> <p>“Também a timidez e o facto de não quererem expor o corpo fazem recuar a procura de PF (...)”. (P6)</p> <p>“A mulher que conhece o seu corpo mais facilmente aceita e consegue integrar o plano das consultas (...). Sim, principalmente as que tem baixa autoestima acabam por não fazer PF”. (P7)</p> <p>“(…) mulheres mais cuidadas são as de 30-35 anos. As brasileiras têm um à vontade que facilita a consulta de PF. Por sua vez as ucranianas não (...)”. (P8)</p>	<p>6</p>
<p>Influência familiar</p>	<p>“(…) a mulher é muito mais autónoma muito mais liberal e não se deixa influenciar pela escolha do parceiro nem pela família”. (P1)</p> <p>“(…) tem influência da família por exemplo aos muitos parceiros que não concordam que a mulher venha à consulta de PF e algumas deixam-se influenciar infelizmente (...)”. (P7)</p> <p>“(…) as ucranianas, (...) vêm com o marido e eles têm que entrar e estar sempre presentes. Os ciganos, não querem PF, nem rastreios, elas veem às escondidas (...)”. (P8)</p>	<p>3</p>
<p>Problemas Familiares</p>	<p>“têm problemas familiares e pessoais que as impede de efetuar planeamento familiar”. (P4)</p>	<p>1</p>

Na categoria 06, motivações da utente para utilização CSR e PF podemos concluir que na representação dos enfermeiros as “utentes mais novas” que efetuam IVG não fazem planeamento familiar antes de iniciar a vida sexual e utilizam os cuidados de saúde reprodutiva

e PF para pedir encaminhamento para IVG. Da análise das oito unidades de registo da subcategoria “Formas de utilização CSR e PF antes de iniciar vida sexual” surgem cinco referências às utentes “mais velhas” como utilizadoras destes cuidados antes de iniciarem a vida sexual.

Da análise da subcategoria Imagem, surgem três unidades registo que desvalorizam a relação da imagem (beleza) da mulher como fator influente na utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF, contudo, surgem também referências que, valorizam as origens/etnias, baixa auto estima e a timidez destas utentes como barreiras para a não utilização destes cuidados, como verificado no estudo de Craveiro e Ferrinho (2011) mencionando a barreira linguística, que impede a comunicação sobretudo com emigrantes e mulheres com baixos níveis de escolaridade e “barreiras internas”, como o medo de exames.

Também relacionadas com a subcategoria Influência Familiar onde foram referidas as etnias ciganas e ucranianas como as mais influenciadas para a não utilização dos cuidados.

Categoria 07: Organização de serviços centro de saúde

Esta categoria refere-se, à percepção que os enfermeiros têm sobre os fatores que influenciam a utilização cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG, na área da organização de serviços no centro de saúde, são objetivadas nas subcategorias, acessibilidades, agendamento de consulta médica e de enfermagem, aquisição de métodos contraceptivos, idade utente, prática de horários, como se pode verificar no quadro 8.

Quadro 18 – Distribuição da categoria 07 e subcategorias

CATEGORIA 07	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Organização de serviços Centro de saúde	Acessibilidade	8
	Agendamento de consulta médica e de enfermagem	9
	Aquisição de métodos contraceptivos	10
	Idade utente	1
	Prática de horários	3

Da análise do quadro 18, podemos visualizar que as subcategorias com mais unidades de registo são, “aquisição de métodos contraceptivos” com dez unidades de registos, a

subcategoria “agendamento de consulta médica e de enfermagem” com nove unidades de registo e a subcategorias “acessibilidade” com oito unidades de registo.

No quadro 19 apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 19 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 07

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Acessibilidade	<p>“(…) as distâncias, não causam diferenças (…)”. (P1)</p> <p>“(…) a distância acaba até, por ser uma ajuda e não uma barreira (…)”. (P3)</p> <p>“O meio rural sim é uma barreira, porque estão sujeitas aos transportes públicos não querem que os pais saibam (…) chegam tarde e a mãe pergunta logo porquê (…)”. (P4)</p> <p>“(…) Distâncias, não têm influência nem para fazer PF, nem para adquirir métodos contraceptivos”. (P9)</p> <p>“(…) Vêm de fora aqui a nível de PF e as daqui vão a CB (…)”. (P5)</p> <p>“(…) Distancias não são barreiras (…)”. (P7)</p> <p>“(…) As distâncias não são barreiras (…)”. (P8)</p> <p>“(…) é igual (…)”. (P10)</p>	8
Agendamento de consulta médica e de enfermagem	<p>“(…) Não há barreiras (…) aqui existe uma consulta que é a consulta de inter-substituição (…) para ser vista ou para ser encaminhada para outro tipo de serviços (…) mais velhas, fazem PF porque nós marcamos”. (P1)</p> <p>“(…) Uma consulta para a médica vai depender da disponibilidade da agenda (…) da parte de enfermagem começamos logo, e damos logo informação tem influência sim, até porque as consultas são agendadas por nós, nós estamos</p>	9

	<p>sempre disponíveis não as deixamos fugir”. (P2)</p> <p>“É fácil marcar consulta de planeamento familiar (...) se estiver o médico dessa doente nós falamos logo com ele”. (P3)</p> <p>“(…) Quando vêm nós estamos logo disponíveis para marcar”. (P4)</p> <p>“(…) É fácil marcar PF até porque faço parte da consulta de jovens adolescentes e se não consigo com um médico, (...) marco para outro. Se for adolescentes encaminho para a consulta (...)”. (P9)</p> <p>“Com as duas médicas com que eu trabalho é muito fácil marcar consulta de PF (...). Sim temos influência na medida que somos nós que marcamos as consultas das nossas meninas”. (P5)</p> <p>“(…) Existem dificuldades, nós inclusivamente nas extensões o médico vai em dia diferente do enfermeiro”. (P6)</p> <p>”Não há barreiras para atender as utentes é fácil a marcação de consulta, ainda agora acabei de atender uma”. (P7)</p> <p>“As consultas de PF são fáceis e acessíveis, só que às vezes não é assim tão rápido como elas querem”. (P10)</p>	
<p>Aquisição de métodos contraceptivos</p>	<p>“(…) é só vir buscar (...)”. (P1)</p> <p>“(…) Contraceptivos orais temos (...) e é fácil adquirir. E preservativos cedem-se facilmente não há qualquer tipo de barreira (...)”. (P2)</p> <p>“(…) é só virem buscar”. (P3)</p> <p>“(…) Se for longe até mando por colegas (...)”</p> <p>“olhe a minha colega não pode vir (...)”. (P4)</p> <p>“(…) Não, é só vir buscar (...)”. (P9)</p> <p>“(…) anéis só agora é que começamos a ter e nem sempre há as utentes terão que comprar na</p>	<p>10</p>

	<p>farmácia (...) nem sempre o podem pagar”. (P5)</p> <p>“(…) problema mantêm-se quando falamos nas pílulas de 4ª geração (...) e a aquisição do anel vaginal (...) problemas monetários”. (P6)</p> <p>“(…) se não tivermos é mais complicado em termos económicos, optam por métodos contraceptivos que nós temos aqui”. (P7)</p> <p>“Adquirir métodos contraceptivos não têm barreiras (...) o problema são pilulas de 4ª geração, que não temos. E são dispendiosas”. (P8)</p> <p>“A aquisição do método é raro não haver e é fácil adquirir”. (P10)</p>	
Idade utente	<p>“(…) pelo que eu sei só a partir dos 17 anos é que podemos dar logo a pílula à rapariga. Se tiver 16 anos, precisa de assinatura por parte da mãe. (...)”. (P2)</p>	1
Prática de horários	<p>“(…) Aqui existe uma consulta que é a consulta de inter-substituição, em que a pessoa se precisar de ajuda pede-se à médica para ser vista ou para ser encaminhada (...)”. (P1)</p> <p>“(…) Desde há dezoito anos que abriu a consulta de atendimento ao jovem adolescente às 4ª feiras, eles sabem que tem consulta se à alguma urgência recorrem nesse mesmo dia (...)”. (P7)</p> <p>“neste momento (...) não termos um dia fixo, permitindo o acesso ao planeamento familiar consoante a disponibilidade da utente, por exemplo, nas férias destas”. (P8)</p>	3

Da análise das oito unidades de registo da subcategoria “Acessibilidade”, é avaliada a distância como sendo relação facilitadora da utilização destes cuidados, uma vez que permite às utentes a utilização deste serviço em diferentes locais e não apenas na sua área de residência, onde facilmente são reconhecidas.

Relativamente à subcategoria “Agendamento de consulta médica e de enfermagem”, surgem seis unidades de registo que fazem referência ao papel do enfermeiro como fator influente na utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF, vai ao encontro do estudo de (Craveiro & Ferrinho, 2011:247) que refere que tem que “ser mesmo uma insistência para as conseguir sensibilizar, porque elas veem tudo no imediato”. Com uma unidade de registo temos a dificuldade no agendamento de consultas de planeamento familiar nas extensões, uma vez que “inclusivamente nas extensões o médico vai em dia diferente do enfermeiro”.

Na subcategoria “Aquisição de métodos contraceptivos”, todas as participantes referem que a aquisição dos métodos contraceptivos é fácil, o problema surge “quando falamos nas pilulas de quarta geração (...) e na aquisição do anel vaginal”, que nem sempre existem no centro de saúde e implicam “problemas monetários”.

A última análise, referente à subcategoria “Prática de horários”, surge a referência à consulta do jovem adolescente, à consulta de inter-substituição e à disponibilidade de marcação de consulta de planeamento familiar “consoante disponibilidade da utente”

Conclui-se assim que o enfermeiro assume nesta categoria um papel fulcral de influência na utilização dos cuidados saúde reprodutiva e planeamento familiar, como agente ativo no agendamento das consultas PF, em horários facilitadores de adesão à consulta e na aquisição de métodos contraceptivos. Como aspetos negativos, nesta categoria surge a dificuldade na coordenação de horários conjuntos enfermeiro/médico nas extensões, falta de pilulas de 4ª geração e anéis vaginais, o “imediatismo” das utentes, como verificado no estudo de Craveiro & Ferrinho (2011) e o problema das utentes menores 17 anos com impedimento na utilização métodos contraceptivos sem autorização do encarregado de educação.

Categoria 08: Organização de serviços Hospitalares

Esta categoria refere-se à representação que os enfermeiros têm sobre os fatores que influenciam a utilização cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG, na área da organização de serviços hospitalares, são objetivadas nas subcategorias, encaminhamento para consulta IVG, marcação de consulta planeamento familiar, como se pode verificar no quadro 10.

Quadro 20 – Distribuição da categoria 08 e subcategorias

CATEGORIA 08	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Organização serviços Hospitalares	Encaminhamento para consulta IVG	9
	Marcação de consulta planeamento familiar	4

Da análise do quadro 20, podemos visualizar que a subcategoria com mais unidades de registo é o Encaminhamento para consulta IVG.

No quadro 21 apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 21 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 08

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Encaminhamento para consulta IVG	<p>“(…) não existe dificuldade, basta o médico encaminhar”. (P1)</p> <p>“(…) vêm grávidas encaminhamos para o hospital, é fácil o encaminhamento, ligamos”. (P2)</p> <p>“(…) é fácil é rápido, temos muita facilidade e no próprio dia até nós ligamos”. (P3)</p> <p>“(…) elas dirigem-se a nós, mas, nós não temos testes de gravidez e orientamo-las (...)”. (P4)</p> <p>“(…) encaminhadas lá para (hospital) e todas são atendidas logo na primeira consulta”. (P5)</p> <p>“para fazer IVG encaminhamos é fácil”. (P6)</p> <p>“É muito fácil encaminhar as utentes para Centro Hospitalar”. (P7)</p> <p>“(…) muito fácil, é só ligarmos”. (P8)</p> <p>“(…) é fácil marcar mas não são atendidas de imediato”. (P10)</p>	9
Marcação de consulta planeamento familiar	<p>“Laqueação, o problema é o hospital (...)vêm de lá com contraceção oral e o hospital também não consegue dar resposta”. (P2)</p> <p>“Não é fácil marcar, porque o PF pertence cuidados de saúde primários”. (P4)</p> <p>“(…)complicado, porque no hospital às vezes a consulta demora seis/sete meses (...) para colocação do DIU,(...)”. (P5)</p> <p>“Por exemplo para encaminhar para Laqueação é muito difícil (...)”. (P6)</p>	4

A organização de serviços hospitalares assume um papel importante na área do atendimento a este grupo de mulheres, como se pode verificar nas unidades de registo, na subcategoria encaminhamento para consulta de IVG o único ponto negativo apontado é o dia fixo de consultas IVG criando estereótipos. Relativamente à subcategoria marcação de consultas de PF as dificuldades prendem-se com o tempo de espera para laqueação de trompas e colocação de DIU, condicionando estas mulheres na escolha do método contraceptivo.

Categoria 09: Relacionamento profissional de saúde-utente

Esta categoria refere-se à perceção que os enfermeiros têm sobre os fatores que influenciam a utilização cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG, na área dos Relacionamento profissionais de saúde-utente, são objetivadas nas subcategorias, conhecimento pessoal da equipa de saúde, género feminino ou masculino da equipa saúde, relacionamento de empatia e confiança com profissional de saúde, como se pode verificar no quadro 22.

Quadro 22 – Distribuição da categoria 09 e subcategorias

CATEGORIA 09	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Relacionamento profissional de saúde-utente	Conhecimento pessoal da equipa de saúde	2
	Género feminino ou masculino da equipa saúde	3
	Relacionamento empatia confiança com profissional de saúde	8

Analisando o quadro 22, podemos visualizar que a subcategoria com mais unidades de registo é o relacionamento empatia confiança com profissional de saúde.

No quadro 23 apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 23 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 09

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Conhecimento pessoal da equipa de saúde	“(…) muitas vezes as meninas (…) não vão ao posto da sua aldeia, falar com a sua enfermeira por vergonha (…”. (P1) “(…) elas até tem uma certa vergonha das	3

	<p>Enfermeiras que conhecem (...) recorrem aqui facilmente (...). (P2)</p> <p>“(...) com um médico homem, que as conhece desde pequenas”. (P8)</p>	
Género feminino ou masculino da equipa saúde	<p>“A maior dificuldade que sinto é marcar PF com um médico homem, por renitência das mulheres a partir dos 40 (...). (P9)</p> <p>“(...) caso penso, que o principal problema é eu trabalhar com um médico homem, não facilita apesar de o doutor ter muito jeitinho”. (P6)</p> <p>“(...) como o médico de família é homem é mais difícil porque elas têm vergonha (...). (P8)</p>	3
Relacionamento empatia confiança com profissional de saúde	<p>“O relacionamento das utentes com enfermeiros e médicos é muito bom com as utentes mais velhas, com as mais novas também”. (P1)</p> <p>“Nas nossas utentes sim, a relação é boa e até facilita o PF mesmo sem terem iniciado a vida sexual”. (P2)</p> <p>“(...) tem influência se a relação for boa é mais fácil virem à consulta”. (P3)</p> <p>“(...) relação com as nossas utentes é muito boa”. (P5)</p> <p>“(...) tem importância relação empática e desperconceituosa é imprescindível (...). (P6)</p> <p>“(...) aqui estamos sempre disponíveis para ouvir, ajudar marcar consulta ou encaminhar (...) acabei de agendar”. (P7)</p> <p>“(...) se elas tiverem bom relacionamento facilmente contactam (...) para agendar a consulta ou questionar (...). (P8)</p> <p>“(...) é mais fácil se elas tiverem confiança (...) colocarem as dúvidas”. (P10)</p>	8

O relacionamento dos profissionais de saúde/utente assumem um papel muito importante (com oito unidades de registo) como fator influente na utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF, uma vez que uma relação de empatia e confiança entre o profissional de saúde/utente “facilita o PF mesmo sem terem iniciado a vida sexual”, capta as utentes para efetivamente serem assíduas nas consultas de planeamento familiar, assim como facilita a utilização destes cuidados em caso de dúvidas.

Por sua vez, surgem como fatores negativos nesta categoria a subcategoria “género masculino da equipa de saúde” também verificada no estudo de Craveiro & Ferrinho (2011:244), que conclui que as mulheres sentiam desconforto por “serem vistas por homens médicos” e a subcategoria “Conhecimento pessoal da equipa de saúde” com influência direta na utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF, uma vez que na perspetiva dos enfermeiros estas utentes têm “vergonha das enfermeiras que conhecem”.

Pode concluir-se que a relação de empatia profissional de saúde-utente é a subcategoria que mais influência tem na perspetiva dos enfermeiros no agendamento de consultas de PF.

Classe temática 3 – Caracterização socio demográfica das mulheres que efetuam IVG.

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, foram apreendidas as perceções dos enfermeiros sobre as características socio demográficas das mulheres que efetuam IVG, esta classe temática agregou sete categorias com vinte e uma subcategorias.

Categoria 10: Escolaridade.

Esta categoria refere-se à perceção que os enfermeiros têm, sobre a escolaridade das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, Básico 2º ciclo, 3º Ciclo/ Secundário, Superior, Não existe padrão, como se pode verificar no quadro 24.

Quadro 24 – Distribuição da categoria 10 e subcategorias

CATEGORIA 10	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Escolaridade	Básico 2º ciclo	1
	3º Ciclo/ Secundário	2
	Superior	5
	Não existe padrão	3

Analisando o quadro 24, concluímos que nas representações dos enfermeiros, as mulheres que efetuam IVG enquadram-se na subcategoria alta: universitárias, com cinco unidades de registo. Estes dados vão ao encontro dos dados publicados pelo INE e do estudo de Guedes, Gameiro & Canavarro (2010) que revelam que a maioria das mulheres que optam por IVG tem o ensino secundário concluído, contudo e segundo as afirmações que se seguem temos uma população mais graduada a optar por efetuar IVG nesta área geográfica.

No quadro 25, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 25 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 10

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Básico 2º ciclo	“As que tem menor escolaridade por falta de informação (...) as que tem menos conhecimentos interrompem mais”. (P2)	1
3º Ciclo/Secundário	“(…) escolaridade, médio (...)”. (P10) “Com 12º ano, mas pobres de espírito (...)”. (P4)	2
Superior	“(…) temos muitas licenciadas”. (P3) “Universitárias”. (P9) “(…) alta temos muitas universitárias (...)”. (P6) “(…) a maioria são universitárias (...)”. (P7) “(…) temos muitas universitárias (...)”. (P1)	5
Não existe padrão	“(…) Não é uma questão de instrução”. (P5) “(…) Não existe uma escolaridade”. (P8) “(…) nunca de baixa escolaridade (...)”. (P1)	3

Analisando as subcategorias, verificamos que na representação dos enfermeiros, o padrão de escolaridade com maior número de registos é o ensino superior, o que nos leva, como profissionais de saúde a refletir sobre se estamos a intervir nos diferentes contextos de vida/ensino ao nível da educação sexual, enquanto estratégia de promoção da saúde, como delibera a lei nº 60/2009, que inclui a sexualidade e IST (VIH/SIDA), enquanto áreas prioritárias de intervenção, extensíveis a todos os níveis de ensino.

Categoria 11: Idade.

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros têm, sobre a idade das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, Adolescentes, Universitárias, Pré menopausa e Não existe padrão, como se pode verificar no quadro 26.

Quadro 26 – Distribuição da categoria 11 e subcategorias

CATEGORIA 11	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Idade	Adolescentes (10- 17anos)	6
	Universitárias (17-22 anos)	6
	Intermédia (> 22)	0
	Pré menopausa	1
	Não existe padrão	2

Analisando o quadro 26, concluímos que nas representações dos enfermeiros na categoria idade das mulheres que efetuam IVG, as subcategorias adolescentes e universitárias são as que apresentam mais unidades de registo, o que vai ao encontro da categoria analisada anteriormente, e com os dados do INE que revelam que as mulheres que efetuam IVG tem entre 20/24 anos ocupando o primeiro lugar com 22,9% (DGS, 2015c:13).

No quadro 27, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 27 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 11

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Idade Adolescentes	“Ou muito novas jovens e acontece (...)”. (P2)	6
	“Umas as mais novas (adolescentes) (...)”. (P3)	

	“Na adolescência.”. (P4) “Adolescentes (...)”. (P9) “Mais, nas adolescentes”. (P5) “Adolescência”. (P10)	
Idade Universitária	“(...) temos muitas da universidade, (...)”. (P1) “Universitárias”. (P9) “(...) muitas universitárias/licenciadas”. (P3) “(...) muitas universitárias”. (P6) “(...) a maioria são universitárias”. (P7) “(...) estão entre os 20 anos”. (P8)	6
Pré menopausa	“(...) idade mais avançada (...) mais dos 40”. (P2)	1
Não existe padrão	“(...) /10º ano, alunas da universidade, (...) licenciadas (...)”. (P1) “não sei dizer, mas já tive de 16 e de 46”. (P6)	2

Analisando as subcategorias, verificamos que na representação dos enfermeiros, o padrão de Idade das mulheres que efetuam IVG, é nas adolescentes e nas universitárias com seis unidades de registo.

Categoria 12: Meio habitacional.

Esta categoria refere-se à representação que os enfermeiros têm, sobre o meio onde vivem as mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, Rural e Urbano como se pode verificar no quadro 28.

Quadro 28 – Distribuição da categoria 12 e subcategorias

CATEGORIA 12	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Meio	Rural	0
	Urbano	10

Analisando o quadro 28, concluímos que relativamente categoria meio habitacional das mulheres que efetuam IVG, todos os enfermeiros referem o meio urbano.

No quadro 29, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 29 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 12

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Rural		0
Urbano	“Do meio urbano”. (P1) “Da área urbana.”. (P2) “(...) meio urbano (...)”. (P3) “(...) ultimamente do meio urbano”. (P4) “Urbano”. (P5) “Cidade maioria (...)”. (P6) “Meio urbano (...)”. (P7) “(...) meio urbano”. (P8) “São do meio urbano”. (P9) “Vêm do meio urbano”. (P10)	10

Analisando as subcategorias, verificamos que todos os enfermeiros, referem a origem habitacional das que mulheres a efetuam IVG, é a urbana.

Categoria 13: Situação conjugal.

Esta categoria refere-se à representação que os enfermeiros têm, sobre a situação conjugal das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, Com parceiro, Sem Parceiro, como se pode verificar no quadro 30.

Quadro 30 – Distribuição da categoria 13 e subcategorias

CATEGORIA 13	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Situação conjugal	Com Parceiro	4
	Sem Parceiro	8

Analisando o quadro 30, concluímos que relativamente categoria Situação conjugal das mulheres que efetuam IVG, existem nove unidades de registo em que os enfermeiros tem a representação que estas mulheres não tem parceiro. Estes valores estão de acordo com os dados do INE que revela que 52,12% destas mulheres não vive em regime de coabitação (DGS, 2015c:15)

No quadro 31, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 31 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 13

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Com Parceiro	“As mais velhas, sim tem parceiro”. (P3) “As casadas sim”. (P5) “(...) casadas sim”. (P6) “Umhas tem parceiro estável outras não (...) casadas sim”. (P7)	4
Sem Parceiro	“Sem companheiro fixo”. (P1) “Não (tem parceiro)”. (P2) “As mais novas não tem parceiro certo”. (P3) “Solteiras não (tem parceiro)”. (P5) (...) (as solteiras) com vários parceiros”. (P6) “As adolescentes (...) não têm parceiro estável”. (P7) “É fruto de relações ocasionais (...)”. (P8) “As adolescentes não têm parceiro, (...) relação ocasional”. (P9)	8

Analisando as subcategorias, verificamos que os enfermeiros referem na categoria situação conjugal, as mulheres sem parceiro que efetuam IVG são na sua maioria solteiras ou “mais novas”, surgem com quatro unidades de registo na subcategoria com parceiro as mulheres “mais velhas”.

Categoria 14: Situação Laboral.

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros têm, sobre a situação laboral das mulheres que efetuam IVG são objetivadas nas subcategorias, desempregadas, estudantes, não existe padrão, trabalhadoras sem problemas económicos, trabalhadoras com problemas económicos, como se pode verificar no quadro 32.

Quadro 32 – Distribuição da categoria 14 e subcategorias

CATEGORIA 14	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Situação Laboral	Desempregadas	1
	Estudantes	5
	Não existe padrão	2
	Trabalhadoras sem problemas económicos	3
	Trabalhadoras com problemas económicos	5

Analisando o quadro 32, concluímos que relativamente à categoria situação laboral das mulheres que efetuam IVG, os enfermeiros referem com as mesmas unidades de registo, cinco, as subcategorias estudantes e as trabalhadoras com problemas económicos. Segundo os dados da DGS o grupo de mulheres que ocupa o primeiro lugar são as desempregadas com 21,57%, as estudantes ocupam o 3º lugar na tabela com 17,6%, contudo é de realçar que não é analisada a categoria trabalhadoras com e sem problemas económicos, na sua maioria são desempregadas ou trabalhadoras não qualificadas que abrangem segundo a DGS o 2º lugar da tabela com 18,07% (DGS, 2015c:15).

No quadro 33, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 33 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 14

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Desempregadas	“A maioria são desempregadas”. (P2)	1
Estudantes	“As adolescentes estudantes (...)”. (P4) “Temos muitas universitárias (...)”. (P9) “Neste caso é estudante (...)”. (P5) “(…) estudam (...)”. (P6) “Mais as (universitárias)”. (P7).	5
Não existe padrão	“Temos empregadas, desempregadas e estudantes”. (P7) “Temos de tudo (...)”. (P8)	2
Trabalhadoras sem problemas	“Sempre a trabalhar exceto estudantes nunca me referenciaram problemas económicos”. (P1)	3

económicos	“(…)tem boa base económica (mais novas)”. (P4) “(…) não tem problemas económicos”. (P5)	
Trabalhadoras com problemas económicos	“(…) trabalham mas tem 2 e 3 filhos”. (P3) “(…) as que tem emprego, tem problemas económicos”. (P2) “(…) falta de condições económicas (mais velhas)”. (P4) “Ganho 500 euros não posso sustentar mais uma criança (casadas)”. (P5) “Não têm emprego certo (...), alegam falta de condições económicas”. (P10)	5

Analisando as subcategoria, verificamos que os enfermeiros, referem na categoria situação laboral, que as mulheres que optam por efetuar IVG ou são estudantes e sem problemas económicos, ou trabalhadoras com problemas económicos, ambas com cinco unidades de registo.

Categoria 15: Têm Filhos.

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros têm sobre o número de filhos que as mulheres que efetuam IVG têm, são objetivadas nas subcategorias, Sim, Não como se pode verificar no quadro 34.

Quadro 34 – Distribuição da categoria 15 e subcategorias

CATEGORIA 15	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
Têm Filhos	Não	8
	Sim	6

Analisando o quadro 34, concluímos que relativamente categoria têm Filhos as mulheres que efetuam IVG existem oito unidades de registo em que os enfermeiros referem que estas mulheres não têm filhos e seis unidades de registo que referem que estas mulheres têm Filhos. Em 2014, segundo a DGS (2015c:15), 51,2% das mulheres que efetuaram IVG nas primeiras 10 semanas de gestação, por opção, referiram ter 1 a 2 filhos e 41,1% não tinham filhos. Estes dados são muito semelhantes aos verificados no nosso estudo concluindo que as representações dos enfermeiros não se afastam da realidade.

No quadro 35, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas

Quadro 35 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 15

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Sim	“Sim as mais velhas (...)”. (P2) “As casadas sim (...). Não posso sustentar mais uma criança.”. (P5) “As casadas sim (...)”. (P6) “As mais velhas sim (...), não querem mais filhos”. (P7) “Têm muitos filhos (mais velhas) (...)”. (P8) “Sim, não querem ter mais (...)”. (P10)	6
Não	“Não”. (P1) “As mais novas não”. (P2) “Não”. (P3) “Não tem filhos (...) elas não crescem”. (P4) “Sem filhos”. (P9) “ (...) as mais novas não”. (P6) “As mais novas não”. (P7) “Normalmente as mais novas não”. (P8)	8

Analisando as subcategorias, verificamos que os enfermeiros referem que as mulheres que optam por efetuar IVG, no caso das estudantes ou “mulheres mais novas” não têm filhos, relativamente às mulheres “mais velhas” e casadas, estas já têm filhos e optam por efetuar IVG por problemas económicos ou porque não querem ter mais filhos.

Categoria 16: IVG anteriores.

Esta categoria refere-se às representações que os enfermeiros tem sobre as mulheres que efetuam IVG, já efetuaram IVG anteriormente ou não e são objetivadas nas subcategorias, Sim, Não como se pode verificar no quadro 36.

Quadro 36 – Distribuição da categoria 16 e subcategorias

CATEGORIA 16	SUBCATEGORIAS	Frequência UR
IVG Anteriores	Não	5
	Sim	5

Analisando o quadro 36, concluímos que relativamente a esta categoria, os enfermeiros estão divididos na sua opinião.

No quadro 37, apresentam-se as unidades de registo recolhidas durante as entrevistas que corroboram as subcategorias apresentadas.

Quadro 37 – Descrição das unidades de registo das subcategorias da categoria 16

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência UR
Não	“Não.” (P1) “Não.” (P2) “Penso que não.” (P9) “As casadas a trabalhar e não (...)” (P5) “Não me apareceu nenhuma (...)” (P10)	5
Sim	“(…) Sim (as mais jovens)” (P3) “As mais novas (...)” (P4) “(…) solteiras que não trabalham e não tem companheiro” (P5) “Hoje recebi uma que já efetuou há 5 anos.” (P7) “As mais novas” (P8)	5

Analisando as subcategoria, verificamos que os enfermeiros referem que as mulheres “casadas e a trabalhar” não repetem IVG, contudo as “solteiras e mais novas”efetuaram IVG anteriormente. Segundo os dados disponíveis na DGS (2015c), no ano de 2014, 71% das mulheres que optaram por efetuar IVG nunca tinha realizado nenhuma IVG, podemos concluir que os dados encontrados afastam-se da realidade Portuguesa publicada pela DGS.

2.3- SINOPSE DOS RESULTADOS

Para concluir este capítulo realiza-se uma síntese dos principais resultados que se evidenciaram ao longo do estudo. Serão conjugados os dados provenientes da análise compreensiva do conteúdo das entrevistas que possibilitaram identificar no discurso das participantes, as categorias e subcategorias que permitiram dar resposta à questão de investigação previamente definida, identificando as representações dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre comportamentos de fecundidade e utilização de cuidados de saúde reprodutiva e PF das mulheres que efetuam interrupção voluntária da gravidez. Organizou-se a resposta em torno dos objetivos definidos para o estudo.

Os resultados mostram segundo as representações dos enfermeiros que, nos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, foram identificadas sete categorias e vinte e uma subcategorias. Da análise destas categorias concluímos que, no caso das adolescentes universitárias “mais novas”, é a área das motivações pessoais a que mais influencia os comportamentos de fecundidade, uma vez que inclui a subcategoria com mais unidades de registo, “a opção pessoal de não efetuar PF” e “não usar método contraceutivo”.

O papel na família e sociedade revelou-se uma área influente nos comportamentos de fecundidade, sendo que as “raparigas mais novas” vindas de famílias desestruturadas apresentam maior probabilidade de comportamentos de risco, em relação às de famílias estruturadas, aumentando os comportamentos de risco e a possibilidade de gravidezes indesejadas. Também, aqui o papel das mulheres de etnia cigana e povo Ucrainiano influencia segundo as representações dos enfermeiros os seus comportamentos de fecundidade uma vez que estas estão sujeitas a regras e influências enraizadas na sua comunidade.

Nas utentes “mais velhas”, os resultados do estudo evidenciam que segundo a representação dos enfermeiros os comportamentos de fecundidade são influenciados pela área dos conhecimentos, uma vez que estas negligenciam o PF em relações ocasionais relacionadas com problemas de saúde, ou com o desconhecimento da possibilidade de engravidar na menopausa ou por mau uso do método contraceutivo com referência ao “medo de engordar”.

Surgem também a área dos fatores monetários relacionada com problemas económicos para aquisição do método contraceutivo aconselhado pelo profissional de saúde, uma vez que não estão disponíveis todos os tipos de métodos contraceutivos gratuitamente.

Analisando as representações dos enfermeiros sobre a forma de utilização de CSR e PF das mulheres que efetuam IVG foram identificadas quatro categorias e dezassete subcategorias.

Analisando as categorias, evidenciam-se as motivações da utente para a utilização dos CSR e PF onde encontramos dois grupos; o grupo das utentes “mais velhas” com parceiro que efetuam PF antes de iniciarem vida sexual, assumindo aqui o enfermeiro um papel fulcral de

influência na utilização dos CSR e PF, como agente ativo no agendamento das consultas PF, em horários facilitadores de adesão e na aquisição de métodos contraceptivos e o grupo das utentes “mais novas” que não fazem PF, utilizam CSP após iniciarem a vida sexual para pedir aconselhamento ou para pedir encaminhamento para IVG.

Outro fator considerado de influência para a utilização destes cuidados está relacionado com a área de organização dos serviços de saúde a nível CSP, como dos serviços hospitalares. Os pontos relevantes nos CSP são os aspetos negativos, surgindo nesta categoria a dificuldade na coordenação de horários conjuntos enfermeiro/médico nas extensões, assim como a falta de pílulas de 4ª geração e anel vaginal, o “imediatismo” das utentes e o problema das utentes menores dezoito anos com impedimento na utilização métodos contraceptivos sem autorização do encarregado de educação.

Relativamente à organização dos serviços hospitalares de saúde, o encaminhamento para consulta de IVG é considerado simples por quase todos os enfermeiros que participaram no estudo. No entanto no que se refere ao encaminhamento para consultas de PF a situação é identificada como mais difícil, uma vez que o tempo de espera é de seis a sete meses para marcação das primeiras consultas da especialidade.

Por último, mas não menos importante, temos como fator influente à utilização de CSR e PF das mulheres que efetuam IVG, a área do relacionamento profissional de saúde/utente, revelando o estudo que a relação de empatia profissionais de saúde-utente é a subcategoria que mais influência o agendamento de consultas de PF. Como pontos negativos nesta categoria temos o conhecimento pessoal do utente/profissional de saúde e o género masculino do prestador de cuidados, que provoca desconforto nas utentes por “serem vistas por homens”.

Cruzando os dados anteriores relativos às representações dos enfermeiros sobre os comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG concluímos que: as utentes “mais velhas” que frequentam esta UCSP faziam PF antes de iniciarem a vida sexual; que o seu planeamento familiar falha em situações muito específicas influenciado pela área dos conhecimentos; que as famílias têm influência na utilização dos CSR e no PF especificamente em famílias desestruturadas e em famílias de etnia cigana e povo Ucrainiano. Nas utentes “mais novas” adolescentes universitárias, é a área das motivações pessoais a que mais influencia os comportamentos de fecundidade, uma vez que segundo as representações dos enfermeiros estas não fazem planeamento familiar nem utilizam métodos contraceptivos adequadamente, “não são estanques” apesar de “serem detentoras de toda a informação”, relativamente a esta temática e na sua maioria através de profissionais de saúde nas UCSP ou na saúde escolar.

CONCLUSÃO

Este relatório permitiu expor o percurso desenvolvido ao longo da investigação sobre as representações dos enfermeiros de cuidados de saúde primários em relação aos comportamentos de fecundidade e formas de utilização de CSR e PF das mulheres que efetuam interrupção voluntária da gravidez na UCSP Covilhã.

A revisão bibliográfica realizada na primeira parte do trabalho permitiu-nos clarificar conceitos básicos para a compreensão da temática explorada, facilitando o delineamento de um quadro global, relativo à exploração dos fatores que influenciam os comportamentos de fecundidade, assim como dos fatores que influenciam a utilização dos CSR e PF na perspetiva dos enfermeiros prestadores de cuidados na área em estudo.

O estudo permitiu a obtenção de novos conhecimentos sobre as representações dos enfermeiros nas áreas que influenciam os comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos CSR e PF. Seguidamente abordamos os resultados obtidos e refletimos sobre as implicações dos mesmos no desempenho profissional, para a área clínica de enfermagem comunitária e para a saúde da população, com o objetivo de produzir a longo prazo ganhos em saúde para a população identificada como sendo de risco na área em estudo.

Tendo presente os objetivos delineados para a investigação, concluímos que nas representações dos enfermeiros, estes identificam como áreas que influenciam os comportamentos de fecundidade, a área das motivações, a área dos conhecimentos e por último a área dos fatores económicos.

A área das motivações pessoais é a mais relevante nos comportamentos de fecundidade, uma vez que evidencia a opção pessoal de não efetuar PF e não usar método contraceptivo por parte da população de jovens adolescentes, não tendo sido ainda referenciado na literatura consultada. Propomos que, todas os adolescentes sejam convocados para as consultas obrigatórias gratuitas e previstas PNS dos onze/treze anos, onde e segundo diretrizes programa nacional de saúde infantil e juvenil 2013 se deve abordar a identidade individual, emotividade, identidade de grupo, identidade sexual como cuidados antecipatórios.

Concluímos também que as utentes “mais velhas” tem comportamentos de fecundidade de risco relacionados com a área dos conhecimentos, revelando a falta de conhecimentos sobre ciclos de vida da mulher, assim como a influência de mitos, tais como “medo de engordar”, e esta área está relacionada com a origem da informação sobre CSR e PF e diretamente relacionada na influência da escolha do método.

A área dos fatores monetários também influencia os comportamentos de fecundidade, uma vez que não estão disponíveis todos os tipos de métodos contraceptivos gratuitamente estando esta área também relacionada com a área da organização de serviços.

Propomos que os profissionais de saúde estejam atentos a este grupo de mulheres identificado e antevendo estas situações, adequando os ensinamentos clínicos de enfermagem aos conhecimentos das utentes e os métodos contraceptivos ao seu poder económico.

Relativamente ao papel destas utentes na família os resultados deste estudo vem alterar o conhecimento estabelecido na área uma vez que, por um lado vai ao encontro da literatura consultada identificando etnias “cigana” como grupo de risco, por outro acrescenta os cidadãos imigrantes de origem “Ucraniana” como grupos de risco nos comportamentos de fecundidade, assim como as jovens pertencentes a famílias desestruturadas.

Sugerimos aos enfermeiros CSP a vigilância destas famílias através do modelo da avaliação familiar do sistema de informação para a prática de enfermagem, tendo presente que uma avaliação mais eficaz destas famílias permite intervenções antecipadas melhorando os resultados.

O estudo foi revelador das representações dos enfermeiros nas áreas que influenciam as formas de utilização dos CSR e PF por parte das mulheres que efetuam IVG, evidenciando a área do relacionamento entre profissionais de saúde e utentes e a área de organização de serviços.

O estudo acrescenta na área do conhecimento estabelecido algumas limitações na utilização dos CSR e PF relacionadas com organizações de serviços hospitalares e centro de saúde. Ao nível organizacional nos serviços hospitalares foram apontados como pontos negativos o dia fixo de consultas IVG, criando estereótipos, e o tempo de demora na marcação de consultas de PF condicionando as utentes na escolha do método contraceptivo nomeadamente laqueação de trompas e colocação de DIU. Nos centros de saúde a dificuldade prende-se com a coordenação de horários conjuntos enfermeiro/médico nas extensões, com a falta de pílulas de 4ª geração e anel vaginal e com o “imediatismo” de algumas utentes.

Relativamente à identificação das características sócio-demográficas destas mulheres, foi difícil estabelecer relação com todas as variáveis identificadas, contudo todos os enfermeiros questionados relacionam o meio habitacional urbano como influente nos comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos CSR e PF, uma vez que todas as suas utentes que efetuaram IVG habitavam neste meio.

Com a realização deste estudo identificamos dois grupos de risco, as mulheres “mais velhas” que efetuam PF anualmente, falhando este em situações pontuais, estas têm parceiro fixo e optam por efetuar IVG por terem problemas económicos relacionados com famílias

numerosas e não há reincidência na IVG. No caso das mulheres mais novas, estas negligenciam o PF, não usam métodos contraceptivos, normalmente não tem parceiro fixo, não tem filhos nem problemas económicos e algumas repetem IVG.

Tendo presente os grupos de risco identificados e os fatores que influenciam a utilização dos CSR e PF na área da organização de serviços faz-se a proposta de se realizar uma reflexão conjunta com a equipa da UCSP Covilhã sobre a possibilidade da adequação de horários conjuntos de consulta nas extensões, entre o enfermeiro e o médico, assim como a manutenção e incentivo para consulta do jovem adolescente às quartas-feiras que funciona nesta instituição há pelo menos 18 anos, permitindo ir ao encontro destas jovens universitárias/ adolescentes.

Sugere-se ainda um projeto de Educação para a Saúde envolvendo conjuntamente as universidades, escolas secundárias, locais de trabalho e os profissionais de instituições sociais e de Saúde, com vista a sensibilizar os prestadores de cuidados de saúde, os docentes das escolas e os próprios alunos para a importância dos CSR e PF segundo as atuais normas e diretrizes da DGS, do PNS e dos objetivos das USF. “Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa (...) de saúde da família, procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada, seja na perspectiva de intervenção personalizada ao utente, seja envolvendo a família e a comunidade”. (DGS, 2015b:8)

Tem-se a convicção que a implementação destes projetos traduzir-se-ia em ganhos em saúde tanto a nível individual como para a sociedade em geral evitando gravidezes indesejadas e DST.

Os dados foram obtidos por entrevista no mês de Setembro com dez enfermeiros prestadores de cuidados na UCSP Covilhã.

As participantes do estudo estavam informadas acerca dos objetivos e tinham experiência profissional na prestação de cuidados na área estudada.

No que diz respeito à amostra, foi obtida por conveniência com o único fator de inclusão, trabalhar na área em estudo e ter tido contacto com utentes que tenham efetuado ou pedido encaminhamento para IVG.

Em relação ao instrumento de colheita de dados e aos momentos da colheita de dados, a sua aplicação requereu muito esforço e dedicação da entrevistadora, procurando sempre agendar o momento da colheita e validação de dados de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, em particular nos momentos que não coincidiam com a prestação de cuidados aos utentes de forma a não ser interrompida a entrevista. O esforço foi compensatório, e todos os participantes colaboraram na entrevista e na validação da mesma pessoalmente depois de transcritas.

Considera-se que os dados encontrados não podem ser extrapolados, no entanto, podem servir de referência para estudos em que a população apresente características semelhantes à da área geodemográfica de influência da UCSP Covilhã.

Ao longo do estudo surgiram algumas limitações devido ao tema ser bastante abrangente, dificultando a análise e tratamento de dados mais direcionados para cada área. Deixamos como sugestão para próximos trabalhos, a exploração sobre a realidade vivida pelas mulheres que efetuam IVG, refletindo sobre as representações dos enfermeiros e das mulheres, no que diz respeito aos comportamentos de fecundidade e às formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e PF.

A continuidade das investigações nesta área irá fornecer conhecimentos que possibilitem um evidenciar de esforços, com vista à compreensão de fatores envolvidos na área da utilização dos CSR e PF, de forma a poderem ser tomadas medidas locais de prestação e vigilância de cuidados às populações/utentes com comportamentos de fecundidade de risco.

Concluimos que há muito trabalho para fazer nos CSR e PF, para tal, os profissionais de saúde, têm um papel muito importante na área de apoio e formação para a saúde destes jovens e na vigilância através do PF das mulheres “mais velhas”, tendo presente que os enfoques abrangentes da saúde são mais eficientes se não existirem fronteiras entre os diferentes setores intervenientes no desenvolvimento social e na promoção de saúde permitindo incrementar a cooperação (Conferência de Jakarta, 1997; cit. por OE, 2015). Neste contexto, a OE afirma que a enfermagem em cuidados de saúde primários, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. Reconhece ainda a importância dos saberes/competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Busanello J, Filho W, Kerber N, Lunardi V, Santos S. (2011). Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32.
- Canário, A.C.M. (2009). *Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal*. Dissertação de Mestrado *Faculdade de Medicina da universidade do Porto*. Acedido em Maio 18, 2015, em: <http://Repositórioaberto.up.pt/pdf>
- Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Comissão Nacional da UNESCO (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Lisboa: UNESCO.
- Craveiro, I. Ferrinho, P. (2011). Representações de mulheres em idade fértil e profissionais de saúde sobre utilização de cuidados de saúde reprodutiva. *Rev. Salud Pública*, 2, 239-252.
- Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. *Diário da República n.º 240/2000 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março. *Diário da República n.º 118/2007 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa
- DGS (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em Outubro 10, 2010, em Direcção Geral da Saúde: http://www.portaldasaude.pt/.../GuiainformativoIVG_DGS.pdf

-
- DGS (2008a). *Saúde reprodutiva e infertilidade*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em Julho 10, 2010, em Direcção Geral da Saúde: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>
- DGS (2008b). *Saúde reprodutiva/planeamento familiar*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DGS (2011) *Mulheres e saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DGS (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em Agosto 20, 2012, em Portal da Saúde: http://www.portaldasaude.pt/.../RelatórioDosRegistosIVG_DGS.pdf
- DGS (2013). *Plano nacional da saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em Setembro 20, 2014, em Portal da Saúde: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- DGS (2015a) *Principais indicadores da saúde em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da saúde. Acedido em Outubro 29, 2015, em Portal da saúde: <http://www.dgs.pt/em-destaque/principais-indicadores-da-saude-para-portugal.aspx>
- DGS (2015b). *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em Agosto 29, 2015, em Portal da Saúde: www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_2015.pdf
- DGS (2015c). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em Outubro 10, 2015, em Portal da Saúde: www.spdc.pt/files/IVG_2014.pdf
- Eliana, M., Roa, Q., Serrano, R. et al (2010). Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un hospital público de Bucaramanga. *Revista saúde pública*, 4, 570-579. Acedido em Maio 23, de 2015 em www.scielo.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a04.pdf

-
- Ferreira M., Pontes M., Ferreira N. (2009). Percepção dos utentes: Cuidar e m Enfermagem. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 358-366.
- Fernandes B., (2014). *Atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Festas C. (1999). Cuidar no 3º Milénio, *Revista servir*, 47, 60-66.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gasquet, I (1999). Satisfation des patients et performance hospitalière: Qualité des soins. *La Presse médicale*, 28, 1610-1616.
- Gesteira, S.; Barbosa, V.; Endo, P. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Revista Acta Paulista em Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 19 (4),462-467 Acedido em Agosto 29, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v19n4/v19n4a16.pdf>
- Guedes, M., Gameiro, S., Canavarro, M.C. (2010). Interrupção voluntaria da gravidez: ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção. *Acta obstétrica e ginecológica Portuguesa*,4, 176-183.
- Lei nº 1/2005 de 12 de Agosto. Sétima revisão constitucional. *Diário da república n.º 155- I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº 16/2007 de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República nº 75/2007- I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República nº 151/2009- I Série*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Lei nº 85/2009 de 27 Agosto. Estabelece o regime de escolaridade obrigatória para crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para crianças a partir dos 5 anos de idade. *Diário da República nº166/2009- I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

-
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Código deontológico do enfermeiro do Decreto-Lei 259/2000 de 17 Outubro. *Diário da República nº 18/2009- I Série*. . Ministério da Saúde. Lisboa.
- Marcolino, C. (2004). Representações de uma equipa de saúde acerca de planeamento familiar e esterilização feminina. *Revista escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 38 (4), 422-428.
- Marta, G., e Job, J. (2008). Aborto: uma questão de saúde pública. *Revista FRMP da Universidade de São Paulo*, 41 (2), 196-199. Acedido em Setembro 11, 2015, em <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- Martins, F. (2004). *VIII congresso Luso-Afro-Brasileiro de ciências sociais A questão social no novo milénio da Universidade de Coimbra Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro?* Acedido em Junho 20, 2014 em <http://www.ces.uc.pt/LAB2004>
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Educação (2007). *Educação e formação em Portugal*. Acedido Maio 23, 2015 em http://www.dgeec.mec.pt/educacao_formacao_portugal.pdf
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. . Loures: Lusociência.
- Moura, E; Silva, R (2004). Informação e planeamento familiar como medidas de promoção da Saúde. *Revista Ciência saúde coletiva universidade de Fortaleza Rio de Janeiro*,4 ,1023-1031. Acedido em Maio 23, 2015 em <http://www.scielo.br/scielo.=S1413-81232004000400023.pdf>
- OMS (1990). *Comissão para os determinantes sociais da saúde reprodutiva*, relatório final. Portuguesa: OMS
- OMS (1995). *Complicaciones del aborto – Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Spain: OMS

-
- OMS (2010) *Comissão para as desigualdades sociais em saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portuguesa. OMS
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Conselho de enfermagem rede nacional de cuidados continuados integrados – Referencial do Enfermeiro*. Acedido em Março 13, 2015, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Conselho de enfermagem, parecer n° 109/2009 Educação sexual nas escolas*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009c). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros navanguarda da inovação dos cuidados*. Ordem dos Enfermeiros Acedido em Março 13, 2015, em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Projecto de Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Diário da República n°35/2011 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. . Diário da República n°118/2015 – 2ª Série*. Lisboa.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Prespectiva ética*. Loures: Lusociência.

-
- Pais Ribeiro, J. L.; Araújo, T. (1998) Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez. *Análise Psicológica*. 3, 469-479.
- Patriota, T. (org.) (1994) Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento do Cairo. *Revista Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*, 35-70.
- Pedreira, M. (2009). Práticas de Enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Revista Acta Paul Enfermagem*, 22, 880-1. Acedido em Outubro 3, 2015, em: www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf
- Pocinho, M.; Costa, M.A. (2002). Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. *Revista Interações ISMT Co edição Formasau (Coimbra), Educa (Lisboa)*, 2 (3) 137-138.
- Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos avaliação e utilização*. (5ª ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Pontes, Â. (2011). *Juventude e risco: problematizando os sentidos construídos por jovens sobre esta relação*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal Ceará. Acedido em Agosto 20, 2014, em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1299>
- Portugal, C.M. (2009). *Os dilemas éticos e deontológicos dos profissionais de saúde face à despenalização da interrupção voluntária da gravidez*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1995 a). *Manual de investigação em ciências sociais*. (2ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Rivera, M. J. (1998). Abortion issues in Psychotherapy. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey, *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*, 3, 329-352.
- Rosa, R; Marques, A. (2012) Educação Sexual na Adolescência: meio rural versus meio urbano. *Revista Saúde reprodutiva, sexualidade e sociedade*, 4, 83-90. Acedido em Maio 23, 2015, em <http://revistas.apf.pt/pdf>

-
- Serrão, D. (2007) *Abortamento por opção da mulher grávida*, Porto: Editora Legis.
- Souza M, Sartor V, Padilha M, Prado M. (2005). O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Revista Contexto Enfermagem*, 14 (2), 266-70.
- Stanhope, M; Lancaster, J (2011). *Enfermagem de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Straubert, M; Carpenter, D (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusodidacta. 45-57.
- Tomé, T. (1998). *Contributo para o estudo da epidemiologia da IVG*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Valadas M. (2005). Reflexão sobre a prática do cuidar em enfermagem, *Revista Sinais Vitais* 4, 59:62.
- Vicente, A e Souza (1979) *Os portugueses e o planeamento familiar: Comissão para a cidadania e igualdade de género. Dois estudos de opinião sobre níveis de conhecimento e atitudes*. Lisboa.
- Vilar, D; Ferreira, P.M. (2009). Educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Silabo.
- Zurro, A; Cano Pérez, J. (2008). *Atención Primaria: Conseptos, organización y practica clínica* (6ª ed). Barcelona: Elsevier. 659-696.

APÊNDICES



APÊNDICE A
GUIA DA ENTREVISTA

**PROTOCOLO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Parte I - Caracterização da amostra

1 - Idade	≤24 <input type="checkbox"/>	25-29 <input type="checkbox"/>
	30-34 <input type="checkbox"/>	35-39 <input type="checkbox"/>
	40-44 <input type="checkbox"/>	45-49 <input type="checkbox"/>
	≥50 <input type="checkbox"/>	
2 – Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
3 - Categoria Profissional		
3.1 - Enfermeira/o Especialista	<input type="checkbox"/>	
3.2 - Enfermeira/o Generalista	<input type="checkbox"/>	
3.3 - Outra: _____	<input type="checkbox"/>	
4 - Tempo de exercício Profissional		
4.1 - Anos de exercício profissional	0-4 <input type="checkbox"/>	5-9 <input type="checkbox"/>
	10-14 <input type="checkbox"/>	15-19 <input type="checkbox"/>
	20-24 <input type="checkbox"/>	25-29 <input type="checkbox"/>
	≥30 <input type="checkbox"/>	
4.2 - Anos de exercício profissional como especialista	0-4 <input type="checkbox"/>	5-9 <input type="checkbox"/>
	10-14 <input type="checkbox"/>	15-19 <input type="checkbox"/>
	20-24 <input type="checkbox"/>	25-29 <input type="checkbox"/>
	≥30 <input type="checkbox"/>	

Parte II Breve descrição sobre os objetivos do estudo:

- ✓ Identificar as representações dos profissionais de saúde sobre comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, tendo em consideração as suas características;
- ✓ Identificar as representações dos profissionais de saúde sobre a forma de utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG, tendo em consideração as suas características;
- ✓ Analisar as representações dos profissionais de saúde, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG.

A. Controlo de fecundidade e planeamento familiar das mulheres que efetuam IVG.

Questão:

- 1) Relativamente aos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, na sua opinião:

Temas de questionamento:

- 1.1) **Quais as formas e meios de obter informações sobre planeamento familiar das mulheres que efetuaram IVG** (Práticas de controlo de fecundidade, nomeadamente utilização de métodos contraceptivos) “meios de comunicação social TV/Internet, mães/família, amigos, Profissionais de saúde”
- 1.2) **Se a utente que efetuou IVG utilizou método contraceptivo, como foi feita a escolha do método** (pelo utente, por Influência do parceiro / outro, por influência do profissional de saúde, por comum acordo profissional-utente) **Porque falhou esse método** (esquecimento, má utilização, medicação, situação, relativização)
- 1.3) **Se a utente que efetuou IVG não utilizou método contraceptivo qual o motivo** (falta de conhecimentos, influências do parceiro, opinião própria)
- 1.4) **Estas mulheres tem consultas de planeamento familiar ou ginecologia** (se sim: porque pensa que o PF falhou, se não: porque não solicitaram esse acompanhamento, idade, conhecimentos, falta de acessibilidade, barreiras)

B. Formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva nas mulheres que efetuam IVG.

Questões:

2) Relativamente às formas de utilização Cuidados de saúde na área de organização de serviços:

2.1) Na sua opinião, o meio rural e urbano tem influência na **Acessibilidade** aos cuidados de saúde e de planeamento familiar (**distancia**, barreiras transportes)

2.2) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades **na marcação de consultas de PF no centro de saúde?** Se sim (quais as dificuldades: imediatismo das utentes, horários, nº de utentes inscritos)

2.3) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades **na marcação de consultas de PF nos hospitais** da área de residência? Se sim (quais as dificuldades: imediatismo das utentes, horários, nº de utentes inscritos)

2.4) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades na **aquisição do método contraceptivo escolhido?** Se sim (quais essas dificuldades: custo, forma e marcação de consulta PF., distancias, horários)

2.1) Formas de utilização dos Cuidados de saúde na área do relacionamento profissionais de saúde/utentes

Tópicos de questionamento:

2.1.1) Considera que a forma como o profissional de saúde/ enfermeiro, estabelece contacto/relacionamento/empatia com o utente tem importância na forma de utilização dos cuidados de saúde e PF?

2.1.2) Considera que profissional de saúde/enfermeira de família tem influência no planeamento familiar de um utente? Em que aspetos?

2.2) Formas de utilização Cuidados de saúde na área das motivações das utentes

Topicos de questionamento:

2.2.1) Considera que as utentes que efetuam IVG efetuaram consulta de PF **antes de iniciar relações** sexuais?

2.2.2) Na sua opinião o que leva as utentes a recorrer à consulta de PF **após iniciarem** vida sexual? (aconselhamento profissional, pilula do dia seguinte, IVG)

2.2.3) Na sua opinião, acha que a **forma como as utentes lidam com seu corpo** tem influência/ importância no PF? Porquê? E especificamente nas utentes que efetuam IVG?

2.2.4) Na sua opinião pensa que o **papel da utente na família** tem influência na forma de PF?

2.2.5) Acredita que a falta de **informação** tem influência no PF?

2.2.6) Na sua opinião, as utentes conhecem a legislação sobre a IVG em Portugal?

2.2.6) Relativamente às mulheres que efetuam IVG estas utilizam os C.S. com que propósito? (obter mais informação sobre ajudas/legislação, efetuar IVG)

C. Caracterização socio demográfica das mulheres que efetuam IVG

Questões:

- 3) Analisando as representações dos profissionais de saúde, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG

Tópicos de questionamento:

3.1) Na sua opinião qual a escolaridade/ instrução das utentes que efetuam IVG:

3.1) Na sua opinião acha que o nível de instrução tem relação com a decisão de optar por interromper a gravidez?

3.2) Na sua opinião existe uma idade média em que se repetem mais as IVG? Se sim qual? Se não porquê?

3.3) Na sua opinião as utentes que efetuam IVG tem uma relação estável com o companheiro?

3.4) Na sua opinião qual a situação laboral dessas utentes?

3.5) Na sua opinião já efetuaram IVG anteriormente?

3.6) Na sua opinião tem filhos?

3.7) Na sua opinião estas utentes vêm do meio urbano ou rural?

APÊNDICE B

PEDIDO CONSENTIMENTO PARA APLICAÇÃO DO GUIA DA ENTREVISTA

Alpedrinha, 01 de Maio de 2014

Exmos Sr.es Professores Doutores Isabel Craveiro e Paulo Ferrinho

Assunto: Consentimento para a aplicação do Guia da Entrevista a profissionais de saúde e a utentes que efetuaram IVG.

Eu, Sara Isabel da Silva Nabais Pereira, aluna do Mestrado Enfermagem Comunitária e Saúde de Familiar, do Instituto Politécnico da Guarda, encontro-me a elaborar o plano relatório que concluirá o meu ciclo de estudos, com a orientação do Professor Doutor Ezequiel Carrondo. O tema da Dissertação de Mestrado é ***“Representações de profissionais de saúde sobre Interrupção Voluntária da Gravidez”***.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a V. Exas o consentimento para aplicar o Guia da Entrevista, junto de alguns profissionais de saúde e mulheres que efetuaram Interrupção Voluntária Gravidez na zona centro do país. Asseguro que os dados fornecidos não serão fornecidos ou divulgados a qualquer pessoa ou organização, sendo somente utilizados com o fim de fazer a investigação.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Sem outro assunto de momento,

Com os melhores cumprimentos.

Sara Nabais Pereira

(Sara Nabais Pereira)

Mestranda Enf. Comunitária

APÊNDICE C

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ACES COVA DA BEIRA

**Ex. mo Sr. Presidente do Conselho
Administrativo, ACES Cova da Beira**

ASSUNTO: Requisição de permissão para realização de investigação.

Eu, **Sara Isabel da Silva Nabais Pereira**, aluna do I curso de **Mestrado em Enfermagem Comunitária**, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, com a orientação do Professor Doutor Ezequiel Carrondo, venho por este meio requerer permissão para a realização da minha investigação enquadrada no plano de estudos do referido curso, através da aplicação de entrevistas aos profissionais de saúde e utentes.

No corrente ano lectivo, encontro-me a realizar o projecto de investigação, cujo titulo: *Representação de Profissionais de Saúde, sobre planeamento familiar/Interrupção Voluntária da Gravidez.*

Pretendo identificar as representações dos profissionais de saúde no referido tema, uma vez que, segundo o estudo de I.Craveiro e P.Ferrinho (2011:239) as “(...) Representações nem sempre coincidentes entre mulheres e profissionais de saúde no que diz respeito à fecundidade e às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva”.

O estudo destas representações é importante uma vez que fornece elementos de compreensão e enriquece os debates sobre as políticas promotoras de equidade, contribuindo para uma organização dos serviços de saúde mais adequada à realidade de quem os procura e consciente das representações de quem os presta, adequando as políticas de saúde às expectativas e percepções de necessidades por parte das populações, utilizando adequadamente os cuidados de saúde reprodutiva.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada,

Alpedrinha, 24 de Maio de 2014

(Sara Pereira)

APÊNDICE D

MATERIAL DE APOIO INFORMATIVO

ENTREVISTA I

A - CONTROLO DE FECUNDIDADE E PLANEAMENTO FAMILIAR DAS MULHERES QUE EFETUAM IVG.

Questão:

1-Relativamente aos comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG, na sua opinião:

Tópicos de questionamento:

1.1-Quais as formas e meios de obter informações sobre planeamento familiar da mulheres que efetuaram IVG

Estas mulheres, primeiro andavam na escola, onde lhes foi dada todo o tipo de informação.

Nós (enfermeiros) fazemos muito tipo de sensibilização no meio escolar sobre métodos contraceptivos.

1.2-Se a utente que efetuou IVG utilizou método contraceptivo, como foi feita a escolha do método?

Nas mais velhas com o profissional de saúde, as mais novas não utilizam.

1.2.1-Porque falhou esse método

Hoje em dia quando nos aparece uma mulher que quer fazer IVG o que eu vejo já é o segundo caso em que muitas vezes são jovens que no meio de uns copos bem bebidos o que acontece é que se esquecem por momentos até do que estão a fazer e com quem estão e nem sequer se lembram de colocar uma protecção que seja um preservativo.

E muitas delas uma coisa que eu acho que está a acontecer é mesmo a vingança é assim, há jovens com 30 anos que querem apanhar x rapaz e engravidam intencionalmente com a intenção de reter o parceiro mas depois quando as coisas não correm bem e querem fazer IVG já tem uma gravidez muito avançada e já não dá.

Existem mulheres mais velhas nesta situação em que aparece o terceiro filho que não tem vontade de ter e que não tem condições de o ter. Tomam consciência que não tem condições económicas de avançar com a gravidez ou porque já tem dois filhos ou porque tem 3 filhos e não podem ir ao 4º, porque ouve algum descuido da pílula ou porque muitas vezes as pessoas se

esquecem que ao tomar antibiótico anula o efeito da pílula. Não se repetem estas IVG's. É uma situação pontual, não há repetição. Algumas mantêm o mesmo método. Algumas, uma vez que se esquecem mudam o método e quando acontece alguma coisa tem um segundo método se tomam a pílula usam preservativo. Tomam medidas para evitar uma nova gravidez.

Estas mulheres têm consulta e fazem planeamento familiar sim.

1.3-Se a utente que efetuou IVG não utilizou método contraceutivo qual o motivo

E estas jovens (adolescentes) que nos aparecem para fazer, pedir a IVG, olha é assim: muitas das relações são feitas em vãos de escadas em jardins completamente ocasional nada programado não fazem planeamento familiar. Não se preocupam porque nas escolas e nós mais do centro de saúde temos uma consulta que se chama consulta de adolescentes que é uma consulta virada mesmo para estas jovens e que nem se quer se preocupam em se informar, e muitas das vezes esta gente lê a revista MARIA que é a mais informadora e nem sequer se lembram de colocar uma proteção que seja um preservativo.

Estas jovens engravidam mesmo por descuido por não querer saber ou porque o parceiro diz ai não ponho porque não sai nada. Uma chegou ao pé de mim no São João nas festas e foi a coisa que mais me chocou na vida ao fim destes anos todos ela esteve aqui e disse que foi ao São João e teve relações sexuais com 3 e não sabe quem era o pai da criança, isto a mim chocou-me imenso ela diz assim eu embebedei-me e andei la com 2 ou 3. E a menina não usou preservativo? Ai, eu acho que eles devem ter usado. ACHO quer dizer aquilo chocou-me por completo.

1.4-Estas mulheres tem consultas de planeamento familiar ou ginecologia

Estas mulheres (adolescentes) não fazem planeamento familiar. Nunca procuraram consulta de adolescente que existe aqui 4ª feira. Não fazem qualquer tipo de planeamento ou vigilância

As mulheres mais velhas nesta situação fazem planeamento familiar, nós temos uma cobertura muito boa a nível de planeamento e a nível de rastreio de cancro do colo do útero.

B - FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE REPRODUTIVA NAS MULHERES QUE EFETUAM IVG.

Questões:

2- Relativamente às formas de utilização Cuidados de saúde na área de organização de serviços:

Tópicos de questionamento:

2.1) Na sua opinião, o meio rural e urbano tem influência na Acessibilidade aos cuidados de saúde e de planeamento familiar

Não existe diferença entre as utentes do meio rural e urbano. A informação é igual e as distancias, não causam diferenças

Os profissionais de saúde como barreiras muitas vezes as meninas de Belmonte ou de aldeias perto não vão ao posto da sua aldeia de saúde nem falar com a sua enfermeira. Da sua aldeia vêm à cidade ou mesmo do Fundão vêm Covilhã acham que na nossa profissão não à sigilo profissional. Eu acho que a preocupação delas é de se a mãe ou o pai sabem que elas vieram falar com o enfermeiro. Também o se sentirem à vontade também é uma razão porque depois aparece alguém assim a dizer olha vi-te lá no posto

2.2) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades na marcação de consultas de PF no centro de saúde?

Se as utentes surgirem no centro saúde são encaminhadas de imediato. Não há barreiras.... Aqui existe uma consulta que é a consulta de inter-substituição em que a pessoa se precisar de ajuda pede-se à médica para ser vista ou para ser encaminhada para outro tipo de serviços nomeadamente o hospital.

Relativamente aos adolescentes ainda temos aqui a consulta de adolescentes, é às 4as feiras propositadamente porque nas escolas secundárias às 4as feiras à tarde não há aulas. Esta consulta foi criada com uma finalidade, permitir acesso a adolescentes e alunas da universidade que precisam de uma consulta de planeamento. Agora já não nos deslocamos. A princípio as primeiras consultas foram feitas aqui no centro saúde depois a Universidade propôs que nós nos deslocássemos ao edifício cor-de-rosa e depois mais tarde a universidade achou que as meninas que iam ao edifício cor-de-rosa eram muito rotuladas, então as raparigas que iam para o edifício cor-de-rosa iam só para a consulta de planeamento e a universidade achou que não comportava tais custos tinham que ter uma administrativa. Então passou logo para aqui e existem 2 médicas e 2 enfermeiros a fazer esta consulta e é todas as quartas feiras e à adesão é muito grande.

2.3) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades na marcação de consultas de PF nos hospitais da área de residência?

Também não existe dificuldade, basta levarem o médico encaminhar.

É fácil o encaminhamento para o hospital e muitas das vezes a pessoa leva o envelope a dizer consulta de IVG ou telefonamos para lá a informar que vai para a consulta de IVG.

2.4) Na sua opinião, pensa que existem dificuldades na aquisição do método contraceptivo escolhido?

Não, é só vir buscar.

2.3) Formas de utilização dos Cuidados de saúde na área do relacionamento profissionais de saúde/utentes

Tópicos de questionamento:

2.1.1) Considera que a forma como o profissional de saúde/ enfermeiro estabelece contacto/relacionamento/empatia com o utente tem importância na forma de utilização dos cuidados de saúde e PF?

O relacionamento das utentes com enfermeiros e médicos é muito bom com as utentes mais velhas, com as mais novas também. Nós temos um bom relacionamento entre os alunos da universidade e os alunos do secundário através de uma consulta que foi criada já pelo menos há 18 anos que é a consulta de adolescentes

2.1.2) Considera que profissional de saúde/enfermeira de família tem influência no planeamento familiar de um utente? Em que aspetos?

Tem influencia uma vez que elas (as mais velhas) fazem planeamento uma vez por ano porque são obrigadas porque é um bem para a sua saúde. Fazem planeamento familiar porque nós marcamos.

2.1) Formas de utilização Cuidados de saúde na área das motivações das utentes

Tópicos de questionamento:

2.2.1) Considera que as utentes que efetuam IVG efetuaram consulta de PF antes de iniciar relações sexuais?

As mais novas não, as mais velhas sim fazem.

2.2.2) Na sua opinião o que leva as utentes a recorrer à consulta de PF após iniciarem vida sexual? (aconselhamento profissional, pilula do dia seguinte, IVG)

Muitas vem trazidas por uma amiga ou pelo professor já para fazer IVG ou vem porque a amiga as traz para iniciarem método contraceutivo e vem consulta de adolescentes.

2.2.3) Na sua opinião, acha que a forma como as utentes lidam com seu corpo tem influência/ importância no PF? Porquê? E especificamente nas utentes que efetuam IVG?

A forma como lidam com o seu corpo não interfere na adesão consulta de planeamento familiar. Há muita gente que diz que porque estou a tomar a pílula engordou se calhar come muito mais bolos do que o que comia faz menos exercício do que o que fazia. Penso que o abandono da pílula não se revela tanto nem pelo engordar nem pelo... acho que muitas vezes o abandono da pílula se deve devido ao stress que as pessoas tem no dia-a-dia que se esquecem de a tomar., eu ponho sempre olhe se vai lavar os dentes a seguir ao jantar tome a pílula.

2.2.4) Na sua opinião pensa que o papel da utente na família tem influência na forma de PF?

Eu acho que hoje atualmente as mulheres são muito mais autónomas e nem se preocupam se o parceiro está importado se ela toma a pílula, eu acho que hoje em dia os casais tem uma abertura muito grande do que tinham há 22 anos quando comecei a trabalhar porque os homens eram alérgicos aos preservativos aquilo era tudo mas era uma grande treta porque o que os homens queriam era tudo ao natural, hoje em dia eu acho, eu tenho 23 anos de profissão e eu acho que hoje em dia a escolha do método contraceutivo passa pelos dois, acho que os dois contam. Mas acho que a mulher é muito mais autónoma muito mais liberal e não se deixa influenciar pela escolha do parceiro nem pela família isso deixou de existir em qualquer idade.

Nunca se queixaram de se sentira mal na família – PAPEL como mulheres e na família

A forma como elas lidam com o seu corpo não tem influência no planeamento familiar. Eu acho que o problema delas é aquilo que eu digo as pessoas hoje em dia só engravidam porque querem, não é por obra e graça do espírito santo com tantas mulheres com problemas de infertilidade e de engravidar.

2.2.5) Acredita que a falta de informação tem influência no PF?

Sim tem influência, mas hoje antes de iniciarem a vida sexual as meninas têm essa informação. É lhes dada muita informação a nível da escola onde eles andam. A saúde escolar o PES das escolas contempla e faz questão de abordar o tema da sexualidade violência no namoro que é muito importante desde a importância gostas de mim não usas preservativo que é uma chantagem psicológica muito feita com estas mulheres estas raparigas e também é importante na sexualidade conhecer o período menstrual. Não sei se sabes mas por exemplo a gravidez e o período menstrual está dentro dos.... A parte do terceiro ano da escola primária. E onde dão o período menstrual e a gravidez depois no 6 ano perdão no 5 ano dão nomeadamente novamente a parte da mulher e do homem as diferenças do homem e da mulher ao pormenor desde o ciclo menstrual a importância da pilosidade dos caracteres sexuais masculino e feminino. Quando chegamos ao 8 ano são miúdas e falo pela experiência que tenho com a minha filha são miúdas diferentes muito bem formadas em que muitas já tem o período menstrual e que estão muito bem informadas e precisão de aconselhamento e que precisam de ouvir e no programa PES.

A maioria das meninas em meio escolar é muito bem informada e hoje em dia com os acessos a internet, onde há de facto sites espetaculares como este aqui (site oficial do ministério da saúde) ... chega aqui...

2.2.6) Na sua opinião, as utentes conhecem a legislação sobre a IVG em Portugal?

Não sei se conhecem a legislação mas sabem que existe IVG e é por isso que aqui recorrem

2.2.6) Relativamente às mulheres que efetuam IVG estas utilizam os C.S. com que propósito? (obter mais informação sobre ajudas/legislação, efetuar IVG)

Muitas miúdas iniciam a vida sexual sem planeamento familiar apesar de todas as informações. Procuram planeamento familiar depois de iniciar a vida sexual ou são trazidas por um professor por uma amiga nunca vêm com a mãe ou com o pai, a família nunca sabe da IVG.

Quando vêm ao centro saúde vêm com um único propósito pedir ajuda para IVG sempre vêm decididas não querem informação

C - CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA DAS MULHERES QUE EFETUAM IVG

Questões:

3. Analisando as representações dos profissionais de saúde, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG

Tópicos de questionamento:

3.1) Na sua opinião qual a escolaridade/ instrução das utentes que efetuam IVG:

Não de baixa escolaridade.

3.1) Na sua opinião acha que o nível de instrução tem relação com a decisão de optar por interromper a gravidez?

Sim, nunca de baixa escolaridade.

3.2) Na sua opinião existe uma idade média em que se repetem mais as IVG? Se sim qual? Se não porquê?

Olha, depende temos 10 ano e alunas da universidade e também pessoas licenciadas porque tiveram um affair com um homem casado.

3.3) Na sua opinião as utentes que efetuam IVG tem uma relação estável com o companheiro?

Sem companheiro fixo.

3.4) Na sua opinião qual a situação laboral dessas utentes?

Sempre a trabalhar exceto estudantes nunca me referenciaram problemas económicos exceto as de 2 e 3 filhos.

3.5) Na sua opinião já efetuaram IVG anteriormente?

Não repetem IVG.

3.6) Na sua opinião tem filhos?

Algumas sim mas são a minoria.

3.7) Na sua opinião estas utentes vêm do meio urbano ou rural?

Mais do meio urbano.

APÊNDICE E

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPANTE

Consentimento livre e informado

Aceito que os dados colhidos nesta entrevista sejam utilizados no estudo “enfermeiros de cuidados de saúde primários e interrupção voluntaria da gravidez”, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Afirmo que fui esclarecida e compreendi o objectivo do estudo “Conhecer as representações dos enfermeiros, face aos comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos cuidados de saúde das mulheres que efectuem interrupção voluntaria da gravidez considerando as suas características”.

Fui também informada sobre o direito de recusar participar no estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, poder interromper a minha participação a qualquer momento sem sofrer por isso qualquer prejuízo.

Declaro que fui informada que do ponto de vista técnico é indispensável gravar a entrevista, tendo sido assegurado que a minha identificação será preservada e mantida sob anonimato e as gravações serão apagadas logo que tenham sido transcritas.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e atenção.

UCSP Covilhã, ____/____/____

(Assinatura da participante)

(Assinatura da investigadora)

APÊNDICE F

VALIDAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

**Ex. ma Sr.^a Enfermeira especialista
enfermagem comunitária**

ASSUNTO: Requisição de validação de categorias e subcategorias.

Eu, *Sara Isabel da Silva Nabais Pereira*, aluna do I curso de **Mestrado em Enfermagem Comunitária**, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, com a orientação do Professor Doutor Ezequiel Carrondo, venho por este meio requerer a validação de categorias e subcategorias do estudo de investigação que me encontro a desenvolver.

Questão de investigação: *“Representação de Profissionais de Saúde, sobre comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos CSR e PF das mulheres que efetuam Interrupção Voluntária da Gravidez”*.

A investigação foi aplicada na UCSP Covilhã no mês de Setembro de 2014.

Definiu-se um estudo descritivo simples, com uma abordagem qualitativa onde se pretende:

- ✓ Identificar as representações dos enfermeiros sobre comportamentos de fecundidade das mulheres que efetuam IVG;
- ✓ Identificar as representações dos enfermeiros, sobre a forma de utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres que efetuam IVG;
- ✓ Analisar as representações dos enfermeiros, tendo em consideração as características das mulheres que efetuam IVG.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada,

Alpedrinha, 24 de Maio de 2014

(Sara Pereira)

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO GUIA DA ENTREVISTA



Sara Pereira <sara.nabais.pereira@gmail.com>

Carta consentimento guia entrevista IVG

2 mensagens

Sara Pereira <sara.nabais.pereira@gmail.com>


5 de maio de 2014 às 13:01

Para: Isabel Craveiro <isabelc@ihmt.unl.pt>, pferrinho@ihmt.unl.pt

Boa tarde Professora Doutora Isabel Craveiro,

Conforme email anterior, junto envio o pedido formal de autorização para utilização do guia da entrevista.

Sem outro assunto de momento,
Atentamente
Sara Pereira

 carta consentimento.pdf
1013K

Isabel Craveiro <isabelc@ihmt.unl.pt>

5 de maio de 2014 às 13:29

Para: Sara Pereira <sara.nabais.pereira@gmail.com>

Cara Dra Sara

Envio em anexo o documento com os guiões solicitados.

Votos de bom sucesso com o seu trabalho.

Melhores cumprimentos

Isabel Craveiro

De: Sara Pereira [mailto:sara.nabais.pereira@gmail.com]

Enviada: segunda-feira, 5 de Maio de 2014 13:02

Para: Isabel Craveiro; Paulo Ferrinho

Assunto: Carta consentimento guia entrevista IVG

[Citação ocultada]

 (guiões-TESE-ICraveiro2014).pdf
22K

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA SAÚDE DA ARS CENTRO,
PARA APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exms. Senhora
Dra. Sara Isabel da Silva Nabais Pereira

023467 *14 00-22 14:04

sara.nabais.pereira@gmail.com

Assunto:

Data:

Assunto:

Data:

Assunto: "Representação de profissionais de saúde, sobre planeamento familiar/interrupção voluntária da gravidez".

Serve o presente para informar V. Ex.^a, que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.

Dr.^a Maria Augusta Meira
Membro do Conselho Diretivo
da A.R.S. Centro, I.P.

(Dr. José Manuel Azerêdo Teves)

Aqui encontra-se o ficheiro de texto em formato PDF. Para mais informações consulte o site da ARSC.


AL

Av. Maria Júlia Barão
1000-350 Coimbra

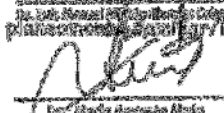
Teléfono 201 704 600
Fax: 201 704 601

arsc@arsc.pt | arsc@arsc.pt
www.arsc.pt


COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARER FINAL: Favorável.</p>	<p>DESPACHO: Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde 21. p. 2014 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro L.P.  Dr. José Manuel Amândio Teixeira Presidente</p>
------------------------------------	--

ASSUNTO: "Representação de profissionais de saúde sobre planeamento e interrupção voluntária da gravidez".


Dr. Maria Augusta Melo
Voga

Deverá ser atendida que a folha de consentimento informado obtida por escrito deve fazer parte de pasta distinta e por ordem diferente da organização de pasta de arquivo de questionários.



COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "Representação de profissionais de saúde sobre planeamento familiar/interrupção voluntária da gravidez"

Nº DO ESTUDO: 36/2014

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 16 de Junho de 2014

TIPO DE ESTUDO: Observacional, transversal.

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS): Sara Isabel da Silva Nabais Pereira.

CENTROS ENVOLVIDOS: Unidades de Saúde da UCSP da Covilhã.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

PRINCIPAL: Conhecer as representações dos profissionais de saúde face aos comportamentos de fecundidade das mulheres que efectuem interrupção voluntária da gravidez. Especificamente estudar tal em função dos comportamentos de fecundidade, da utilização de cuidados de saúde sexual e segundo as suas características intrínsecas.

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

- Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro: Sim (mas ainda sem resposta)
- Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras): Não aplicável
- Currículo vitae dos investigadores: Sim
- Documento específico da CES: Sim
- Protocolo do Estudo: Sim
- Cronograma/calendarização do estudo: Sim
- Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer: Não aplicável
- Promotor ou financiador do estudo: Os próprios
- Contrato financeiro/Orgamento: Não aplicável
- Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável): Não aplicável por haver anonimização.
- Consentimento informado: Sim
- Declaração sobre a entrega de relatório final: Não
- Anexos (identificá-los): CV e Declaração de consentimento informado.

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)

De aprovar na forma em que foi submetido.

Realçarà Investigadora que a folha de consentimento informado obtido por escrito deve fazer parte de dossier distinto e por ordem diferente da organização de pasta de arquivo de questionários.

PARECER FINAL

(Parecer Favorável ou Desfavorável ou Lista de Questões): Favorável.

DATA: Coimbra, 31 de Julho de 2014

RELATOR: Luiz Miguel Santiago

ASSINATURA: 

ANEXO C

VALIDAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Eu, Maria Julieta Neto Martins, com a cédula profissional n.º 45412, Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Comunitária e prestadora de cuidados na área, especificamente em cuidados de saúde familiar, reprodutiva e planeamento familiar, recebi a proposta de validação de categorias e sub-categorias no tema “Representações dos enfermeiros sobre comportamentos de fecundidade e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva e planeamento familiar” enviado pela Enfermeira Sara Pereira. Após análise do documento enviado pela mesma e de acordo com a experiência na área valido categorias e sub-categorias apresentadas.

Setembro, 2015



(Enf. Maria Julieta Neto Martins)